

Facultad de Medicina  
Departamento de medicina

**DOCTORADO EN ONCOLOGÍA CLÍNICA**



**TESIS DOCTORAL**

**Evaluación de la situación física, psicosocial y  
laboral de los pacientes largos supervivientes de  
cáncer**

Autor: Diego García Cantero  
Directores: Prof. Dr. Juan Jesús Cruz Hernández  
Dra. Rosario Vidal Tocino

Salamanca 2017



**"CURAR A VECES, MEJORAR A MENUDO Y CUIDAR  
SIEMPRE" (S. XIV)**



## AGRADECIMIENTOS

Gracias a mis directores de tesis el Prof. Dr. Juan Jesús Cruz y la Dra. Rosario Vidal, por su dedicación, motivación, criterio e iniciativa. Ha sido un privilegio poder contar con su guía y ayuda.

Gracias a todas las personas de la Universidad de Salamanca, por su atención y amabilidad en todo lo referente a mi camino como doctorando.

Gracias a las personas que, de una manera u otra han sido claves en mi vida profesional, y por extensión en la personal. Gracias a los amigos a los que he robado tiempo, especialmente a Eluska Iruarrizaga, Xabi Marichalar, Iván Cruz y Paula Parrado por su ayuda, motivación y paciencia.

Gracias a todas aquellas personas que trabajan en el Hospital de Día de Oncología del Hospital de Cruces (Barakaldo), por su simpatía y su apoyo durante estos años.

Por encima de todo, y con todo el cariño, gracias a los míos por estar de forma incondicional conmigo durante este tiempo. A mi padre, a mi madre y a mi hermana.





**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

**Facultad de Medicina**

**Departamento de Medicina**

**EL PROF. DR. JUAN JESÚS CRUZ HERNÁNDEZ CATEDRÁTICO DE MEDICINA  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA  
Y LA DRA. ROSARIO VIDAL TOCINO, PROFESORA ASOCIADA DEL  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE SALAMANCA**

**CERTIFICAN:**

Que el presente trabajo titulado “Evaluación de la situación física, psicosocial y laboral de los pacientes largos supervivientes de cáncer”, que presenta el Graduado en Enfermería, D. Diego García Cantero, ha sido realizado bajo su dirección en el Departamento de Medicina, y reúne, a su juicio, originalidad y contenidos suficientes para que sea presentado ante el tribunal correspondiente y pueda optar al título de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que así conste, y a los efectos oportunos, expiden el presente certificado en Salamanca a 30 de Junio de 2017.

Prof. Dr. Juan Jesús Cruz Hernández

Dra. Rosario Vidal Tocino



# ÍNDICE

• <b><u>Introducción</u></b> .....	<b>9</b>
- <u>Epidemiología del cáncer</u> .....	11
○ Incidencia .....	11
○ Mortalidad .....	13
○ Prevalencia .....	15
○ Supervivencia .....	17
- <u>Largos Supervivientes de cáncer. Definiciones y conceptos.</u> .....	20
- <u>Los derechos y las necesidades de los pacientes largos supervivientes</u> .....	22
- <u>Problemas psicológicos y emocionales del paciente largo superviviente</u> .....	24
○ Tratamientos médicos .....	26
○ Preocupaciones relacionadas con la propia enfermedad y su proceso .....	26
○ Vida familiar y de pareja .....	27
○ Estado de dependencia .....	28
○ Alteración de la sexualidad .....	28
○ Relaciones sociales .....	30
○ Vida laboral .....	30
○ Búsqueda de normalidad .....	32
- <u>Alteraciones cognitivas del paciente largo superviviente de cáncer</u> .....	34
○ Etiología de las disfunciones cognitivas en supervivientes de cáncer .....	35
○ Fisiopatología de las disfunciones cognitivas .....	36
○ Instrumentos y estrategias de evaluación del rendimiento cognitivo .....	43
- <u>Complicaciones sexuales en los pacientes oncológicos y largos supervivientes.</u> .....	43

○ Etiología debida al tumor .....	44
○ Tratamientos oncológicos .....	44
- <u>Complicaciones físicas en pacientes oncológicos y largos supervivientes de</u> <u>Cáncer</u> .....	50
○ Fatiga/astenia .....	50
○ Náuseas y vómitos .....	53
○ Diarrea .....	56
○ Mucositis .....	59
○ Toxicidad acústica.....	63
○ Osteoporosis .....	65
○ Dolor .....	67
○ Alopecia .....	70
○ Linfedema y alteraciones en miembro superior .....	73
○ Lesiones cutáneas .....	76
○ Alteraciones cardíacas .....	78
○ Alteraciones respiratorias .....	84
- <u>Retos para el sistema asistencial</u> .....	87
• <b><u>Hipótesis y Objetivos</u></b> .....	<b>91</b>
• <b><u>Material y métodos</u></b> .....	<b>95</b>
• <b><u>Resultados</u></b> .....	<b>103</b>
- <u>Características generales de la muestra</u> .....	105
- <u>Resultados analíticos</u> .....	109
1) <u>Complicaciones Inmediatas al diagnóstico y tratamiento de cáncer</u> .....	109
○ Complicaciones físicas inmediatas a los tratamientos .....	109
○ Complicaciones sexuales inmediatas en las mujeres estudiadas .....	137

○	Complicaciones sexuales inmediatas en los varones estudiados .....	153
○	Complicaciones psicosociales inmediatas .....	166
2)	<u>Complicaciones Tardías</u> .....	218
○	Complicaciones físicas tardías .....	218
○	Complicaciones sexuales tardías en las mujeres estudiadas .....	228
○	Complicaciones sexuales tardías en los varones estudiados .....	233
○	Complicaciones psicosociales tardías .....	238
○	Complicaciones laborales .....	258
○	Aspectos asistenciales .....	267
○	Alta del servicio de oncología y seguimiento desde atención primaria .....	271
•	<b><u>Discusión</u></b> .....	<b>273</b>
-	<u>Características generales de la muestra</u> .....	276
-	<u>Complicaciones físicas</u> .....	277
-	<u>Complicaciones sexuales</u> .....	287
-	<u>Complicaciones psicosociales</u> .....	290
-	<u>Aspectos del ámbito laboral en el paciente largo superviviente de cáncer</u> .....	296
-	<u>Aspectos asistenciales</u> .....	297
-	<u>Valoración del alta del servicio de oncología y seguimiento por atención primaria</u> .....	299
•	<b><u>Conclusiones</u></b> .....	<b>301</b>
•	<b><u>Bibliografía</u></b> .....	<b>305</b>
•	<b><u>Anexos</u></b> .....	<b>327</b>

- <u>Anexo I: Encuesta</u> .....	329
- <u>Anexo II: Gráficos de los terapias administradas a la muestra</u> .....	339
- <u>Anexo III: Comunicaciones a congresos</u> .....	341

# **INTRODUCCIÓN**



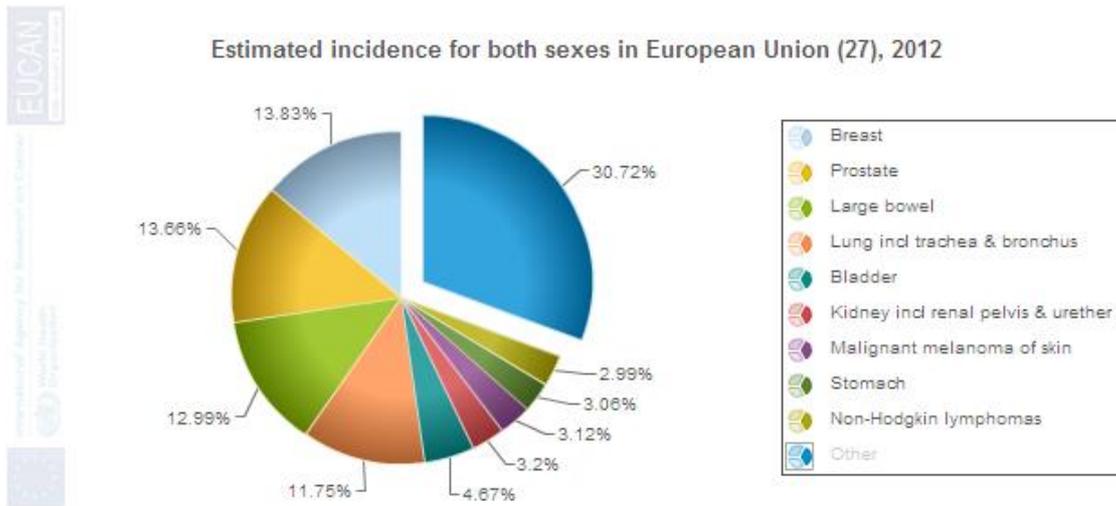
## **INTRODUCCIÓN**

La enfermedad neoplásica es una de las principales causas de muerte en nuestro planeta y ejerce una gran influencia sobre la sociedad mundial. A pesar de ello, más de la mitad de los pacientes sobreviven al cáncer. Dentro de este grupo, un 50% sobreviven más de cinco años, y algunos estadios iniciales pueden tener una calidad de vida similar a la población general. Todo esto ha sido posible por los avances terapéuticos, el envejecimiento de la población y el diagnóstico precoz.

## **EPIDEMIOLOGÍA DEL CÁNCER**

El cáncer es hoy en día, una enfermedad de gran impacto en la sociedad de los países occidentales, esto es debido a su complejidad, incidencia, mortalidad, prevalencia y supervivencia.

- **Incidencia:** el cáncer ha sufrido un aumento constante. Desde 1975 hasta el año 2000, se ha duplicado el número de casos en los países desarrollados. Se estima que 10,9 millones de casos aparecerán cada año en todo el planeta. De todos los cánceres diagnosticados en el mundo, el 25% tendrán lugar en Europa. Sabiendo que la población europea solo representa un 10% de la mundial, este dato es digno de tener en cuenta. Los tumores más frecuentes en la Unión Europea son: Cáncer de mama, seguido del de próstata, colorrectal y pulmón<sup>1-4</sup>. Figura 1.

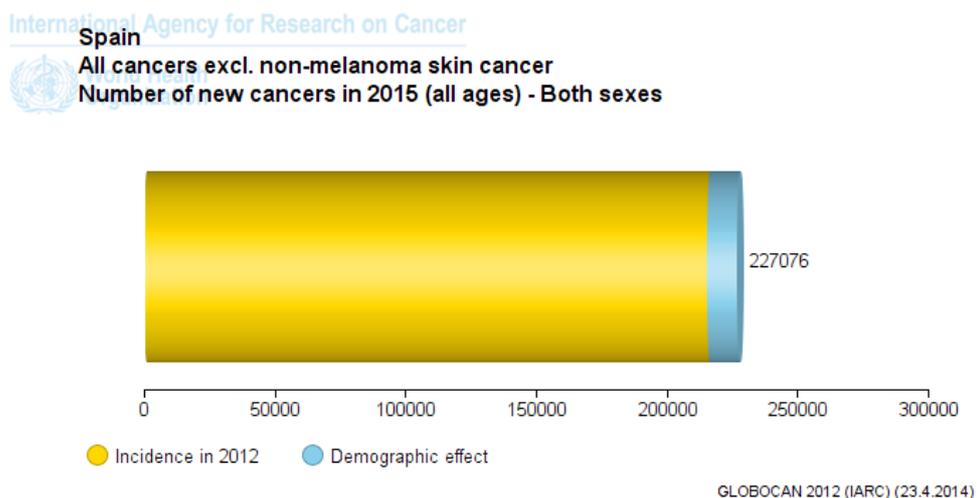


EUCAN (IARC)(24-4-14)

En España en el año 2012 se estimó una incidencia de 215.534 casos, siendo los principales cánceres diagnosticados: próstata, mama, colorrectal, pulmón, seguidos del tumor de vejiga, cuerpo uterino y estómago<sup>4</sup>.

En relación al sexo, las neoplasias más frecuentes en los varones son el cáncer de próstata, pulmón, colorrectal y vejiga. En el sexo femenino, los más frecuentes son el de mama, colorrectal, cuerpo útero y pulmón. Las estimaciones para 2015 indican que en España hubo 11.542 casos de cáncer más que en 2012<sup>4,5</sup>.

La estimación de diagnósticos de cáncer en España en 2015 se muestra en la siguiente tabla<sup>5</sup>:

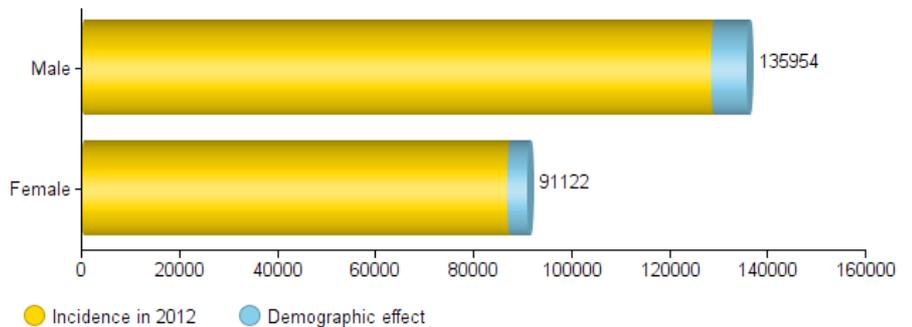


GLOBOCAN 2012 (IARC) (23.4.2014)

International Agency for Research on Cancer



Spain  
All cancers excl. non-melanoma skin cancer  
Number of new cancers in 2015 (all ages)

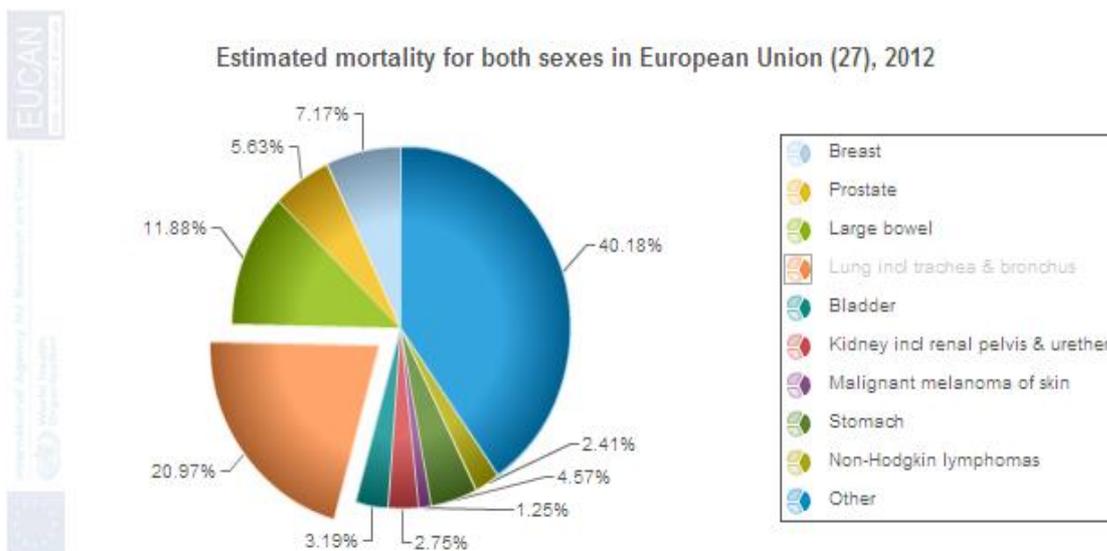


GLOBOCAN 2012 (IARC) (23.4.2014)

- Mortalidad: Es el número de defunciones en una población en un tiempo determinado, normalmente un año. Es un indicador básico para evaluar el impacto del cáncer en la sociedad. Es considerada la medida directa más importante de dicho impacto. Es de tener en cuenta, que los certificados de defunción son una fuente de alta fiabilidad tanto en Europa, como en España<sup>3,6</sup>.

A nivel mundial en 2012 se producen 8.201.030 de muertes por enfermedad neoplásica. Los cánceres con mayor índice de mortalidad son la neoplasia de pulmón, mama, hígado, estómago, seguido del colorrectal, próstata y cuello de útero<sup>5</sup>.

En la Unión Europea, tal y como indica GLOBOCAN 2012 se producen 1.275.746 de defunciones por etiología neoplásica. Los tumores con mayor índice de mortalidad son: pulmón, mama, colorrectal, próstata, gástrico y páncreas<sup>4</sup>.



EUCAN (IARC)(24-4-14)

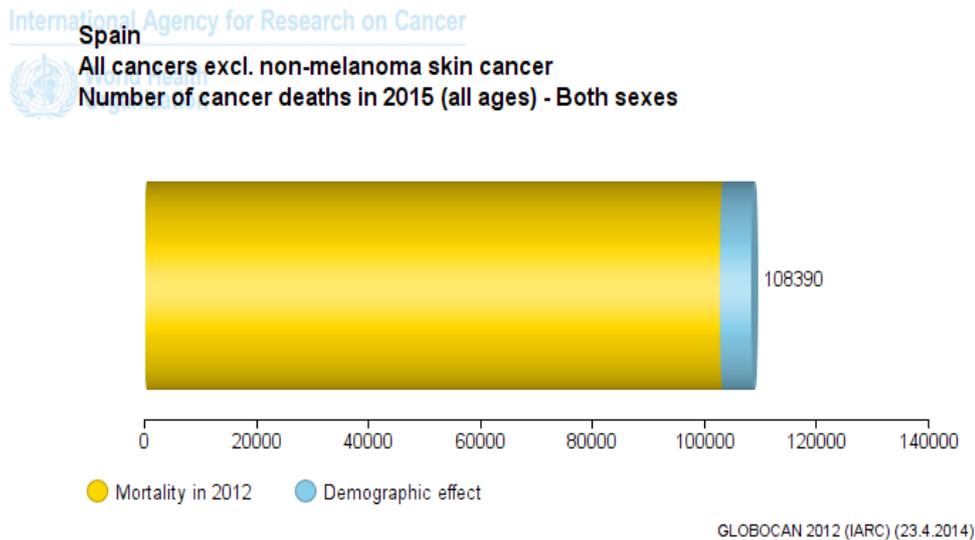
En España, la enfermedad neoplásica es la primera causa de muerte en los varones, por delante de las enfermedades cardiovasculares. En el año 2006 ocupaba posiciones intermedias respecto a Europa, en relación a los cuatro tipos de cáncer con mayor mortalidad en España: estómago, colon-recto, pulmón y próstata. Según GLOBOCAN 2012, España tuvo 102.762 muertes, siendo los tumores con mayor índice de mortalidad: pulmón, colorrectal, mama, próstata, páncreas, gástrico y vejiga. En relación al sexo, en el varón hubo 63.579 muertes, estando a la cabeza el de próstata, pulmón, y colorrectal. En el sexo femenino hubo 39.183 de muertes, siendo el causante de mayor mortalidad: el tumor de mama seguido del colorrectal y cuerpo uterino<sup>1-5</sup>.

La mortalidad estimada para 2015 en comparación con la de 2012, aumentará en 5.628 muertes.

Year	Estimated number of cancer deaths (all ages)	Both sexes
2012		102762
	ages < 65	26674
	ages >= 65	76088
2015		108390
	ages < 65	28010
	ages >= 65	80380
	Demographic change	5628
	ages < 65	1336

ages &gt;= 65

4

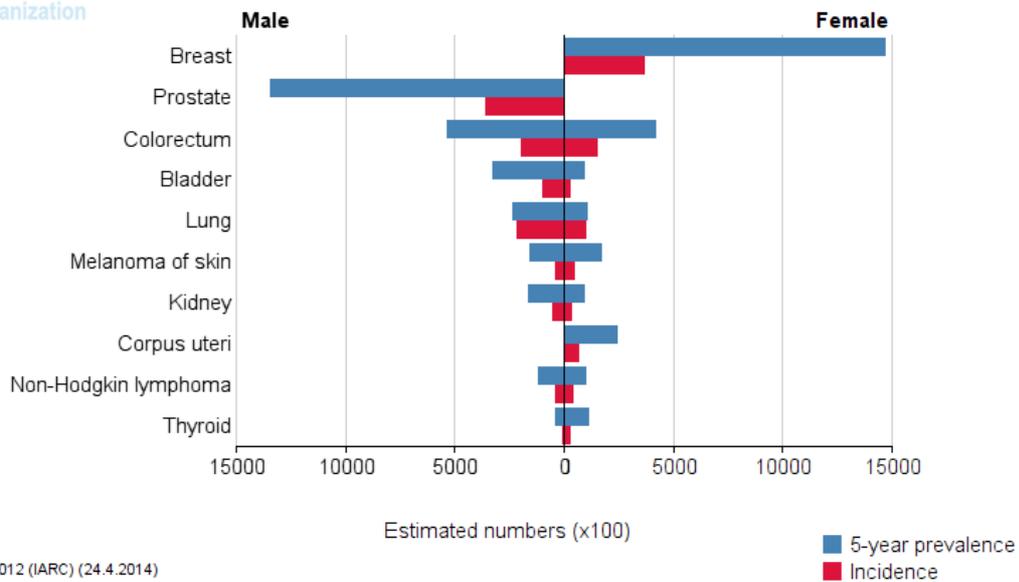


- Prevalencia: se refiere al número de pacientes con cáncer en una determinada población, sin tener en cuenta en qué momento fueron diagnosticados. Es un parámetro dependiente de la incidencia y de la supervivencia. Es muy útil a la hora de planificar los recursos asistenciales según la carga de enfermedad que sufre la población. Los datos a 5 años incluyen pacientes diagnosticados en los últimos 5 años y que permanecen vivos. La prevalencia total se refiere al número estimado de personas que tienen o han tenido cáncer actualmente<sup>3,6,7</sup>.

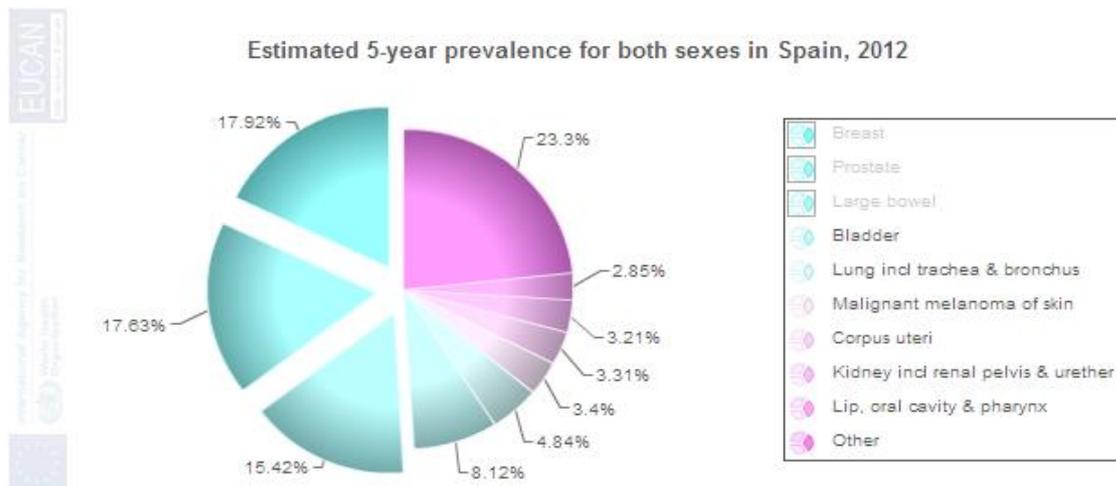
En lo referente a la situación mundial, la prevalencia estimada a cinco años en casos de cáncer (x1000), y en población adulta es la siguiente: Europa con un 28.2% de los casos se encuentra en segundo lugar por detrás del continente asiático con un 40,5%. Norte América con un 16,3% está en tercer lugar. Situación muy similar al año 2008<sup>5,8</sup>.

En la Unión Europea las neoplasias con mayor prevalencia son la mama, la próstata, el colorrectal y el de cuerpo uterino. En los varones, el cáncer que destaca es el de próstata, seguido del colorrectal. En el sexo femenino el de mama seguido del colorrectal<sup>2</sup>.

International Agency for Research on Cancer European Union (EU-28), adults



La prevalencia a cinco años en España es de 581.688 casos. Las neoplasias más prevalentes son el cáncer de mama, próstata y colorrectal<sup>4</sup>.

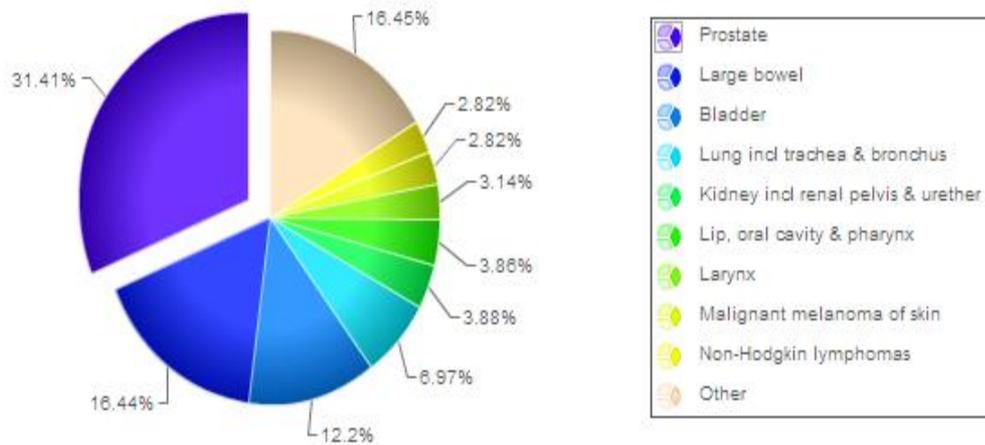


EUCAN (IARC)(24-4-14)

En relación al sexo, en los varones, los cánceres más prevalentes son: próstata, debido a su alta incidencia y supervivencia, seguido del colorrectal y el de vejiga. En las mujeres el tumor más prevalente es el de mama, seguido del colorrectal y tumores ginecológicos (útero, ovario, trompas de Falopio y cérvix)<sup>4</sup>.



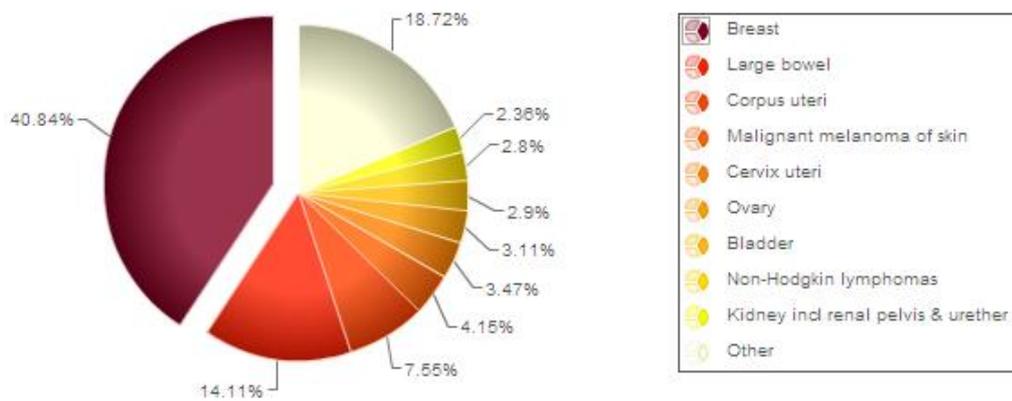
Estimated 5-year prevalence for men in Spain, 2012



EUCAN (IARC)(24-4-14)



Estimated 5-year prevalence for women in Spain, 2012



EUCAN (IARC)(24-4-14)

- Supervivencia:** en relación a los pacientes con cáncer, hace referencia a una medida como proporción de casos que logran sobrevivir durante un tiempo determinado y establecido con anterioridad, este puede ser de 1 año, 2 años o 5 años. Es el indicador más importante en cuanto a la eficacia del sistema asistencial se refiere, mostrando en qué grado, los casos son diagnosticados en un estadio primario o potencialmente curable, y cómo son de eficaces los distintos procedimientos terapéuticos<sup>3</sup>.

La medida utilizada habitualmente para estimar la supervivencia en el paciente con cáncer es la supervivencia relativa, que se define como el cociente entre la supervivencia observada y la esperada. El denominador se calcula a partir de la mortalidad de una población de referencia<sup>9</sup>.

Los datos a 5 años, basándonos en la localización y extensión de la enfermedad, se encuentran en un 65%, según la American Cancer Society (ACS) y por encima del 70% para cáncer de mama, próstata, colorrectal, melanoma, cérvix y útero<sup>10</sup>.

En el continente europeo hasta 1999 se puede estimar la supervivencia global en un 52% superando la del anterior volumen EUROCORE 3, con un 47%. Los tumores que presentan supervivencia a 5 y 10 años por encima del 70% son prácticamente parecidos a los anteriormente citados en EEUU<sup>11,12</sup>. Actualmente, la base de datos EUROCORE 5 Analysis 2000-2007 ha concluido que la supervivencia a cinco años tras el diagnóstico ha aumentado de forma sostenida en las regiones europeas, pero indica que hay mucha diferencia entre Europa Oriental y el resto del continente. En supervivencia a cinco años y para ambos sexos, destacan los tumores de mama, próstata, colon-recto, vías urinarias, melanoma<sup>13</sup>.

España, junto con los países nórdicos (excepto Dinamarca), los países de Centro Europa (Austria, Bélgica, Francia, Países Bajos), Portugal e Italia tienen la mejor supervivencia en la mayoría de los cánceres, basándonos en los resultados del EUROCORE 5 Analysis 2000-2007<sup>13,14</sup>. Tabla 1

Tabla 1

**Eurocare 5 Survival Analysis 2000 – 2007**

<u>Site</u>	<u>Country</u>	<u>Interval</u>	<u>RSC</u>	<u>RSI</u>
Colon Rectum	Northern Europe	4-<5 yr	57.84	95.51
Colon Rectum	Central Europe	4-<5 yr	59.33	95.78
Colon Rectum	Italy	4-<5 yr	58.23	95.46
Colon Rectum	Portugal	4-<5 yr	56.8	95.73
Colon Rectum	Spain	4-<5 yr	55.2	95.03
Colon Rectum	Eastern Europe	4-<5 yr	47.13	95.15
Skin Melanoma	Northern Europe	4-<5 yr	86.76	98.14
Skin Melanoma	Central Europe	4-<5 yr	87.55	98.3
Skin Melanoma	Italy	4-<5 yr	85.06	97.82
Skin Melanoma	Portugal	4-<5 yr	79.71	98.01
Skin Melanoma	Spain	4-<5 yr	84.25	97.4
Skin Melanoma	Eastern Europe	4-<5 yr	73.45	97.01
Breast	Northern Europe	4-<5 yr	86.5	97.49
Breast	Central Europe	4-<5 yr	85.48	97.47
Breast	Italy	4-<5 yr	86.83	97.48
Breast	Portugal	4-<5 yr	84.41	97.53
Breast	Spain	4-<5 yr	85.16	97.15
Breast	Eastern Europe	4-<5 yr	75.74	96.04
Prostate	Northern Europe	4-<5 yr	84.32	97.06
Prostate	Central Europe	4-<5 yr	89.26	98.49
Prostate	Italy	4-<5 yr	88.95	98.39
Prostate	Portugal	4-<5 yr	89.03	98.55
Prostate	Spain	4-<5 yr	84.48	97.62
Prostate	Eastern Europe	4-<5 yr	72.77	96.53
Urinary Bladder	Northern Europe	4-<5 yr	70.04	97.41
Urinary Bladder	Central Europe	4-<5 yr	65.45	96.47
Urinary Bladder	Italy	4-<5 yr	75.68	96.98
Urinary Bladder	Portugal	4-<5 yr	71.7	97.36
Urinary Bladder	Spain	4-<5 yr	68.27	96.32
Urinary Bladder	Eastern Europe	4-<5 yr	64.53	96.52

**RSC:** Relative Survival, Cum

**RSI:** Relative SE's, Interval

## **LARGOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER. DEFINICIONES Y CONCEPTOS**

Existen múltiples definiciones de Largo Superviviente de Cáncer:

“Pacientes que han finalizado tanto el tratamiento sobre el tumor primario como el adyuvante”<sup>15</sup>

“Cuando se trata del cáncer, supervivencia cubre los problemas físicos, psicosociales y económicos del cáncer, desde el diagnóstico hasta el final de la vida. Se centra en la salud y vida de una persona con cáncer más allá de las fases de diagnóstico y tratamiento. Supervivencia incluye asuntos relacionados con la capacidad de obtener asistencia médica, seguimiento, atención de los efectos tardíos del tratamiento, segundos cánceres primarios y la calidad de vida. Familiares, amigos y cuidadores forman parte también de la experiencia de supervivencia”<sup>16</sup>.

Desde 1980, los supervivientes de cáncer y los médicos han intentado describir las etapas que atraviesan normalmente estos supervivientes. La mayoría las desglosa en tres etapas<sup>17.18</sup>:

- Supervivencia aguda: abarca la etapa del diagnóstico de la enfermedad neoplásica y cualquier tratamiento posterior. Durante este tiempo los pacientes se someten a los tratamientos, siendo posible su incorporación a ensayos clínicos, tras previo consentimiento. Se les ofrecen servicios a su disposición, frente a los problemas emocionales, psicológicos y económicos.
- Supervivencia extendida: período posterior al tratamiento. En esta etapa existe riesgo de recidiva. La mayoría de los pacientes se sienten aliviados porque el tratamiento ha terminado, aunque según algunos estudios les inquieta visitar solo de dos a cuatro veces al año a su oncólogo.
- Supervivencia permanente: etapa después del tratamiento y a largo plazo. La mayoría de los supervivientes vuelven a ser atendidos por su médico de atención primaria. Un tercio de estos pacientes presentan consecuencias físicas, psicosociales o económicas.

Se trata de un período de transición en el que las preocupaciones por los tratamientos y el pronóstico disminuyen, pero surgen las inquietudes por el seguimiento a largo plazo, las toxicidades diferidas, las secuelas físicas y psicológicas. En esta etapa se da gran importancia a la rehabilitación y a la promoción de la salud y de los hábitos saludables<sup>19</sup>.

No existe un consenso unificado a cerca del punto inicial para identificar el término de superviviente, sin embargo, con mayor frecuencia se asocia al de fin del tratamiento primario y en adelante. Respecto al paciente largo superviviente, se establece como punto de partida el quinto año desde que se diagnosticó la enfermedad neoplásica. Desde este punto, el largo superviviente de cáncer se define como aquella persona que se ha curado de una enfermedad neoplásica, que no recibe tratamiento y que ha pasado un periodo de al menos cinco años desde el diagnóstico. En ocasiones hay que tener en cuenta situaciones especiales como son la hormonoterapia en el cáncer de mama, que puede ser administrada durante años<sup>20</sup>. Tabla 2

Tabla 2:  
**Fases asistenciales de la enfermedad**

<b><u>PREVENCIÓN</u></b>	<b><u>DIAGNÓSTICO</u></b>	<b><u>TRATAMIENTO</u></b>	<b><u>SEGUIMIENTO</u></b>
<b>Fase preclínica</b>	<b>Fase clínica</b>	<b>Diversas terapias</b>	<b>Postratamiento</b> ↓ <b>Supervivencia larga evolución</b>

## **LOS DERECHOS Y LAS NECESIDADES DE LOS PACIENTES LARGOS SUPERVIVIENTES**

La “National Coalition for Cancer Survivorship” estableció una serie de principios en relación a la calidad de la atención oncológica<sup>21,22</sup>:

- Las personas que padezcan cáncer tienen derecho a una asistencia sanitaria completa, sin barreras en su acceso a los tratamientos, por su condición social, cultural, etc.
- La calidad de la asistencia debería estar amparada por guías clínicas basadas en la evidencia científica. Los pacientes deben actuar como individuos autónomos y poder estar involucrados en la toma de decisiones acerca de sus cuidados de salud.
- Las personas enfermas de cáncer deberían de tener a su disposición un programa de prevención primaria-secundaria, detección, tratamiento inicial, terapias de apoyo para determinados síntomas (dolor, náuseas, fatiga, etc.), seguimiento a largo plazo, servicios psicosociales, cuidados paliativos y apoyo de servicios comunitarios.
- Las personas con historial de cáncer tienen derecho a continuar su seguimiento médico con los estándares básicos de cuidados, incluyendo las necesidades específicas de un largo superviviente.
- Los largos supervivientes deben tener acceso a un seguimiento especializado de promoción, prevención, rehabilitación e identificación de problemas psicológicos y sociales.
- El seguimiento de los largos supervivientes debe generar información útil que contribuya a la mejora del sistema asistencial.
- El trabajo en grupos de supervivientes, grupos de apoyo y los responsables de los cuidados, debe de ir orientado a incrementar la conciencia social de la población en general, a la creación de guías de práctica clínica, a la publicación de toda aquella información que promueva la salud y los derechos de los largos supervivientes.

Pero ¿con qué pautas debería de contar la atención asistencial a la hora de ofrecer sus servicios a los largos supervivientes?:

- Seguimiento tras el tratamiento primario: su justificación se basa en la posibilidad de detectar una recidiva de cáncer de forma temprana, antes de la aparición de síntomas. Lo que aumentaría la eficacia del tratamiento, y por tanto mejoraría la supervivencia. Muchas veces no hay evidencia para una monitorización intensiva si la recidiva es incurable y va acompañada de trastornos físicos y psicológicos<sup>23,24</sup>.
- Valoración de la susceptibilidad genética para el cáncer: teniendo en cuenta la historia familiar y personal. Esta valoración requiere de una evaluación de cada miembro de la familia, y de unas determinaciones genéticas. Con este tipo de evaluación se les informa de: probabilidad de presentar una neoplasia y de transmitirla a la descendencia y el pronóstico. La identificación de familias con posibles cánceres hereditarios es importante, ya que sus miembros se podrán beneficiar de medidas eficaces en detección precoz, y prevención de tumores<sup>24,25,26</sup>.
- Diagnóstico de segundas neoplasias: La incidencia de una segunda neoplasia está representada por un 2%-5% de casos, y puede ser causada por: factor etiológico externo (tabaco..), predisposición genética, terapia administrada (quimioterapia, radioterapia, dosis, frecuencia de administración, edad de diagnóstico, sexo, etc.)<sup>27-28</sup>. Algunos autores promueven el diseño de nuevos métodos epidemiológicos y guías basadas en la evidencia, un sistema de bioespecímenes, etc<sup>24</sup>.
- Prevención y tratamiento precoz de alteraciones psicológicas relacionadas con el cáncer y sus tratamientos: En la actualidad están poco valoradas, sin embargo son las causantes del ausentismo laboral, de problemas interpersonales, etc.<sup>24</sup> La psicooncología dedica su tiempo a la prevención, diagnóstico precoz, evaluación de las necesidades psicosociales y al tratamiento de las psicopatologías asociadas a la enfermedad neoplásica<sup>29-30</sup>. La fundadora o pionera de la psicooncología es Jimmie Holland, que ya en los años setenta definió las necesidades y comportamientos que podían definir a una persona que hubiera padecido cáncer o lo estuviera padeciendo<sup>30</sup>.

- Monitorización de complicaciones del tratamiento: Aparición de efectos adversos y/o toxicidades, debido al tratamiento antineoplásico. Como muestra la siguiente tabla existen varios tipos según su curso temporal: efectos inmediatos, efectos precoces, efectos retardados y efectos tardíos<sup>24,31</sup>. Tabla 3

Tabla 3:

**Tipos de efectos de los tratamientos antineoplásicos**

<b>INMEDIATA</b>	<b>PRECOZ</b>	<b>RETARDADA</b>	<b>TARDÍA</b>
Vómitos Fiebre R. alérgica Cistitis hemorrágica	Alopecia Mucositis Diarrea Psicosis	Anemia Aspermia Cardiotoxicidad Daño hepático	Hipogonadismo Esterilidad Encefalopatía Carcinogénesis

**PROBLEMAS PSICOLÓGICOS Y EMOCIONALES DEL PACIENTE LARGO SUPERVIVIENTE**

El diagnóstico de cáncer tiene un gran impacto sobre la persona, desde el punto de vista psicológico-emocional y social. Éste no afecta únicamente al período inicial de la enfermedad, sino que puede durar incluso años<sup>32</sup>.

Las reacciones emocionales y los mecanismos defensivos ante la enfermedad oncológica están determinados no sólo por: las condiciones de apoyo familiar y social, las creencias personales, las condiciones médicas (información a asimilar, afrontamiento de las pruebas diagnósticas y de los tratamientos...), sino también por el tipo de personalidad del paciente<sup>32</sup>.

Con todos estos recursos, el paciente irá adaptándose a las nuevas condiciones de su medio <sup>32</sup>.

Durante todo este tiempo, el paciente se ha enfrentado a los límites de su propio cuerpo, ha percibido nuevas experiencias fisiológicas y, por otro lado, ha experimentado cambios familiares y en su actividad laboral <sup>32</sup>.

Ahora los supervivientes ven su vida como un proceso de transición, que implica la confrontación de uno mismo con sus limitaciones y su vulnerabilidad <sup>32</sup>.

El cáncer altera los aspectos fundamentales de la vida, representando una amenaza crítica a la misma. Incluso tras el éxito del tratamiento, muchas personas pueden integrar esa experiencia, como una forma de victimismo, o todo lo contrario, de heroísmo, al haber vencido la enfermedad. Estas formas de pensamiento radicales pueden suponer una amenaza directa para la persona, ya que el sentimiento de ser indestructible va asociado a conductas de riesgo, y su antítesis va asociada a una excesiva precaución <sup>33,34</sup>.

El haber padecido una enfermedad neoplásica puede influir en determinadas elecciones de la vida cotidiana, sobre todo en momentos importantes de la vida como fin de la escolaridad, entrada en la vida de pareja, entrada en la vida laboral, muerte de un ser querido, etc<sup>33</sup>.

No obstante, el impacto psicológico-social del cáncer no es siempre negativo, ya que en muchas ocasiones va acompañado de una mejora de las relaciones interpersonales, de un desarrollo de las conductas adaptativas, de una mejor empatía y de un crecimiento personal<sup>35,36</sup>.

Como hemos dicho, el cáncer provoca un amplio abanico de reacciones en la persona, que pueden tener como consecuencia la aparición de alteraciones del sueño, del apetito o de las actividades de la vida diaria. Esta respuesta suele ser transitoria, sin embargo, si dura entre diez días y dos semanas, o los síntomas son invalidantes, el paciente deberá recibir una evaluación psiquiátrica <sup>37</sup>.

Koocher y O'Malley han evaluado en un estudio retrospectivo la evolución a largo plazo de 114 supervivientes de cáncer (de 5 a 32 años tras el diagnóstico). Tras estudiar aspectos como la ansiedad, la autoestima, la depresión, etc. concluyen que el 53% estaban bien adaptados al cabo del tiempo y un 47% presentaban más de un síntoma psicopatológico, destacando los

anteriormente citados. Se vio que ese 47% tenía una ventaja adaptativa frente a la aparición de cualquier enfermedad crónica no amenazante. La existencia de secuelas secundarias al propio cáncer o su terapéutica (esterilidad, problemas cognitivos, etc.) son factores que predicen la aparición de depresión independientemente de la severidad del cáncer <sup>36</sup>.

### **Problemas psicológicos-emocionales específicos**

- Tratamientos médicos: los tratamientos oncológicos provocan en menor o mayor grado cambios físicos que a veces suponen importantes alteraciones en la imagen personal (amputaciones, estomas, etc.) o de la funcionalidad (problemas digestivos, neurológicos, cognitivos, etc.) <sup>32</sup>.

A la posibilidad de que estos tratamientos causen efectos secundarios y secuelas, y al desconocimiento del gran abanico de modalidades terapéuticas, se le suman las diferentes respuestas tumorales posibles tras el tratamiento. Todo ello conforma una fuerte fuente de estrés para el largo superviviente y paciente. Por lo tanto; a mayores complicaciones médicas mayor dificultad de recuperación psicológica <sup>32</sup>.

Si los tratamientos médicos producen alteraciones físicas, limitando las actividades y funciones corporales, y dejando déficits en lo laboral, en lo familiar y en lo social, el paciente internamente verá una imagen suya anterior y otra posterior al momento del cambio, no dejándole superar la situación. Ante esto los profesionales en psicología deberán “implantarle” la idea de lo irreversible del proceso, de un modo constructivo <sup>32</sup>.

Estas repercusiones físicas influirán en la calidad de vida de la persona. El superviviente mentalmente no ve solo la pérdida física del órgano, sino que mentalmente también percibe su ausencia simbólica. A ello hay que sumarle las repercusiones de la autoimagen consecuencia de cirugías, hemiplejias, alopecias, etc <sup>32</sup>.

Como hemos dicho, estas consecuencias tendrán una interrupción importante en la vida social, familiar, laboral, e individual de la persona <sup>32</sup>.

- Preocupaciones relacionadas con la propia enfermedad y su proceso: El proceso de enfermedad lleva consigo la necesidad de unas revisiones médicas. Éstas generan en el

superviviente, un sentimiento de incertidumbre, que deriva en un mayor o menor nivel de angustia-estrés. Esto es debido al enfrentamiento que supone volver a ponerse en contacto con esa sensación de volver a recaer o empeorar. En este momento, aparecen los temores por una reaparición de la enfermedad o agravamiento de la misma, o de sus secuelas, haciendo que la vida del paciente se centre por unos días en el cáncer<sup>32,38</sup>.

Otras variables importantes e influyentes en la vida del paciente y superviviente de cáncer son los factores médicos relacionados con el proceso de la enfermedad oncológica, el tipo de tumor, el curso de la enfermedad, las secuelas que pueda dejar, etc<sup>32</sup>.

Todo esto causa en el largo superviviente alteraciones psicológicas significativas para su vida cotidiana: insomnio, irritabilidad, ansiedad elevada, conductas hipocondríacas, ideas obsesivas, estados depresivos, etc. Estas no solo alteraran su vida si no que ponen en riesgo todo su entorno, dificultando las relaciones interpersonales entre sus círculos sociales, familiares, de pareja, laborales, etc.

Hay que tener en cuenta que preocuparse de que el cáncer regrese, es algo normal, de hecho, es uno de los temores más comunes en los supervivientes. Para combatir con ello, la persona aprenderá a estar informada en todo momento, expresar sus sentimientos de temor, ira, tristeza, buscar lo positivo de la situación, no culparse por su enfermedad, aprender a no estar siempre de buen humor para satisfacer al entorno, etc<sup>32</sup>.

- Vida familiar y de pareja: La familia y la relación de pareja, son un apoyo importantísimo en todo el recorrido del proceso oncológico. Sin embargo, los temores, preocupaciones y la propia personalidad de cada uno hacen que aparezcan una multitud de vínculos entre ellos: familia que apoya, protege, sostiene, tranquiliza al miembro enfermo; familia que crea una barrera de silencio sobre el enfermo, creyendo que así lo protege; familia que niega la situación a la que se enfrentan; familia que acuerda pactos de mentiras entre los miembros; o la familia que es consolada por el propio enfermo<sup>32</sup>.

Tras la experiencia de cáncer, muchas familias no están preparadas para la recuperación del enfermo. Esta recuperación lleva más tiempo que el tratamiento, lo que se traduce en preocupación y frustración para todos los miembros del núcleo familiar. Como hemos dicho anteriormente, los vínculos familiares son muy distintos, lo que puede dificultar el proceso de

normalización. A veces, no se encuentra apoyo suficiente, otras veces, se siente agobiado, otras, percibe ser el centro de atención de todas las preocupaciones familiares; provocando inseguridad y malestar al enfermo oncológico<sup>39</sup>.

La red de roles que ejerce cada miembro de la familia es muy compleja; y ésta se verá alterada drásticamente con la aparición de una enfermedad neoplásica. Es de esperar, que estas funciones no se reestablezcan de forma rápida. Habrá que dar tiempo para que cada componente familiar alcance su estabilidad emocional y psicológica, habiendo así mayor probabilidad de que las necesidades del superviviente se vean solventadas<sup>38</sup>.

Incluso para una pareja que ha estado junta mucho tiempo, mantenerse unida es un desafío al inicio. Sin embargo, las tasas de divorcio son similares para las personas con y sin antecedentes de cáncer<sup>39</sup>.

Las relaciones de pareja, en ocasiones, no pueden resistir los cambios provocados por la enfermedad y su proceso, dando lugar a la aparición de fuertes tensiones entre los componentes. Esto tiene lugar en la fase de post-tratamiento. En otras ocasiones, el cáncer detona conflictos previos de la pareja no exteriorizados con anterioridad. Otras veces, la enfermedad neoplásica refuerza la relación<sup>32</sup>.

- Estado de dependencia: tras la enfermedad, puede florecer en el superviviente: malestar, incomodidad, sentimientos de culpa por cómo se ve a sí mismo y por cómo lo perciben los demás. Es irritante descubrir que se necesita ayuda continua, aún habiendo superado la enfermedad. De esta forma también puede aflorar una percepción de carga para su entorno<sup>24</sup>.
- Alteraciones de la sexualidad: La sexualidad es un aspecto fundamental en la vida humana, teniendo unas dimensiones biológicas, psicológicas, interpersonales, conductuales, etc. Todo ello determina un amplio abanico de comportamientos sexuales<sup>40</sup>.

En torno a un 40% de personas diagnosticadas de cáncer sufrirá una alteración en este campo<sup>40</sup>.

Los problemas relacionados con la sexualidad y el vínculo de la pareja pueden tener distintas causas: consecuencias directas del cáncer (cáncer de mama, ovario, útero, próstata,

testículo, colorrectal, etc.), los tratamientos (radioterapia, cirugía, quimioterapia, hormonoterapia), fármacos no antitumorales (opioides, antidepresivos IRSS, etc.), mitos y creencias que la propia persona tiene a cerca de la sexualidad, debido a la cultura en la que está inmersa, etc.

De este modo, la radioterapia puede provocar hipersensibilidad en la zona radiada, prurito de la piel, resecaimiento, enrojecimiento, la vagina puede hacerse más estrecha y menos flexible, provocando dolor en las relaciones sexuales. Todo esto puede disminuir el apetito sexual de la persona, sumado a la aparición de inseguridades <sup>41</sup>. La cirugía ha llegado a ser el tratamiento de choque para una gran variedad de patologías oncológicas, siendo también una fuente importante de estrés, debido a las posibles alteraciones de la imagen corporal o amputaciones que aunque no sean visibles, sí alteran el concepto de feminidad y masculinidad (histerectomía, mastectomía, etc) <sup>42</sup>. La quimioterapia está relacionada con una pérdida del deseo y una disminución de la frecuencia de relaciones sexuales en ambos sexos. Esto es debido, a efectos adversos de la misma (mucositis, alteraciones digestivas, astenia, etc.). En los varones puede provocar alteraciones en la función eréctil, en la eyaculación, etc. En el sexo femenino, esta modalidad de tratamiento está asociada a sequedad vaginal, dispareunia y dificultad para alcanzar el orgasmo, alteraciones del sueño, del humor, etc <sup>43</sup>. La hormonoterapia actúa directamente sobre las hormonas, bien inhibiéndolas, o bien compitiendo por el mismo receptor. Esto tendrá efectos fisiológicos concretos en la persona según el tipo de tratamiento hormonal (tamoxifeno, análogos de hormona liberadora de gonadotropina, antiandrógenos, inhibidores de la aromatasas): castración química, disminución de libido, ginecomastia, galactorrea, sofocos, sudores nocturnos, etc <sup>44</sup>.

La evaluación de los pacientes con estas disfunciones sexuales es un tema complejo, debido a que por detrás puede haber una desadaptación afectiva, ya que es difícil determinar líneas basales o normales en la sexualidad humana. Hay que tener en cuenta que lo individual, lo psicosocial y lo cultural, juegan una importante influencia en la expresión de la sexualidad.

A la hora de la evaluación se pueden tener en cuenta una serie de procedimientos como son un examen físico completo junto con exámenes complementarios, entrevista breve focalizada y cuestionarios específicos. En la entrevista se pretende destacar las posibles causas y problemas específicos de la persona. En este método se recomienda la participación de la pareja, ya que muchos temas son de la incumbencia de la otra parte. El uso de cuestionarios

sirve para identificar a las personas con altos niveles de distrés sexual, marital o psicológico. Algunos de gran utilidad son: SHF (sex history form), que mide la función sexual, FSFI (índice femenino de función sexual), DISF/DISF-SR (entrevista de Derogatis sobre Función Sexual), Dyadic Adjustment Inventory, que explora la satisfacción marital, etc<sup>45,46,47</sup>.

El tratamiento de los trastornos sexuales en pacientes oncológicos tiene tres pilares fundamentales: la prevención, la educación sexual, que pretende salvar las barreras físicas y psicológicas, y que además satisface las necesidades más apremiantes de los pacientes; y las medidas farmacológicas específicas para cada trastorno: (inhibidores de la fosfodiesterasa-5, inyecciones de prostaglandina E1 en el pene o uretra, estrógenos, dispositivo de terapia clitoridea, fármacos específicos de alteraciones vasomotoras, etc.)<sup>24,48</sup>.

- Relaciones sociales: Como hemos dicho con anterioridad, los cambios sufridos en el estilo de vida, las limitaciones, etc. llevan al superviviente de cáncer al aislamiento social. En otras ocasiones, es la actitud del entorno la que lleva a crear sentimientos de soledad. Hay que tener en cuenta que mucha gente no sabe cómo expresarse o enfrentarse ante estas situaciones, o no quieren molestar, optando por distanciarse del superviviente de cáncer.
- Vida laboral: El 40% de los cánceres afecta a edades por debajo de los 65 años, es decir, a una población que está en pleno período productivo<sup>49</sup>. En 2001, 3,7 millones de supervivientes de cáncer estaban en edad de trabajar<sup>50</sup>.

El poder incorporarse a un empleo supone, para el superviviente, un parámetro importante, ya que implica una estabilidad económica, una normalización de su vida, y además una oportunidad para verificarse a sí mismo, permitiéndole ganar confianza, y alcanzar una óptima calidad de vida. Una buena parte de los supervivientes de cáncer son capaces de continuar trabajando mientras están en período de tratamiento, y otros muchos, vuelven a trabajar tras éste<sup>50,51</sup>. La tasa media de reinserción laboral en la mayoría de los estudios más significativos realizados en EEUU y algunos países europeos, oscila entre el 30 y el 92%, con una media del 62%<sup>50</sup>.

En lo relativo al coste que supone la reimplantación laboral de este tipo de personas, algunos estudios muestran que dicho coste es inferior al que requeriría un paciente con diabetes, tuberculosis, trastorno mental, patología cardíaca, etc<sup>50</sup>.

Los efectos de los tratamientos contra el cáncer pueden provocar fatiga y otras secuelas físicas que afectan a la capacidad de realizar determinadas tareas físicas o mentales (largos períodos de concentración, aprender cosas nuevas, analizar datos, etc.)<sup>51</sup>.

Para un superviviente de cáncer el ámbito socio-laboral experimenta una serie de cambios, debido a que éste se ha visto interrumpido. Esto no supone únicamente una pérdida económica que repercute en la familia y en la vida de pareja, sino que también influye significativamente en el propio individuo. No hay que olvidar que el empleo es una fuente de valoración personal<sup>39</sup>.

A pesar de la importancia del trabajo en estas personas, este proceso no está exento de complicaciones, de hecho, un 90% de los pacientes que vuelven al trabajo sienten alguna forma de discriminación<sup>52</sup>. Estas actuaciones se traducen en los despidos, en no contratar, en traslados indeseables, en negación de beneficios, negación de ascensos y hostilidades en el lugar de trabajo. Esto genera gran ansiedad en el enfermo y gran expectación a los demás<sup>21,51</sup>. Muchos de los problemas laborales que acontecen, son debidos a que supervisores y compañeros de trabajo dudan de las habilidades de rendimiento de los supervivientes. Algunos estudios demuestran, que después de trabajar un tiempo, una mayoría de éstos dice estar más seguro de la eficiencia de los supervivientes en las actividades laborales<sup>51</sup>.

Los compañeros de trabajo pueden ser de gran ayuda en la reincorporación laboral del superviviente oncológico. Sin embargo, también pueden ser una fuente de frustración. Muchas personas tienen buenas intenciones, pero no saben cómo actuar ante situaciones de este tipo, y otras directamente se desentienden. Hay que tener en cuenta, que la experiencia de cáncer puede hacer que se sientan amenazados y se bloqueen por temores o miedos, incapacitándolos a ayudar<sup>51</sup>.

La aparición de discapacidades y solicitar la incapacidad laboral, supone para la persona, en muchas ocasiones, verse impotente, incompleto, desplazado de su marco social. Puede llegar a verse “inútil” en dicho ámbito. Si esto se agrava con desfiguraciones, etc. puede llevar a situaciones graves de depresión<sup>32,52</sup>.

Estas pérdidas del estilo de vida cotidiano y “normal”, traen consigo un aislamiento de la vida social<sup>32</sup>.

- Búsqueda de la normalidad: Debe de ser el objetivo de todo superviviente. Encontrar la estabilidad en su vida supone superar los temores e inseguridades que le frenaban. Muchos son los factores que dificultan este camino como el estrés, la ansiedad, la depresión, la ira, la soledad, el no significado de la vida, etc.

Las reacciones emocionales como la tristeza y el miedo son esperadas ante situaciones complicadas, amenazantes o desconocidas; éstas son consideradas adaptativas, porque son una forma natural de reacción. Sin embargo, también existen reacciones desadaptativas, que se prolongan demasiado en el tiempo, e interfieren en la realización de actividades básicas diarias, generando problemas interpersonales de gravedad. Teniendo en cuenta esto, la enfermedad neoplásica provoca inicialmente una serie de reacciones normales, pero si no se manejan adecuadamente, puede desembocar en un conjunto de problemas más serios<sup>53</sup>.

Estrés: La enfermedad oncológica supone un impacto vital traumático para la persona, someténdola a situaciones de gran estrés, provocando malestar emocional y psicopatologías asociadas<sup>49</sup>. Hay varios métodos para reducirlo: el ejercicio es una forma conocida, que disminuye la tensión acumulada; la meditación o métodos de relajación han demostrado eficacia; fomentar la creatividad (danza, pintura) son actividades útiles y divertidas que disipan las preocupaciones; compartir las historias personales y vivencias ayuda a no sentirse solo y comprobar que más personas pasan por esa situación y son capaces de dejarla atrás<sup>38</sup>. No hay que olvidar que el estrés provoca una serie de cambios fisiológicos, como puede ser el efecto supresor en la función inmunológica. Incluso algunos autores dicen que el estrés puede influir en el curso de la enfermedad neoplásica<sup>54,55,56</sup>. Por todo esto, existe la psiconeuroinmunología, que estudia el conjunto de interacciones entre el sistema nervioso central (SNC), el sistema endocrino y el sistema inmunológico. El eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) y el sistema nervioso autónomo proporcionan dos rutas clave para la regulación del sistema inmune, teniendo como resultado la liberación de hormonas adrenales y pituitarias, que modifican el estado inmunológico previo. Esto es debido a la presencia de receptores específicos para las hormonas en casi todas las células inmunitarias<sup>55</sup>.

Ansiedad y Depresión: Aproximadamente un 50% de los pacientes oncológicos presentan algún trastorno psiquiátrico a lo largo del proceso; frecuentemente un trastorno adaptativo de

tendencia depresiva. En algunos estudios, se considera que un 25% de los pacientes diagnosticados manifiestan algún síntoma, o cumplen algún criterio de trastorno adaptativo con ansiedad<sup>57,58,59</sup>. Muchos supervivientes de cáncer viven con un grado importante de incertidumbre, que resulta en un incremento de los niveles de ansiedad<sup>56</sup>. Alrededor de un 25% de los supervivientes precisan tratamiento psicológico para abordar estas enfermedades<sup>60</sup>. Como factores de riesgo se postulan el distanciamiento, la alteración de las relaciones personales, la incapacidad para desarrollar tareas de la vida cotidiana, la alteración de la imagen corporal, entre otras. El tiempo necesario para adaptarse a la enfermedad oscila entre tres meses y dos años<sup>61</sup>. Para solucionar este problema es necesaria la obtención de ayuda profesional (médico, psicólogo, terapeuta). Es importante que el superviviente se informe de los posibles cambios que le están sucediendo, y así, identificarlos y saber cuándo debe pedir consejo<sup>38</sup>.

Ira: muchas personas se sienten enojadas por su situación, debido a aquellos sucesos desagradables que tuvieron lugar durante el diagnóstico y el tratamiento, o incluso, por malas experiencias con gente del entorno. La ira y la frustración son sentimientos normales, siempre que se sepan controlar. Pueden ser una motivación para llevar a cabo acciones<sup>38</sup>.

Soledad: Muchos supervivientes establecen lazos afectivos con los profesionales de la salud que los atienden durante su enfermedad. Sin embargo, cuando son supervivientes, hay una separación instantánea con la mayoría de sanitarios, dejando un hueco vacío. Aparece un sentimiento de pérdida de apoyo por parte del equipo sanitario. Esto provoca inseguridad. Para solucionarlo, deben buscarse nuevas fuentes de apoyo, bien en el entorno conocido, o bien unirse a grupos específicos, a servicios telefónicos o de Internet<sup>38</sup>.

Muchos supervivientes se sirven de la fe, de la religión o de la espiritualidad para alcanzar sus metas. Algunos aseguran que gracias a ellas han encontrado un sentido en sus vidas, una fortaleza. La religión aporta una comunidad con la que se pueden ver distintas perspectivas y es capaz de brindar apoyo<sup>62</sup>.

Pero ¿qué es la espiritualidad?: su definición debe recoger sentimientos de conexión con uno mismo, con la comunidad, con la naturaleza y con el significado o propósito de vida, sin ser necesario la pertenencia y la participación en una organización religiosa. Este concepto permite que religión y espiritualidad no sean conceptos mutuamente excluyentes, sino que pueden convivir o existir separadamente<sup>62,63</sup>.

La forma en la que el cáncer altera la fe y la espiritualidad es diferente para cada uno. Se cuestionan las creencias, pero la búsqueda de respuestas a estas preguntas ayuda a sobrellevar la situación<sup>38</sup>.

## **ALTERACIONES COGNITIVAS DEL PACIENTE SUPERVIVIENTE DE CÁNCER**

El ser humano recibe gran cantidad de información procedente del exterior. Dichos datos deben ser procesados por partes específicas del sistema nervioso central, dando como resultado unas respuestas óptimas, equilibradas y coherentes. Es decir, las funciones cognitivas permiten al ser humano relacionarse con su entorno, además de ofrecerle soluciones y respuestas para los problemas que éste le plantea<sup>64,65</sup>.

Existen gran cantidad de funciones, entre ellas, destaca el aprendizaje, que está en íntima relación con la percepción, la interpretación, la organización de las ideas, la priorización, la atención, la concentración, la memoria y la formación de conceptos, como el de número y cantidad; la coordinación visomotora, etc<sup>64,65,66</sup>.

Los procesos cognoscitivos no sólo están mediados por la fisiología del individuo, sino que se verán influenciados o estimulados por el ambiente social, cultural o laboral.

Algunos de estos procesos cognitivos son<sup>64,65,66</sup>:

- **La atención**: Es la capacidad que se tiene para prestar mayor o menor énfasis a un determinado tipo de estímulo, de una manera intencionada, filtrando y desechando los datos no deseados. Se encarga del proceso de selección de la información. Es el elemento que articula a los demás procesos. La atención tiene un campo muy amplio, desde la vigilia hasta un control total del procesamiento. Hay varios tipos de atención como son la selectiva, la sostenida, la dividida, la focalizada, la alternante, la visual o la auditiva.
- **La memoria**: Es una función que permite registrar, incorporar, consolidar, codificar, detener, recuperar información previamente almacenada de forma clara y precisa. Existen varios tipos como son la memoria a corto plazo, a largo plazo, sensorial o de trabajo, etc.

- La percepción: es un fenómeno psíquico con representación cortical y de naturaleza visual, táctil o gustativa, que resulta de la acción de los estímulos, de la realidad objetiva sobre cada uno de los órganos sensitivos. Esta función dependerá de señales internas o externas. La percepción se sustenta sobre una base fisiológica (órganos sensoriales y sistema nervioso) y otra psicológica, que interpreta los estímulos según sus experiencias pasadas y/o preferencias.
- El pensamiento: A través del cual se interpreta de forma ordenada la información mediante las funciones intelectuales y conductuales. Al realizar una conducta, estarían relacionándose procesos como la abstracción y el razonamiento, junto con contenidos simbólicos y aprendizajes previos.
- La imaginación: es el proceso mental que consiste en la reproducción mental de un acontecimiento que antes se había percibido, o crear nuevas imágenes o circunstancias. Es el proceso de la abstracción de la realidad actual. Tiene la función de representar las experiencias. En este proceso se manifiestan los hechos vividos, los que se están viviendo y los posibles hechos futuros.

Al existir un daño o atrofia en algún área encefálica también hay una alteración de una o más funciones cognitivas, y éstas están relacionadas entre sí a la hora de ejecutar una acción.

### **Etiología de las disfunciones cognitivas en supervivientes de cáncer**

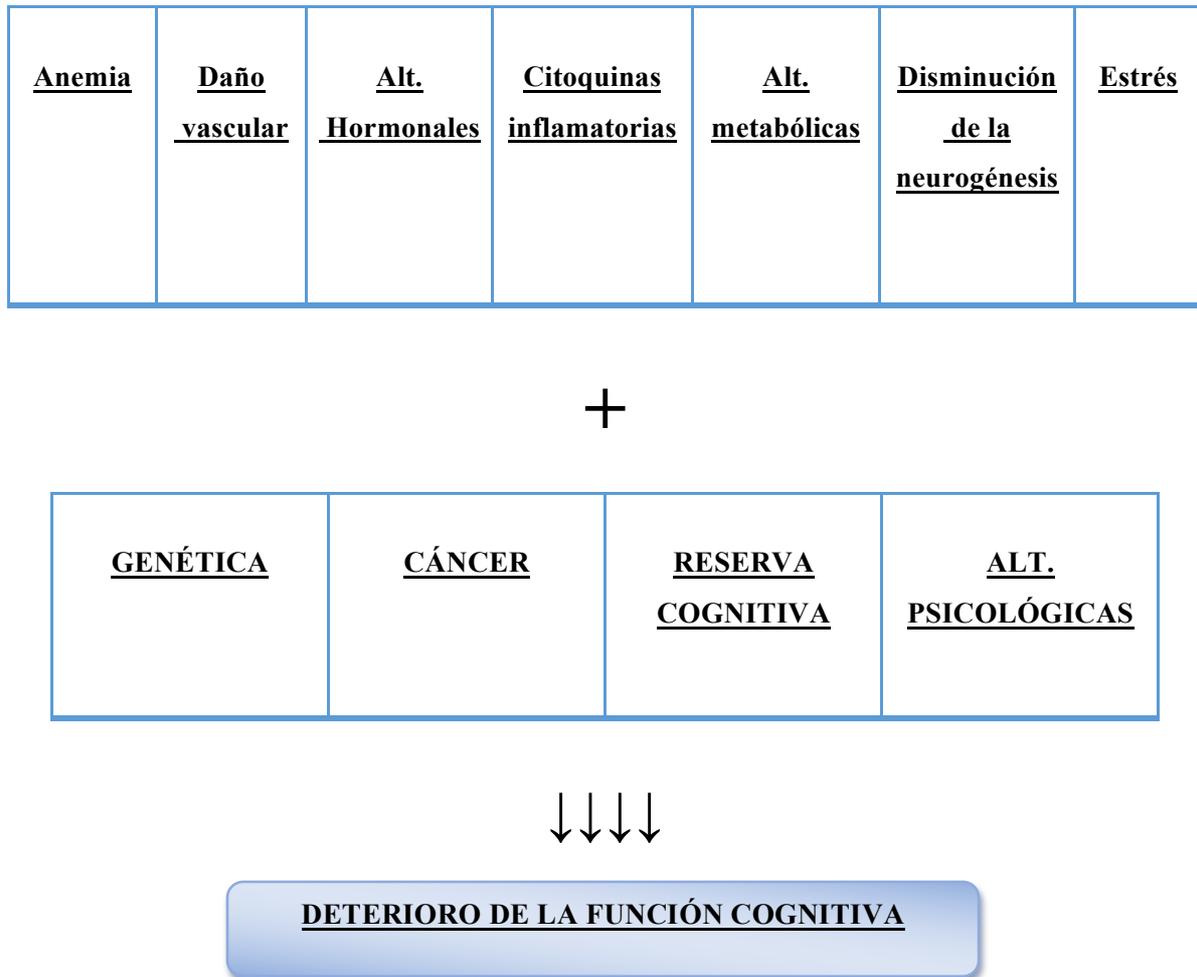
- Quimioterapia: Es uno de los tratamientos más importantes contra el cáncer. Se conocen gran cantidad de efectos secundarios, sin embargo, otros están bajo la lupa de importantes estudios internacionales. Algunos pacientes manifiestan problemas de concentración y de memoria durante y tras el tratamiento. A estas disfunciones se las conoce como “chemobrain”. Entre el 15 y 50% de los pacientes que reciben quimioterapia podría experimentar estos efectos. El deterioro cognitivo puede ser de dos tipos: permanente o con tendencia a la recuperación con el paso del tiempo. Dicho efecto puede mantener una relación dosis-dependiente. Existe mayor riesgo de aparición de estos efectos si a la quimioterapia se la combina, por ejemplo, con hormonoterapia<sup>67,68,69</sup>.

- **Radioterapia:** La irradiación craneal suele ser el tratamiento en los casos de tumores primarios y metastásicos en el cerebro, tumores de cabeza y cuello, etc. A pesar de ello, hay que tener en cuenta que el tejido cerebral tiene una tolerancia limitada a la dosis de radiación, por lo que es difícil no causar daño. Las complicaciones que puede causar son: radionecrosis, leucoaraiosis o leucoencefalopatía, lo que se traduce en una disfunción cognitiva. De esta forma, al menos un 50% sufrirá necrosis perilesional tras radiocirugía, y un 65% en los casos de radioterapia intersticial. Estas lesiones pueden presentarse de forma focal o difusa. La aparición de tales efectos dependerá de la dosis, de la técnica empleada y de la situación de la enfermedad<sup>70</sup>.
- **Hormonoterapia:** Respecto a esta modalidad, existe cierta controversia, no pudiéndose extraer conclusiones finales. Por una parte, parece que se apoya la aparición de cierto grado de deterioro cognitivo, pero en otros trabajos se defiende la acción protectora del Tamoxifeno sobre el cerebro. La hormonoterapia no parece afectar al funcionamiento cognitivo general, sino que altera dominios específicos: memoria verbal inmediata y la velocidad de procesamiento. Algunos estudios muestran que el Anastrozol provoca una ralentización de la memoria y el aprendizaje en comparación con el Tamoxifeno<sup>69</sup>.

### **Fisiopatología de las disfunciones cognitivas**

Condiciones cerebrales óptimas, tanto a nivel estructural como funcional, hacen posible, un adecuado uso de los distintos dominios cognitivos. Se desconocen los mecanismos por los cuales se produce el deterioro cognitivo en pacientes con cáncer que reciben tratamiento antineoplásico, aunque se piensa que su etiología podría ser multifactorial<sup>70,71</sup>. Figura 1

Figura 1



- Acción del propio tratamiento antineoplásico: Pequeñas cantidades de citostáticos podrían atravesar la barrera hematoencefálica, aumentando la muerte celular y disminuyendo su división en zonas subventriculares. En este sentido, las personas con una genética que haga más permeable dicha barrera serán más sensibles a problemas cerebrales<sup>67</sup>.

Algunos estudios encuentran aumentos de estrés oxidativo en el cerebro tras administración de adriamicina. Este agente, aumentaría los niveles del factor de necrosis tumoral alfa, que atravesaría la barrera hematoencefálica y llevaría a una situación de estrés oxidativo. Como consecuencia, los productos nitrogenados superarían la capacidad de los procesos de reparación de las células cerebrales<sup>72</sup>.

Se sabe que en los cerebros adultos de los mamíferos, existen células madre neurales capaces de auto-renovarse, dando lugar a neuronas, células de la astrogliá, etc. Todas estas células se conocen como neurales progenitoras. Una de las zonas donde se encuentran es en el hipocampo, donde se lleva a cabo el proceso de neurogénesis, que es de gran importancia. Este proceso se verá afectado por quimioterapia, radioterapia, algunos estados inflamatorios, liberación de glucocorticoides en situaciones de estrés, etc. Se produce una merma de la función cognitiva, relacionada con esta alteración hipocámpica. Se ha demostrado, que las células más sensibles a la acción de la quimioterapia son las células progenitoras neurales y los oligodendrocitos maduros<sup>70,71</sup>.

Los oligodendrocitos constituyen uno de los principales blancos de destrucción de los agentes farmacológicos, y son sustancialmente vulnerables a la carmustina. La inhibición de la producción de precursores de oligodendrocitos, o la alteración de su diferenciación, resulta especialmente grave, ya que impide la producción de la mielina. Esto es debido a que durante este proceso de diferenciación, aumentan los niveles de enzimas relacionadas con la mielogénesis. Como consecuencia de la no mielinización, la transmisión del impulso nervioso se ve disminuida, reflejando un deterioro cognitivo<sup>70</sup>.

Algunos autores han investigado in vitro e in vivo los efectos de algunos agentes como el cisplatino, la cytarabine, o la nitrosurea; sobre células madre neuroepiteliales humanas y células neurales progenitoras y precursoras de rata. Los resultados fueron un aumento de la muerte celular, decremento de la división en zona subventricular, hipocampo y cuerpo calloso durante semanas tras la administración del fármaco<sup>70</sup>.

- Anemia: Se trata de una complicación frecuente entre los pacientes con cáncer, ya sea producida por la propia enfermedad, o por su tratamiento. Suele cursar con astenia y una disminución de la oxigenación cerebral, lo que favorece el deterioro cognitivo. La hemoglobina basal de los pacientes mayores con cáncer de pulmón se asocia a su calidad de vida, su capacidad funcional, el declinar mental, y la presencia de cormobilidad y depresión. Existen estudios que muestran una mejora de la función cognitiva cuando se trata la anemia, sin embargo, hay otros estudios que no. Niveles por debajo de 12g/dl de hemoglobina están relacionados con alteraciones de la memoria visual y la atención. A pesar de todo esto, es poco probable que este factor tenga alguna responsabilidad en el mantenimiento de la disfunción cognitiva, tras el fin del tratamiento, ya que las cifras de hemoglobina se irán normalizando<sup>71,72</sup>.

- Astenia: Algunos estudios relacionan la fatiga y la astenia general con un deterioro en la memoria de trabajo. Además, también se asocia a una reducción significativa del aprendizaje verbal en pacientes bajo dosis estándar de quimioterapia. De esta forma, se puede decir que la astenia afecta a la memoria verbal. En otros estudios, se ha visto que la fatiga ha perseverado incluso diez años tras el diagnóstico y han identificado como predictores principales de la fatiga: los problemas cardiovasculares, los síntomas depresivos, y en tercer lugar, el tipo de tratamiento antineoplásico<sup>72</sup>.
- Daño vascular: Tanto la quimioterapia, como la radioterapia pueden provocar lesiones en las paredes de los vasos sanguíneos, dando lugar a una reducción del flujo de los pequeños vasos de cerebro, ya sea por efecto directo, por el estrés oxidativo, o por la formación de coágulos. Además, se ha descrito que la administración de metotrexato puede disminuir la densidad vascular en el hipocampo.<sup>72-73</sup> Las células malignas producen proteasas y factor tisular que tienen propiedades procoagulantes, además, cuando dichas células interactúan con el sistema inmune, éste produce factor de necrosis tumoral e interleukina 1 provocando que la pared vascular se convierta en una superficie trombogénica<sup>74</sup>.
- Cambios hormonales: Tanto los estrógenos, como los andrógenos poseen efectos antioxidantes y neuroprotectores, promoviendo la supervivencia de las células cerebrales, aumentando el flujo sanguíneo cerebral y el aporte de glucosa. Además, modulan la plasticidad estructural del hipocampo y ejercen un efecto beneficioso sobre los neurotransmisores implicados en la función cognitiva<sup>71</sup>.

Varias regiones del cerebro, importantes en la memoria y cognición son ricas en receptores de estrógenos. Por ello, el uso a largo plazo de anticuerpos anti-estrógenos puede tener consecuencias para estas estructuras y su función cognitiva<sup>75</sup>.

La quimioterapia altera los niveles de testosterona y estrógenos, provocando una menopausia inducida, e interfiere en la secreción hormonal, aumentando el riesgo de problemas cognitivos<sup>67</sup>.

Varios estudios muestran la importancia de las hormonas en la cognición. El papel de los estrógenos muestra efectos beneficiosos sobre la memoria y el aprendizaje. Sin embargo,

estos estudios se han hecho en modelos animales, los estudios en humanos parecen poner en duda esta afirmación, aunque no son concluyentes. Por ello, el campo de la oncología, ha mostrado interés en la caída de los niveles hormonales y su relación con déficits neurológicos. Algunos estudios indican que las mujeres tratadas con Tamoxifeno o anastrozol tienen más riesgo de sufrir alteraciones de la memoria y aprendizaje <sup>76</sup>.

- Citoquinas: Existe la hipótesis sobre la influencia adversa del aumento de citoquinas producidas por el tumor en la cognición. Algunos estudios muestran que los pacientes, tanto los que reciben quimioterapia como los que no, tienen las citoquinas más elevadas que las personas sanas, con una tendencia a peor rendimiento cognitivo<sup>72</sup>.

Las citoquinas proinflamatorias IL-1, IL-6 y TNFalfa, atraviesan la barrera hematoencefálica, pudiendo causar astenia, anorexia, disminución de la función cognitiva. Se sabe que las citoquinas intervienen en la modulación de la función de las neuronas y de las células de la glía, en la reparación neural y en el metabolismo de la dopamina y la serotonina. Las citoquinas informan al cerebro de posibles daños o lesiones en el organismo. Cuando esta información es recibida, tiene lugar una respuesta a nivel psíquico y conductual (alteración del sueño, reducción de la actividad), facilitando el ahorro de energía y permitiendo al organismo que se centre en los agentes lesivos. También se sabe que las citoquinas son capaces de influir en el humor, en el sistema sensorial, en el desarrollo de la memoria, y que niveles elevados contribuyen a un estado de ánimo deprimido. Algunos estudios muestran que los niveles de citoquinas en pacientes con cáncer de mama sí están relacionados con déficits cognitivos, afirmación que no se puede extrapolar a los pacientes con cáncer de colon<sup>71,72</sup>.

Es importante destacar que algunos estudios muestran relación en pacientes con quimioterapia, entre la elevación de TNFr2 en sangre y una disminución del metabolismo en la zona inferior izquierda del giro frontal, incluyendo el área de Broca. Dicha zona integra los aspectos activadores semánticos y los aspectos de planificación motora involucrados en la iniciación del lenguaje y habla<sup>77</sup>.

Así pues, existen indicios de que la quimioterapia puede aumentar los niveles de citoquinas en mayor o menor medida según la variante del tratamiento<sup>71</sup>.

- Genética: Los factores genéticos pueden desempeñar un papel fundamental en el desarrollo del deterioro de la función cognitiva relacionado con el tratamiento. Se conocen las relaciones

entre algunos polimorfismos de los genes implicados en procesos reparadores y el riesgo de desarrollar una complicación.

Como hemos dicho con anterioridad, existen receptores hormonales en diversas zonas cerebrales involucradas en la memoria y el aprendizaje (tálamo, hipocampo, corteza cerebral, etc.). Este hecho es de gran importancia, si tenemos en cuenta la existencia de polimorfismos del gen de receptor alfa de estrógenos (ESR1) que se han relacionado con el riesgo de desarrollar la enfermedad de Alzheimer. De este mismo modo también se han identificado polimorfismos en el gen del receptor de andrógenos, que parece estar vinculado con la función cognitiva<sup>74,78</sup>.

También son de gran importancia los polimorfismos relacionados con los neurotransmisores, entre ellos el polimorfismo de la catecol-O-metiltransferasa (COMT). Esta enzima interviene en la degradación de las catecolaminas mediante un proceso de metilación, siendo responsable del 60% de la degradación metabólica de la dopamina. Este enzima presenta una variación genética resultando en dos alelos distintos y tres genotipos: COMT Met/Met, COMT Met/Val, COMT Val/Val. De esta forma se ha visto que pacientes tratados con quimioterapia, y que eran homocigotos para el alelo metionina, tenían mejores puntuaciones en los test de memoria espacial y visual, que aquellos pacientes portadores del alelo valina de la COMT<sup>71,79</sup>.

Por otra parte, otros polimorfismos alteran la farmacodinamia de los quimioterápicos, predisponiendo al paciente a una mayor toxicidad. Esto puede ser debido, bien a un aumento de la permeabilidad de la barrera hematoencefálica, o bien alterando los mecanismos detoxificadores, lo que conlleva a un aumento de la exposición al fármaco<sup>71</sup>.

Uno de los polimorfismos más estudiados es el de la apolipoproteína E (APOE). Esta molécula es sintetizada por los astrocitos, y es la principal apolipoproteína en el líquido cefalorraquídeo humano. Tiene la función de transportar los lípidos en el cerebro, está relacionada con el mantenimiento de la integridad estructural de los microtúbulos dentro de la neurona, interviene en la proliferación-diferenciación de células del músculo liso, y según investigaciones recientes, está relacionada con la respuesta inflamatoria y mecanismos de reparación neuronal tras una lesión cerebral traumática<sup>78,80</sup>. Esta glicoproteína posee tres alelos (E2, E3, E4), que se encuentran en la población general con una frecuencia del 5-10%, 60-70%

y 15-20%, respectivamente. Éste último, está relacionado con gran variedad de trastornos que cursan con disfunción cognitiva, que van desde una pérdida de memoria, hasta la enfermedad de Alzheimer. Se han observado que pacientes sometidos a quimioterapia y con un polimorfismo en E4 presentaban una disminución de la memoria visual y espacial, así como de la función ejecutiva<sup>67,71,72</sup>.

También cabe mencionar la importancia de los mecanismos reparadores de ADN. Si estos son deficientes, la dificultad para reparar el material genético tras su exposición a los citostáticos, será mayor<sup>71</sup>. Tabla 4

Tabla 4:

**Cambios en las funciones mentales que se pueden relacionar con tratamientos oncológicos**

<b><u>NIÑOS</u></b>	<b><u>ADULTOS</u></b>
Descenso en coeficiente intelectual	Enlentecimiento psicomotor
Problemas de aprendizaje	Enlentecimiento de la velocidad de procesamiento
Déficits en atención y memoria	Déficits de atención
	Bajo rendimiento en fluidez verbal
	Disminución de las capacidades de aprendizaje
	Dificultades de tipo ejecutivo
	Bajas capacidades visoespaciales y visoconstructivas

## **Instrumentos y estrategias de evaluación del rendimiento cognitivo**

Los test neuropsicológicos clásicos han recibido diversas críticas en distintos trabajos. Ello es debido, al excesivo tiempo que se requiere para la realización de algunas baterías, a la alta sensibilidad al efecto de la práctica y el aprendizaje, así como a una escasa sensibilidad ante deterioros cognitivos sutiles. Teniendo todo esto en cuenta, estos instrumentos deben ser correctamente seleccionados para aquello que queramos estudiar, teniendo presente su fiabilidad, su validez, y las características propias de la población receptora<sup>67,80-82</sup>.

Actualmente, se están fomentando las técnicas de neuroimagen y técnicas psicofisiológicas, capaces de detectar cambios morfológicos o fisiológicos en el cerebro. La resonancia magnética es capaz de visualizar disminuciones de dichas estructuras, y ha identificado un volumen reducido de estructuras cerebrales importantes para el funcionamiento ejecutivo (corteza frontal), y cambios en la integridad de los tractos de sustancia blanca en pacientes tratados con quimioterapia. Sin embargo, algunos datos sostienen que el deterioro detectado por las imágenes se correlaciona con el deterioro clínico percibido, sin embargo, no con los resultados de los test clásicos. Los primeros resultados de un estudio de RM funcional, revelaron un patrón de activación reducido en la corteza frontal durante una tarea de memoria, en pacientes que habían recibido quimioterapia. Por el contrario, pacientes que se quejaban de una disminución de sus funciones cognitivas, presentaban un aumento de la activación de otras zonas del lóbulo frontal y parietal. Otra prueba es el encefalograma, capaz de detectar alteraciones electrofisiológicas en los potenciales. Se ha reportado una disminución en la amplitud y en la latencia en personas con cáncer de mama tratadas con dosis altas de quimioterapia cuatro años antes<sup>24,67,80</sup>.

## **COMPLICACIONES SEXUALES EN LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS Y LARGOS SUPERVIVIENTES**

Además de las complicaciones psicosociales y físicas, los pacientes largos supervivientes y los enfermos oncológicos se tienen que enfrentar a la posibilidad de padecer algún trastorno/complicación sexual.

Estas alteraciones tienen diversas etiologías debidas al propio tumor y a los tratamientos. Es de gran importancia la psiquis del propio afectado, parámetro visto en el apartado de complicaciones psicológicas.

- Etiología debida al tumor: El tumor según se va expandiendo, va afectando por compresión a sus estructuras vecinas. De esta manera no es de extrañar que un tumor testicular provoque daños a nivel local, que un tumor de próstata, provoque disfunción eréctil, o que un cáncer de cérvix, sea a veces el único responsable de disminución de deseo sexual y la dispareunia<sup>83,84</sup>. Los cánceres ginecológicos y de mama constituyen problemas de salud pública, dado que atacan órganos no solo biológicamente importantes, sino también de gran valor simbólico para la sexualidad y la imagen corporal, generando frecuentemente implicaciones sobre la salud sexual<sup>85</sup>. Dorval y cols en un estudio, hallaron que la calidad de vida de las supervivientes de cáncer de mama era similar a la de las mujeres sanas, a excepción de los aspectos sexuales<sup>86,87</sup>. En algunos estudios, se han encontrado que los problemas más prevalentes en cáncer de mama son los trastornos de imagen corporal, las disfunciones sexuales o el patrón sexual ineficaz<sup>88</sup>. El cáncer de cérvix y la displasia de cérvix de etiología vírica VPH, es identificada por algunos autores como factor de riesgo para la disfunción sexual femenina, aunque es necesario más investigación<sup>89</sup>.
- Tratamientos oncológicos: En la actualidad, son cada vez más eficaces en la lucha contra la enfermedad neoplásica, sin embargo, no están exentos de riesgos o complicaciones para los pacientes. Entre éstos, se encuentran diversas alteraciones sexuales. En un estudio retrospectivo de 332 mujeres tratadas de cáncer de cérvix, hasta cinco años postratamiento, y comparadas con un grupo control, se objetivó que el 25% refería lubricación insuficiente y pérdida de elasticidad de la pared vaginal<sup>90,91,92</sup>.

La radioterapia. La radioterapia pélvica constituye el tratamiento primario o adyuvante para muchos cánceres femeninos y masculinos, y juega un papel negativo significativo para la disfunción sexual, tanto femenina como masculina<sup>93</sup>. Es una modalidad de tratamiento que afecta al tejido sano circundante al tumor. Así por ejemplo, algunos estudios han descrito que en el cáncer de próstata, la radioterapia puede causar incontinencia urinaria a un 70% de los pacientes y al 68%, disfunción eréctil. Esto se relaciona con lesiones en los paquetes nerviosos, lesiones arteriales y musculares. La reversibilidad de estas lesiones es variable, a pesar de ello, algunos estudios han conseguido tanto avances médicos positivos, como intervenciones

enfermeras eficaces<sup>94,95,96</sup>. La incidencia de este problema es muy variable dependiendo de las series (25%-48%)<sup>97</sup>.

La radioterapia en la mujer, y para algunos cánceres, se describe como la modalidad de tratamiento que más altera el aspecto físico de la sexualidad, produciendo disfunción sexual persistente durante los dos años posteriores. El daño a los ovarios de la radioterapia es dependiente de la dosis, campo de irradiación, y la edad de la mujer. Los ovarios están expuestos a dosis significativas de la irradiación cuando la radioterapia se utiliza para tratar la enfermedad pélvica o abdominal, como el cáncer de cuello uterino y rectal. Además, la radiación de todo el cuerpo, la radiación espinal, la radiación cerebral, y la radiación pélvica en combinación con quimioterapia, está asociada con altas tasas de amenorrea. La radiación a la pelvis también afecta al útero. La radiación uterina se asocia con un mayor riesgo de aborto espontáneo, parto prematuro y con bajo índice de natalidad, probablemente debido a los cambios en la musculatura y el flujo sanguíneo que ésta provoca. Las mujeres muy jóvenes son más susceptibles al daño de la radiación a su útero<sup>98</sup>.

En un estudio realizado por Jensen y cols<sup>99</sup>, se señala que las alteraciones sexuales referidas por pacientes sometidas a radioterapia en los primeros dos años posteriores al tratamiento, incluyen ausencia o falta de libido (85%), falta de lubricación vaginal (35%), dispareunia (55%), disconformidad con la vida sexual (30%) y pareja con libido disminuido (40%). La estrechez vaginal dificulta la penetración por lo que un 30% de las pacientes tienen gran dificultad de completar el coito, mientras que para un 45% éste fue imposible, debido al daño epitelial vaginal y de la capa basal de la mucosa, a parte de la disminución de capilares en la vagina. El reinicio de la actividad sexual tras haber recibido el tratamiento, es recordado como un evento psicológicamente traumático. Un número de mujeres expresan que el miedo era tan grande en sus primeras experiencias sexuales post tratamiento que se describen como "emocionalmente desconectadas"<sup>100</sup>.

De este modo, la radioterapia puede provocar toxicidad gonadal en ambos sexos. En las mujeres puede haber afectación vulvar, manifestada por lesiones cutáneas, pudiéndose cronificar con aparición de atrofia cutánea, dolor, prurito, hiperpigmentación, etc. La afectación de la vagina, se caracteriza por cuadro de vaginitis, mencionado en párrafo anterior, y con una duración aproximada de 3-6 semanas; su cronificación puede dar fibrosis, necrosis con ulceración, fístulas o dispareunia. La toxicidad útero-cervical consiste en la atrofia de las glándulas endometriales y del estroma, y atrofia del cérvix. La afectación ovárica provoca la

atrofia del folículo, conduciendo a una esterilidad. En los varones esta modalidad de tratamiento, puede provocar azoospermia, oligospermia y cambios hormonales, tras meses o años del tratamiento. La disfunción eréctil es la más habitual, estando relacionada con altas dosis<sup>101</sup>.

La cirugía. Respecto a los factores relacionados con el tratamiento quirúrgico, existen varios: la edad de la paciente, el funcionamiento sexual, la ubicación/tamaño tumoral y el tipo de cirugía. En el tratamiento quirúrgico de cáncer de cérvix, las adherencias o cicatrices pélvicas pueden contribuir a la dispareunia después de una resección quirúrgica. La extirpación de los ovarios, con la consiguiente menopausia artificial, provoca el cese en la producción de estrógenos, lo que repercute en la fase de excitación de la mujer, disminuyendo la lubricación vaginal y perdiendo tono y elasticidad. Este déficit estrogénico, puede afectar al funcionamiento sexual. El deseo sexual podría disminuir durante un periodo largo de tiempo, pero una vez transcurrido éste se recupera a nivel fisiológico. La pérdida del apetito sexual o la pérdida del placer sexual es un aspecto común en la depresión y ésta es más prevalente en la población oncológica que en la población general. El orgasmo permanece intacto pero puede retardarse como consecuencia secundaria de los medicamentos o de la ansiedad. Los problemas sexuales no tienden a resolverse durante el primer o segundo año tras la enfermedad<sup>102</sup>. Con respecto a la histerectomía, la de subtipo vaginal, es la que mayores disfunciones provoca. Si sumamos el factor edad y/o un trastorno depresivo, se agrava el riesgo o padecimiento de estas disfunciones<sup>103</sup>. En algunos estudios se ha argumentado que la histerectomía alteraba la movilidad de los órganos pélvicos durante el coito, al igual que limitaba la habilidad de la vagina superior para expandirse durante la fase de excitación. En un estudio llevado a cabo por Mario Martínez et cols. en el que se estudió una muestra de 25 mujeres a las que se les practicó una histerectomía. El 34% reportó algún tipo de disfunción sexual tras dicha intervención. Dentro de éstas se manifiesta el deseo sexual hipoactivo, la dispareunia, las disfunciones de la excitación sexual o las disfunciones orgánicas<sup>104</sup>. Dentro de la histerectomía, existe la opción de sí o no ooforectomía. Se ha demostrado que las mujeres con histerectomía y ooforectomía muestran con mayor frecuencia deterioro de la función sexual que aquellas que sólo recibieron histerectomía. En un estudio llevado a cabo se compararon muestras de ambas opciones terapéuticas. El inicio de la vida sexual postratamiento no obtuvo diferencias significativas entre ambos grupos, el retraso del mismo fue debido al temor de la pareja, al miedo al dolor, etc. Al sexto mes, las diferencias de alteraciones sexuales se hacen significativas, debido a dispareunia, orgasmo, grado de excitación, grado de deseo sexual. La comparación de la vida

sexual al sexto mes con la época prequirúrgica, es percibido de peor manera por las que tuvieron histerectomía y ooforectomía<sup>105</sup>.

En lo referente a la prostatectomía, consistente en la extirpación de la próstata, pueden darse algunas complicaciones de carácter sexual, como la disfunción eréctil. En un estudio llevado a cabo a 168 pacientes intervenidos, el 98% presentó como complicación tardía disfunción eréctil<sup>106</sup>. En otro estudio, en los que se evalúa el postoperatorio de 20 pacientes, se determinó que 2 presentaban disfunción eréctil preoperatoria, y de los 18 restantes, el 33,4% presentó dicha alteración en el momento de la revisión<sup>107</sup>. En el estudio de J.A. Portillo Martín y cols. se analizaron las complicaciones de 138 prostatectomías radicales, los resultados fueron que la incontinencia urinaria junto a la disfunción eréctil son las secuelas más preocupantes, estando esta última presente en el 98% de los casos<sup>108</sup>.

En lo concerniente a las complicaciones sexuales en el varón tras cirugía rectal, existen autores, como Zugor V. y cols. que realizaron un estudio retrospectivo de una muestra de 153 varones tras dicha intervención. Los resultados muestran que el 73,3% padeció disfunción eréctil, y además, se identificaron otros problemas en menor proporción como disminución de la capacidad de orgasmo, alteraciones de la eyaculación y del libido o deseo sexual<sup>109</sup>. Un estudio británico de 20 pacientes (16 hombres y 4 mujeres), mostró que de 13 hombres que tenían función eréctil normal, 3 desarrollaron alteraciones en esta función tras la cirugía<sup>110</sup>. En otro estudio basado en un cuestionario para valorar las distintas disfunciones sexuales tras cirugía, y que constó de una muestra de 179 hombres y mujeres, se obtuvieron los siguientes resultados: el 29% de las mujeres y el 45% de los varones valoran peor su vida sexual tras la intervención. Los problemas sexuales específicos en las mujeres fueron: disminución de libido 41%, alteración de la excitación 29%, 56% de problemas en la lubricación, alteraciones del orgasmo un 35% y dispareunia 46%. En los hombres: disminución de libido 47%, impotencia total 32% y parcial un 52%, alteración del orgasmo 41% y alteraciones de la eyaculación 43%. Y ambos sexos mostraron una imagen negativa del cuerpo. Como conclusiones, se determina el carácter multifactorial de los problemas sexuales tras la cirugía para el cáncer rectal<sup>111</sup>. En otro estudio británico, se analizaron tanto problemas urinarios como sexuales de una muestra de 49 pacientes. El 25% de los varones reportaron una reducción de la función eréctil, el 4,1% reportó ser impotente completamente, y el 8,2% informó de eyaculación retrógrada<sup>112</sup>.

La quimioterapia es un tratamiento, que como hemos dicho anteriormente, provoca disminución de las células sanguíneas, provocando anemia<sup>71,72</sup>, además provoca alteraciones de los estrógenos y testosterona circulante, causando consecuencias en determinados órganos/tejidos, como menopausia precoz<sup>67</sup>.

De forma específica, los factores relacionados con la quimioterapia se han vinculado con la disminución del deseo y la frecuencia del coito, derivados concretamente de los efectos secundarios de la misma (náuseas, vómitos, diarrea, mucositis, alteraciones del gusto y del olfato). La alopecia es uno de los efectos secundarios que más interfiere en la imagen corporal y la pérdida del vello púbico puede inducir sentimientos de asexualidad. En las mujeres, los agentes citotóxicos se relacionan con la sequedad vaginal, dispareunia, y síntomas menopáusicos.

El efecto negativo de las drogas citotóxicas en la espermatogénesis se ha investigado extensamente, viéndose que los derivados de la mostaza nitrogenada (busulfán, melfalán) y alquilantes (ciclofosfamida), son los más perjudiciales. La quimioterapia de combinación para combatir distintas enfermedades oncológicas, tienen alta probabilidad de provocar esterilización (vincristina, procarbazona, o adriamicina-bleomicina-vinblastina-dacarbacina), en cambio, otros regímenes son menos agresivos para la espermatogénesis (bleomicina-etopósido-cisplatino). La recuperación de la espermatogénesis depende de los fármacos utilizados y de la dosis acumulativa<sup>113,114</sup>. La siguiente tabla resume el riesgo de daño gonadal, según la quimioterapia. Tabla 5.

Tabla 5:  
**Riesgo de la quimioterapia para el deterioro de la espermatogénesis**

ALTO RIESGO	RIESGO MEDIO	BAJO RIESGO
Ciclofosfamida	Cisplatino	Vincristina
Ifosfamida	Carboplatino	Metotrexate
Busulfán	Doxorrubicina	Bleomicina
Melfalán	BEP	Vinblastina
Procarbacin	ABVD	Actinomicina
Dacarbacin		Mercaptopurina
MOPP		

MOPP: mostaza nitrogenada-vincristina-procarbacin-prednisona

BEP: bleomicina-etopósido-cisplatino

ABVD: adriamicina-bleomicina-vinblastina-dacarbacin

La fertilidad tras el tratamiento es un tema que ha sido muy estudiado. Aparte del tratamiento antineoplásico recibido, el tratamiento de fertilidad tiene poder pronóstico para la recuperación espermática en el futuro, así como las concentraciones de espermatozoides pre-tratamiento. Como en la actualidad no existen opciones terapéuticas para mejorar la espermatogénesis tras el daño causado, la criopreservación representa la medida preventiva ideal para conservar la fertilidad<sup>113,115</sup>. Jacob A. y cols. hicieron un estudio para ver la recuperación de la espermatogénesis, en pacientes a los que se les había realizado un trasplante alogénico y autólogo de médula, o trasplante de células madre periféricas. El resultado fue que el 16% recuperó la función<sup>116</sup>. La recuperación varía, en hombres que tuvieron quimioterapia basada en el cisplatino, la normoespermia fue alcanzada al año de la administración del tratamiento, por un 63%, y aumento a un 80% a los cinco años<sup>113</sup>.

Una de las consecuencias más devastadoras del tratamiento quimioterápico en población femenina joven es el daño ovárico, acompañado de la correspondiente disminución de la fertilidad. Los síntomas sexuales relacionados con la privación de estrógenos provocan atrofia vaginal, adelgazamiento de los tejidos vaginales y vulvares, pérdida de elasticidad de los tejidos, disminución de la lubricación vaginal, sofocos, cansancio e irritabilidad. Estos factores pueden traer como consecuencia una disfunción sexual prolongada, exámenes pelvianos

dolorosos, dispareunia e infecundidad, así como, irritación vaginal, que cesa a los pocos meses tras la finalización del tratamiento y un descenso de la calidad de vida en general, incluso transcurridos dos años desde la finalización del tratamiento. El daño se relaciona con múltiples factores: edad, régimen de quimioterapia, dosis de radiación pélvica recibida, etc<sup>117</sup>. En un estudio de una muestra de 132, se pretendió estudiar la función gonadal en jóvenes supervivientes de linfoma, y determinar la función ovárica mediante la medición de niveles de la hormona antimülleriana (AMH), décadas después del tratamiento quimioterápico. El hipogonadismo fue observado en el 11% de los varones, otro 11% fue categorizado como infértil. El 20% de las mujeres tuvieron riesgo de desarrollar un fallo ovárico prematuro, y en un 44% se observó disminución de la fertilidad<sup>118</sup>.

### **COMPLICACIONES FÍSICAS EN PACIENTES ONCOLÓGICOS Y LARGOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER**

Todo el mundo sabe que la enfermedad oncológica y sus tratamientos provocan una serie de complicaciones físicas en mayor o menor número, e intensidad. Muchos de estos efectos, provocan al paciente oncológico y al paciente largo superviviente de cáncer una alteración de su vida cotidiana, teniendo no sólo que combatir contra la enfermedad en sí, sino también contra éstas.

- **Fatiga/ astenia:** La fatiga es uno de los efectos secundarios más frecuentes del tratamiento del cáncer. Este síntoma afecta hasta al 70% de los pacientes con quimioterapia y radioterapia. Para muchos pacientes con cáncer, la fatiga relacionada con el tratamiento, es grave e impone limitaciones en las actividades diarias normales. Además, este síntoma puede afectar el curso del tratamiento; de hecho, es responsable de la limitación de la dosis de algunos tratamientos contra el cáncer. En lo que concierne a largos supervivientes de cáncer, hasta el 30% ha reportado este síntoma. La fatiga crónica probablemente es multifactorial interviniendo aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales<sup>119,120,121</sup>.

Barsevick A. y cols. realizaron una revisión bibliográfica que tenía como objetivo discutir la fatiga relacionada con el cáncer (CRF), y sus posibles mecanismos etiológicos. La fatiga se entiende como una experiencia subjetiva reportada por los pacientes. Sin embargo, con el avance en la genética y la investigación se está consiguiendo dar explicaciones biológicas a dichas experiencias subjetivas. En dicho estudio, se han propuesto como posibles causas la

desregulación de citoquinas, la disfunción del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal, la desregulación de determinados neurotransmisores (5-HT), alteración del ciclo circadiano, alteraciones relacionadas con el trifosfato de adenosina (ATP), alteraciones del metabolismo muscular, etc. Además, centra su atención también en determinados genes <sup>122</sup>.

Los efectos combinados de quimioterapia y reposo prolongado en cama, inducen una pérdida sustancial del rendimiento físico. Como resultado de la capacidad de trabajo reducida, los pacientes requieren un mayor grado de esfuerzo para realizar las actividades habituales; estos aumentos de esfuerzo están relacionados lógicamente con incrementos en la tasa metabólica y en el consumo de energía, provocando la sensación de cansancio y fatiga, incluso en la realización de actividades normales que a la población general no le supondría esfuerzo extra alguno <sup>123</sup>.

Como hemos dicho anteriormente, la fatiga es el síntoma más frecuente en los pacientes oncológicos y en los pacientes largos supervivientes de cáncer, además aparece como el más angustioso, o más responsable de la interferencia con la vida cotidiana. En algunos estudios, dicho síntoma está en relación con el dolor, también muy extendido en este tipo de pacientes. Los opioides, como solución al dolor, pueden ser responsables de la aparición de otros síntomas, que no ayudan a la mejora de la fatiga y recuperación de la calidad de vida. De esta forma, es necesario controlar el dolor y la fatiga en pacientes que han recibido quimioterapia. Es esencial, además de usar las medidas farmacológicas que estén en nuestras manos, examinar o trabajar en intervenciones no farmacológicas, que tienen menos probabilidad de causar efectos adversos, pudiendo provocar una respuesta de relajación y mantenimiento de la calidad de vida <sup>124</sup>.

La fatiga, debido a su importancia, ha sido investigada y mencionada en gran cantidad de bibliografía <sup>120,123</sup>.

En un estudio, entrevistadores entrenados utilizaron métodos estandarizados para evaluar a 90 pacientes en una media de 32 meses tras el diagnóstico de enfermedad de Hodgkin, o linfoma no Hodgkin. La quimioterapia y la radioterapia causaron efectos adversos que incluyen: caída del cabello, vómitos, náuseas y pérdida del apetito. Aunque la mayoría de los pacientes estaban libres de enfermedad y no recibían tratamiento, algunos todavía sufrían falta de energía (34,4%), pérdida de libido (21,1%), irritabilidad (24,4%) y cansancio (21,1%); el 33,3% de los

pacientes se quejaron del deterioro continuo del pensamiento, o disturbio de la memoria a corto plazo<sup>120</sup>.

En un estudio se quisieron observar las capacidades físicas de 70 pacientes tras la quimioterapia y la administración de factor estimulante de colonias G-CSF. Al inicio del estudio no se encontró ninguna diferencia de rendimiento máximo entre el grupo experimental y el grupo control. Sin embargo, durante la hospitalización, hubo una pérdida de rendimiento mayor del 27% en el grupo control, dando como resultado, una diferencia significativa del rendimiento máximo en ambos grupos al alta<sup>125</sup>.

Font A. y cols. realizaron un estudio con una muestra de 215 pacientes de cáncer de mama, con la intención de constatar la relación existente entre fatiga y fase clínica: los pacientes en fase de diagnóstico presentaron menos fatiga que los sometidos a tratamiento complementario, o a los que se encontraban en fase de recidiva. En el grupo de intervalo libre de enfermedad, se observó el menor valor relacionado con la fatiga, y el máximo, en el de enfermedad avanzada. Se observó también, relación entre la fatiga y el grado de expectativas que tenían los pacientes. De esta manera, observaron que los pacientes con elevadas expectativas de resultado, o dicho de otro modo, mayor esperanza de curación, presentan menos fatiga, que las pacientes con pocas expectativas de resultado<sup>126</sup>.

Vogelzang NJ y cols. diseñaron una encuesta para identificar la epidemiología de la fatiga relacionada con el cáncer, desde el punto de vista del paciente, cuidador principal y oncólogo. La muestra constó de 419 pacientes, 200 cuidadores principales y 197 oncólogos. Dicha encuesta recogía las percepciones y actitudes sobre la fatiga en pacientes con cáncer que habían recibido quimioterapia o radioterapia, y sus cuidadores. Los pacientes habían recibido su última sesión de quimioterapia en un intervalo que oscilaba entre 6 semanas y más de un año. Un 78% de los pacientes experimentó fatiga. Dentro de los cuales 32% fue diaria, viendo afectadas sus rutinas cotidianas. Los cuidadores detectaron dicho síntoma en un 86% de los pacientes y los oncólogos en un 76%. Los oncólogos reportaron relación entre dolor y aumento de dicha complicación. En dicho estudio, todos muestran la importancia que tiene este síntoma para la calidad de vida del enfermo y del largo superviviente de cáncer<sup>127</sup>.

En el estudio de Schmidt ME y cols. los niveles de fatiga fueron en aumento durante la quimioterapia y radioterapia. En los supervivientes, la fatiga persistió a largo plazo de manera

significativa, y tuvieron peores puntuaciones en las funciones de calidad de vida tras seis años, al igual que al compararlo con la población en general. En dicho estudio, la quimioterapia tiene mayor impacto que la radioterapia en cuanto a fatiga se refiere. Los supervivientes de cáncer de mama pueden experimentar una calidad de vida a largo plazo semejante a la población en general. Sin embargo, tras el tratamiento, la fatiga persistente puede llevar a una extensa pérdida de la calidad de vida a largo plazo, relacionada con aspectos físicos, sociales, cognitivos, etc<sup>128</sup>.

Servaesa P. y cols. llevaron a cabo una revisión bibliográfica de más de cincuenta artículos, todos relacionados con la fatiga en pacientes oncológicos y largos supervivientes de cáncer. En dicha revisión, la fatiga estuvo presente entre el 25% y el 75% de los pacientes según el tipo de cáncer o el tipo de tratamiento; quimioterapia en monoterapia, o junto con radioterapia. Sin embargo, en los artículos que usaban Escalas Visuales Analógicas de Fatiga, dicha incidencia aumentó hasta un 90% con la quimioterapia. En lo que concierne a factores correlacionados con la fatiga, la revisión mostró que las variables asociadas a la enfermedad no mostraron relación significativa. En las variables demográficas, el sexo femenino padecía una mayor incidencia. El estado psicológico, la ansiedad, la depresión y el insomnio sí estaban relacionadas con esta complicación. Respecto al tipo de tratamiento, sí hay relación entre fatiga y la extensión del mismo, de igual manera que a mayor tiempo de finalizar el tratamiento, más severa es la intensidad de dicha complicación<sup>129</sup>.

- **Náuseas y vómitos**. La mayoría de los pacientes con cáncer padecen náuseas y/o vómitos, como resultado del tratamiento. Sin embargo, existen también otros factores. Entre ellos, está la localización del tumor (si se sitúa en el tracto gastrointestinal), metástasis meníngeas o cerebrales, uremia, infecciones debidas a la neutropenia, estrés psicológico, alteraciones hidroelectrolíticas, etc<sup>130</sup>. Tabla 6

Tabla 6:

**Mecanismos causales de la náusea y el vómito en el paciente oncológico**

Alteraciones del metabolismo de glucosa y aminoácidos
Obstrucción gastrointestinal
Alteraciones hidroelectrolíticas
Hipercalcemia
Insuficiencia adrenocortical
Infecciones, peritonitis
Metástasis en el Sistema Nervioso Central : cerebrales, meníngeas
Metástasis hepáticas
Estrés psicológico
Alteraciones del gusto y el olfato, aversión por determinados alimentos

Las náuseas y los vómitos están en lo alto del ranking de las complicaciones más comunes y estresantes para el paciente con cáncer sometido a quimioterapia y/o radioterapia. Es de gran importancia el manejo y control de los mismos, ya que puede desembocar en alteraciones nutricionales, alteraciones metabólicas graves, deterioro psicológico y físico, y también en el rechazo del tratamiento quimioterápico, dificultando la consecución del éxito del plan terapéutico<sup>130,131</sup>.

Mientras que los nuevos tratamientos farmacológicos antieméticos y terapias de la conducta tienen gran éxito en el control de las náuseas y los vómitos; las náuseas anticipadas y los vómitos tardíos son, al día de hoy, un problema para los pacientes que reciben quimioterapia. Tanto es así, que incluso a veces, el paciente decide retrasar el tratamiento, los ciclos futuros, o incluso detenerlos<sup>132</sup>. Es por esto, que actualmente, el punto de mira está centrado en la aparición de esta complicación de forma anticipada al tratamiento. Su prevalencia es del 25% aproximadamente en los pacientes que reciben quimioterapia en el momento de su cuarto ciclo. La etiología potencial no parece estar relacionada con características demográficas, clínicas, o psicológicas únicas. El desarrollo de efectos secundarios de forma anticipada, parece estar relacionada con un modelo clásico de condicionamiento, es decir, es una respuesta aprendida al tratamiento<sup>133</sup>. En la actualidad, se plantea si determinadas terapias conductuales pueden ser

tratamientos útiles frente a la aparición anticipada de estos síntomas. De esta forma, Morrow GR y cols. pretendieron valorar la eficacia de la “desensibilización sistemática”, un tipo de tratamiento conductual basado en la relajación como respuesta a situaciones que anteriormente provocaban dicha clínica. Así, la muestra de pacientes se dividió al azar en tres grupos, uno recibiría dicha terapia psicológica, otro solo asesoramiento, y el tercero ningún tipo de tratamiento. Durante el estudio, se vio que la desensibilización reportó mayor eficacia que el asesoramiento, o la ausencia de tratamiento. Además, también reportó que la náusea y el vómito fue más limitada en el tiempo y de menor severidad, que en los otros dos grupos<sup>134</sup>.

En un estudio de Doranne L Y cols. se quiso valorar el impacto de las náuseas y vómitos en la calidad de vida de los pacientes en la práctica clínica diaria. Para ello se desarrolló un estudio prospectivo y multicéntrico de pacientes, y se llevó a cabo en nueve hospitales. Durante tres ciclos consecutivos de quimioterapia, los pacientes utilizaron un diario para contar episodios de náuseas, vómitos y antieméticos usados. Para cada ciclo, estas calificaciones se hicieron un día antes y siete días después de haber recibido quimioterapia. La influencia de esta clínica en los pacientes se evaluó con cuestionario validado en el día 6 de cada ciclo de tratamiento. La muestra constó de 177 pacientes. Las náuseas agudas y tardías durante el primer ciclo fueron informadas por el 39% y el 68% de los pacientes, respectivamente. Las cifras comparables para vómitos agudos y vómitos tardíos fueron 12% y 23%. Un tercio de los pacientes manifestó que la presencia de dicha clínica tenía un gran impacto en su vida diaria. Los pacientes más jóvenes registraron de forma significativa más náuseas y vómitos que los de mayor edad. Los pacientes con quimioterapias moderadamente emetógenas (antraciclinas) reportaron náuseas de carácter más agudo, que los pacientes que tenían un tratamiento altamente emetógeno<sup>135</sup>.

Otros autores quisieron evaluar el impacto de las náuseas en el estado nutricional, calidad de vida y estrés psicológico, dado que éstas son más difíciles de controlar. Para tal fin, se desarrolló un estudio prospectivo observacional en dos ciclos de quimioterapia. Para valorar todos los parámetros se usaron herramientas validadas. La muestra consistió en 104 pacientes, principalmente mujeres, y todos recibieron quimioterapia basada en antraciclinas. Mientras que el vómito fue mínimo (5,2 – 14,6% de los pacientes), las náuseas tuvieron mayor presencia (55,2-72,9%). La náusea severa tuvo relación significativa con el estado nutricional y calidad de vida. Este estudio muestra la necesidad imperiosa de desarrollar intervenciones tanto farmacológicas, como no farmacológicas, para controlar estos síntomas<sup>136</sup>.

El objetivo del tratamiento de las náuseas y vómitos provocados por tratamiento quimioterápico es, obviamente la eliminación completa de los mismos. Esto resulta ser una tarea difícil, por lo que el objetivo acaba siendo la mejora de la calidad de vida del paciente oncológico. Para conseguir esto, la meta final es la prevención de los mismos, debiéndose empezar con esta desde el primer ciclo, para evitar complicaciones asociadas o el abandono del tratamiento.<sup>137</sup>

Dentro de los fármacos con alto índice terapéutico se incluyen los antagonistas del receptor de la serotonina (ondansetrón, etc.), metoclopramida y corticoides. Distintos estudios mostraron que estos primeros a dosis habituales, son más efectivos que dosis altas de la metoclopramida. Dicha eficacia se potencia con el efecto de los corticoides. En algunas ocasiones, la adición de fármacos adyuvantes como benzodiazepinas y antihistamínicos puede ser muy útil. Actualmente existen nuevos fármacos antieméticos como el aprepitant, que es antagonista del receptor neurocinina 1. Esta droga es útil en pacientes sometidos a quimioterapia altamente emetógena.<sup>137</sup>

- **Diarrea**. Es una complicación que puede causar malestar, fatiga y trastornos del sueño y puede afectar al funcionamiento social de los pacientes oncológicos, siendo éstos reacios a salir de casa. Además, esta complicación puede desembocar en alteraciones digestivas y del tránsito gastrointestinal, teniendo como consecuencia, deficiencias nutricionales, que pueden llegar a afectar la calidad de vida<sup>138</sup>.

Los tratamientos para la enfermedad neoplásica han tenido una gran evolución en los últimos años, ya no solo existe la radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, sino que han aparecido gran cantidad de otras modalidades/fármacos. Unos de los más comunes son los inhibidores de la tirosin-cinasa, aunque su uso se ve obstaculizado por sus efectos secundarios no deseados, siendo uno de los más comunes la diarrea. Por ello Bowen Joanne M. realizó una revisión bibliográfica para ver la magnitud del problema y sus posibles modelos de investigación. Dicho autor, se centró en los modelos de investigación con roedores, que padecían lesión intestinal inducida por inhibidores de tirosin-cinasa. De este modo, pretendió poner en contexto el marco de estudio, y motivar la investigación de la patogenia de esta complicación, pudiendo así gestionar mejor los tratamientos con estos fármacos<sup>139</sup>.

Como hemos dicho con anterioridad, algunos tratamientos específicos como los inhibidores tirosin cinasa, tienen como complicación la diarrea. Actualmente, se ha visto que su incidencia depende de la dosis y el subtipo de droga, pudiendo variar del 18% al 95%, con hasta un 25% con diarrea grado tres o cuatro. Para evitar la aparición de más complicaciones asociadas a la diarrea, es importante la ingesta temprana de líquidos, cambios en la dieta, educación del paciente y estrategias farmacológicas y no farmacológicas. Es decir, mismas actuaciones que en el manejo de la diarrea inducida por quimioterapia<sup>138</sup>.

Un conocido inhibidor tirosin-cinasa es el Lapatinib, usado en pacientes con cáncer de mama metastásico HER-2 positivo. Este fármaco al igual que los de su tipo causa diarrea, específicamente, al 40-50%. En un estudio de 44 pacientes, se vio que el 75% padeció diarrea en cualquier grado; el 30,3% grado tres y el 9% grado cuatro. El uso de tratamiento profiláctico antidiarreico (loperamida) con Lapatinib, es una estrategia eficaz para evitar reajustes de dosis de tratamiento o la discontinuidad del mismo<sup>140</sup>.

Además de los tratamientos anteriormente mencionados, existen otros tipos, con otros mecanismos de actuación, y que pueden causar también diarrea como efecto secundario no deseado. Este es el caso del ipililumab, tratamiento para el melanoma metastásico. La diarrea asociada a esta terapia, tiene relación con la morbilidad y la interrupción del tratamiento. Sin embargo, no es del todo bien conocida su incidencia, ni su riesgo de padecerla. De este modo Charles Hendler R. y Wu S. realizaron una revisión de ensayos clínicos, y llevaron a cabo un metaanálisis. La muestra de pacientes encontrada fue de 1571 pacientes en diez estudios clínicos. La incidencia global de la diarrea para cualquier grado fue del 41,6%, con un riesgo relativo de 1.63; la incidencia global de la diarrea de alto grado fue del 8,4%, con un riesgo relativo de 2.19. Se vio que el tratamiento con ipililumab tiene un riesgo importante de diarrea<sup>141</sup>.

La diarrea inducida por quimioterapia en pacientes con cáncer es común, causa notable morbilidad y mortalidad, y se administra sistemáticamente. Por su importancia, se han desarrollado múltiples guías o directrices de actuación de carácter multidisciplinar. Es destacable el papel de la educación de los pacientes y familiares sobre los riesgos de la diarrea inducida por quimioterapia y su gestión. Es de vital importancia la investigación en este sentido y con carácter multidisciplinar<sup>142</sup>. La quimioterapia adyuvante en el cáncer colorrectal está bien establecida. Se sabe que la diarrea es un efecto no deseado muy común. Esta complicación no

solo afectará la salud del paciente sino también, puede poner en riesgo la continuidad del tratamiento o la dosis del mismo, teniendo consecuencias para la supervivencia. La presencia de una ileostomía durante la quimioterapia en este tipo de pacientes, aumenta el riesgo de diarrea grave, siendo necesario el cambio del régimen terapéutico<sup>143</sup>. La diarrea inducida por quimioterapia es relativamente frecuente en el tratamiento de cáncer colorrectal. Para su prevención, se realizó un estudio en el que se evaluó la eficacia del octreotide de liberación prolongada, en pacientes con dicho tumor y en tratamiento combinado con fluoracilo, capecitabina o irinotecán. En el grupo experimental (administración de octreotide intramuscular), la diarrea fue del 76,1% y en el grupo control (administración del tratamiento de elección en caso de diarrea), del 78,9%. Dicho fármaco no mostró su eficacia<sup>144</sup>.

Algunos autores hablan de que determinados polimorfismos, juegan un papel importante en el metabolismo de fármacos quimioterápicos, como el irinotecán, los cuales podrían tener un papel importante en el riesgo de padecer neutropenia y diarrea<sup>145</sup>. Otros autores, destacan la importancia de la función y cantidad de la microbiota intestinal, del pH y de la metanogénesis colónica en el desarrollo de toxicidad intestinal, tanto diarrea como estreñimiento, durante determinados ciclos con 5-fluoracilo<sup>146</sup>.

Otras causas de las diarreas, son las infecciones. Como es sabido, los pacientes oncológicos, debido a los tratamientos y a la propia enfermedad tienen gran riesgo de padecer infecciones. Éstas son debidas, en la mayoría de los casos, a la neutropenia que suelen tener. Una de las infecciones más comunes es la producida por el *Clostridium Difficile* (CDI), siendo responsable de diarrea. Esta bacteria suele provocar un deterioro subjetivo de la calidad de vida, mayor que en aquellos episodios de diarrea en los que no es el factor etiológico<sup>147</sup>. Es de gran importancia saber combatir la diarrea de origen infeccioso, para poder llevar a cabo un plan de abordaje lo más prematuramente posible. Por ello, en un estudio, algunos autores compararon 183 pacientes con diagnóstico de cáncer, con pacientes no oncológicos de una población de 1105 con diarrea por CDI en dos ensayos clínicos fase III. En dicho estudio se comparó tratamiento con fidaxomicina o vancomicina. Se vio que el primero tiene mayor tiempo de respuesta, y que los pacientes oncológicos con CDI respondían de forma más lenta al tratamiento<sup>148</sup>. Es conocida la toxicidad intestinal de los ciclos de quimioterapia para el cáncer colorrectal (FOLFOX, anticuerpo monoclonal + FOLFOX) pero debido a que en la práctica se suele informar únicamente de los grados graves de diarrea, los resultados pueden dar conclusiones inexactas. Por ello, Keefe D y cols. llevaron a cabo un estudio en el que

intervinieron pacientes con dicho diagnóstico y con los ciclos anteriormente citados. El CDI estuvo presente en el 50% de los pacientes con FOLFOX y en el 56% de los que recibían anticuerpo monoclonal + FOLFOX. Los episodios de diarrea fueron más altos durante el primer ciclo, disminuyendo en los siguientes. El CDI tiene una gran relevancia, no solo por su alta presencia, sino por sus repercusiones<sup>147</sup>.

Aunque de forma anecdótica y muy rara, la diarrea persistente puede darse tras un bloqueo del plexo celíaco, intervención que se realiza en determinados casos de tumores abdominales como el cáncer de páncreas. El manejo adecuado de la misma, se basa en una evidencia anecdótica, aunque en algunos estudios el octreotide fue un fármaco efectivo para el manejo de dicha complicación<sup>149</sup>.

- **Mucositis.** Es una alteración del epitelio y submucosa de la cavidad oral, bastante común en pacientes sometidos a quimioterapia y/o radioterapia para cánceres de cabeza y cuello. En lo referente a fármacos antineoplásicos, aquellos que alteran la fase S o la síntesis de ADN (fluoracilo +/- ácido folínico, doxorubicina, melfalán, ciclofosfamida, etopósido, citarabina, etc), son los más agresivos para la mucosa oral. Esta complicación puede limitar la tolerancia del paciente al tratamiento, comprometiendo su éxito; y haciendo peligrar su estado nutricional, teniendo resultados muy negativos para la calidad de vida del paciente. Además, la mucositis supone un gran gasto económico asociado al del tratamiento. Esto ocurre especialmente en los trasplantes de médula ósea autólogos y alogénicos de tumores hematológicos, donde la estancia hospitalaria puede prolongarse durante mucho tiempo, debido a mucositis severa<sup>150,151,152</sup>.

La incidencia y gravedad es variable según el paciente y el tratamiento al que se somete. Se cree que alrededor del 40% de los pacientes con quimioterapia estándar, padecerá este efecto no deseado. Aproximadamente la mitad de los pacientes desarrollarán lesiones tan severas que se necesitará analgesia parenteral y/o modificación de su tratamiento. Este porcentaje aumentará hasta un 76% en aquellos casos en los que se usen altas dosis de fármacos, como por ejemplo, en terapia de acondicionamiento para trasplantes de médula ósea, o de células de sangre periférica, terapias de infusión continua para el tumor de mama, colon, etc. Respecto a la radiación se cree que entre el 30%-60% padecerá mucositis, ello dependerá de si es concomitante con quimioterapia o no<sup>150,152,153</sup>.

Su fisiopatología no se conoce exactamente, aunque se cree que los tratamientos interfieren en la estructura y anatomía del epitelio, llevando a la aparición de dichas lesiones en la mucosa. Además, debido a la disminución del recuento sanguíneo propio de la quimioterapia, y a que la cavidad oral es un foco de bacterias y hongos, la lesión puede actuar como un portal de entrada para la flora oral endógena y verse colonizada e invadida sin resistencia. La neutropenia asociada a la mucositis presenta un riesgo relativo de septicemia, cuatro veces mayor que la de individuos sin dicha complicación<sup>150,151,152</sup>.

Inicialmente, la mucositis se presenta como una placa eritematosa, que acaba ulcerándose, y cuya evolución dependerá de diversos factores como la xerostomía, la microbiota oportunista, el tabaquismo o el alcoholismo durante el tratamiento, entre otros. Todo ello conducirá a lesiones más importantes, infecciones, mala higiene, que pueden desembocar en la interrupción del tratamiento, afectando negativamente al pronóstico. De este modo, alrededor del 11% de los casos cesan su plan radioterápico, debido a la aparición de mucositis grave, llevando incluso a su ingreso hospitalario<sup>150,152,153,154</sup>.

Los síntomas pueden variar desde sensación de ardor local a dolor intenso, sangrado espontáneo, conduciendo a una caquexia o incluso al uso de sonda nasogástrica para la alimentación<sup>154</sup>.

La historia natural de dicha complicación tiene cinco etapas según la OMS<sup>153,154</sup>:

Etapa inflamatoria, inicial, vascular o epitelial: La droga quimioterápica estimula la liberación de mediadores químicos por los neutrófilos, e interleucina 1 por los macrófagos y linfocitos. Estas sustancias activan una respuesta inflamatoria que tiene como consecuencia el aumento de la permeabilidad vascular del tejido conectivo subepitelial. Además, tiene lugar una liberación de radicales libres, y una inhibición de la mitosis celular de la capa basal del epitelio de la mucosa, habiendo un daño directo sobre el ADN. De seguido, tiene lugar la reacción inflamatoria aguda, habiendo un desplazamiento de neutrófilos a la zona afectada, que segregan las sustancias anteriormente citadas. Esta etapa se inicia al quinto día de inicio del tratamiento.

Etapa de maximización: asociada a la liberación y activación de factores de crecimiento, que controlan la transcripción del ADN celular. Las distintas células intentan solucionar el daño

producido en la fase inicial. La radioterapia + quimioterapia activan enzimas que provocan la apoptosis celular.

Etapa de amplificación y señalización. Existe un predominio de las citoquinas proinflamatorias, que regulan los factores de transcripción del ADN.

Etapa de ulceración. La integridad de la mucosa se rompe y las terminaciones nerviosas se ven expuestas, produciendo un dolor severo. En este punto la microflora oral coloniza la superficie, habiendo una liberación de toxinas en el tejido. Cuando las bacterias invaden la lámina propia y penetran en los vasos sanguíneos, se inicia un proceso de bacteriemia o sepsis. Esta etapa está asociada a un grave deterioro de la salud. En esta etapa, existe una destrucción de la barrera protectora entre el medio interno y el externo.

Etapa de curado. Se caracteriza por la resolución de la lesión, relacionado con el control de la microflora, disminución de la respuesta inflamatoria, y predominancia de los estímulos reparadores. En esta etapa tiene lugar el crecimiento del tejido de granulación, así como de las células locales y de su diferenciación. Esta etapa es indirectamente proporcional a la condición general del paciente; a menor salud o estado general, más tiempo durará esta etapa.

La edad, el estado nutricional, el tipo de tumor y el cuidado bucal, son factores de gran importancia durante el tratamiento y el desarrollo de la mucositis. Se cree que el 15% aproximadamente de los pacientes tratados con radioterapia radical para tumores de cabeza y cuello, requiere ingreso hospitalario, debido a complicaciones propias del mismo. Debido al riesgo que supone esta complicación para el régimen terapéutico, pudiendo dar lugar a largas interrupciones, es de gran relevancia su prevención y estabilidad para el control local de la enfermedad, y la supervivencia del paciente<sup>150,152</sup>.

En una encuesta realizada por 150 pacientes diagnosticados de enfermedad tumoral, se pretendió evaluar la magnitud de la mucositis. El 79% de los encuestados experimentó mucositis oral recurrente con una duración de los síntomas de 1-2 semanas. De todos ellos, el 79% la padeció en la boca en menor o mayor grado, en el 73% aparecieron llagas/úlceras orales, y en un 61% hubo alteración de la deglución. El 80% de los pacientes describió la experiencia como muy dolorosa, y en el 88% se vio reducida la capacidad de beber y comer. Siete de cada diez encuestados informó de que su día a día se había visto comprometido<sup>155</sup>.

La periodontitis puede estar asociada a la mucositis oral inducida por las terapias antineoplásicas. Esto es debido a que las condiciones inflamatorias de la primera pueden asociarse a una desregulación inflamatoria subyacente de la segunda. En un estudio se pretendió relacionar la gravedad de una, con la severidad de la otra. Para ello, se sirvieron de una muestra de 41 pacientes. Sin embargo, el estudio no mostró correlación significativa, aunque sí se observó una mayor pérdida de masa ósea en pacientes con mucositis grados 1-4<sup>156</sup>.

En la actualidad y hasta la fecha, ninguna intervención por sí sola, para la prevención y tratamiento de la mucositis ha tenido éxito. Los enfoques terapéuticos deben ir encaminados a<sup>157</sup>:

- Cuidado intensivo de la higiene bucal
- Uso de antisépticos tópicos y antimicrobianos
- Agentes antiinflamatorios
- Factores de crecimiento y citocinas
- Aplicación local de métodos no farmacológicos
- Inmunomoduladores, antioxidantes
- Agentes homeopáticos

Existen variedad de estudios que intentan encontrar las directrices óptimas para el control de dicha complicación. Así se ha visto, por ejemplo, que el uso de la amifostina para la prevención y tratamiento de la mucositis está reconocido para cualquier tratamiento de cáncer. También se ha visto que para el cuidado oral básico de pacientes que han recibido radioterapia y quimioterapia, no es compatible la clorhexidina para la prevención de la mucositis en pacientes de cabeza y cuello. Y no hay que olvidar, que dentro de las posibilidades del tratamiento o manejo de la mucositis, están los agentes naturales. En un estudio se recogió todo lo relacionado acerca de este tema, y se concluyó que los suplementos de zinc sistémico administrados por vía oral, eran eficaces para la prevención de dicha complicación en pacientes con cáncer oral, y tratados con quimioterapia y radioterapia. Además, se cree que el uso de

glutamina intravenosa no es válido para dicho fin, en pacientes que reciben altas dosis de quimioterapia<sup>158-161</sup>.

En un estudio llevado a cabo por Dodd MJ y cols. se pretendió comprobar la eficacia de varios colutorios: sal, soda, clorhexidina y colutorios “magia” (lidocaína, Benardryl y Maalox), el resultado dio que los enjuagues de sal y sodio eran los de elección dada su gran eficacia y bajo coste<sup>162</sup>.

- **Toxicidad acústica.** El cisplatino es un agente quimioterapéutico utilizado en el tratamiento de diversos cánceres (de ovario, de testículo, de cuello uterino, de pulmón, de cabeza y cuello o de vejiga) que asocia toxicidad acústica entre sus principales efectos adversos.

La ototoxicidad propia de este fármaco, se manifiesta en forma de hipoacusia, con una severidad variable tras la administración del citostático a altas dosis. Esta alteración ocurre entre el 75% y el 100% de los casos, y suele ser bilateral e irreversible, sobre todo en la población pediátrica. Estos efectos, provocan una afectación de la calidad de vida bastante severa<sup>163,164</sup>.

El cisplatino actúa sobre tres áreas de la cóclea: las células ciliadas, las células del ganglio espiral y los tejidos de la pared lateral correspondiendo al ligamento espiral y la estría vascular. Algunas de estas estructuras sufren apoptosis. El antineoplásico aumenta la producción de radicales libres de oxígeno, los cuales superan los mecanismos antioxidantes o defensivos de la cóclea, causando la muerte de las células ciliadas. Estos mecanismos defensivos están compuestos por betacarotenos, vitamina E, ácido ascórbico, etc<sup>163</sup>.

Ya que la clave del daño, reside en la formación de radicales libres, las vías de prevención y reducción de la lesión se basan en la administración de antioxidantes como: amifostina, acetilcisteína o vitamina E<sup>163,164</sup>.

Para la evaluación de la ototoxicidad por cisplatino se pueden utilizar: la audiometría convencional, la audiometría de alta frecuencia y las emisiones otoacústicas. La audiometría convencional es la menos sensible. Sin embargo, el producto de distorsión de emisiones otoacústicas (DPOAEs) y la audiometría de alta frecuencia tienen una alta sensibilidad, similar entre ellas<sup>163,165</sup>.

La valoración de esta alteración en edades tempranas es muy complicada. Por eso, se quiso evaluar en un estudio el DPOAEs, como un recurso útil para tal fin. DPOAEs: Distorsion Product Otoacoustic Emissions, detecta las respuestas que se generan cuando la cóclea es estimulada simultáneamente por dos frecuencias de tono puro. Se estudió una muestra de 26 niños en tratamiento con cisplatino. El estudio reveló que el DPOAEs es una prueba muy valiosa para evaluar la alteración acústica en pacientes tratados con cisplatino, además de ser una prueba rápida y objetiva, y que no requiere mucha cooperación de los niños<sup>165</sup>.

Hasta la fecha, ningún tratamiento ha demostrado eficacia en la prevención o reducción del daño acústico por cisplatino. Determinadas sustancias, sin embargo, han demostrado reducir la ototoxicidad y nefrotoxicidad propias de dicho fármaco, y sin interferir con su actividad antineoplásica. Sin embargo, la mayoría de la investigación se realizó en modelos animales. Este es el caso de la fosfomicina. De este modo, se realizó un estudio con 22 pacientes con audición normal, y con quimioterapia basada en cisplatino (dosis acumulativa=200mg/m<sup>2</sup>). Con cada ciclo de quimioterapia, a un grupo se le daba placebo y al otro fosfomicina. Para frecuencias bajas, no hubo diferencia entre ambos grupos, sin embargo, en altas y en DPOAEs, el 82% del grupo placebo desarrolló ototoxicidad, en contraposición al 36% del grupo de fosfomicina. Se vio que el grado de pérdida auditiva es menor en pacientes que reciben este medicamento, que en aquellos que recibieron placebo<sup>164</sup>.

Existe una técnica, conocida como acondicionamiento auditivo, éste consiste en la exposición previa a un agente potencialmente dañino a bajos niveles, para crear protección frente a una posible y posterior presentación perjudicial. Esta técnica se llevó a cabo en un estudio para probar su efectividad en animales en los que se les administró gentamicina. Esta técnica mostró ser ineficaz por completo<sup>166</sup>.

Desde hace décadas se ha venido investigando la ototoxicidad asociada al empleo de cisplatino como antineoplásico. Entre los años 1983-1988, se estudió la audición de una muestra de 17 niños antes y durante la quimioterapia antineoplásica con dosis acumulativas totales de cisplatino de 270 a 1530 mg/m<sup>2</sup>. De los 17 pacientes, 14 demostraron una pérdida de audición simétrica dependiente de la dosis y relacionados con altas frecuencias. Tres pacientes no exhibieron ningún deterioro auditivo<sup>167</sup>.

En un estudio de 2006 y con la intención de ver el efecto del cisplatino sobre la audición, se realizó un estudio en una muestra de 20 niños con retinoblastoma, y con cisplatino como tratamiento quimioterápico. Se les realizaron cuatro audiometrías, una basal, otra posterior al segundo ciclo, otra tras el cuarto y la última al finalizar el último ciclo. Al final de la segunda sesión, el 15% sufrió pérdida de audición para las frecuencias agudas grado 2. Esta misma graduación se presentó en el 95% al finalizar la quimioterapia. Tras dos años, ningún paciente mostró recuperación auditiva. Incluso dicha alteración de la audición lejos de disminuir, tendió al avance, hacia frecuencias medias<sup>168</sup>.

- **Osteoporosis**. La osteoporosis o pérdida de masa ósea (DMO), es una complicación que se da en los pacientes oncológicos tras su enfermedad y terapia, con mayor prevalencia que en la población en general. En un estudio alemán se evaluó la densidad mineral ósea (DMO) en 1041 pacientes con diversos cánceres. La prevalencia de dicha complicación fue del 16%, sin haber relación con el tipo de tumor, ni con el sexo. Como factores de riesgo de desarrollo de osteoporosis, se identificaron la edad, el peso, el estado menopáusico y la terapia de reemplazo hormonal en el sexo femenino, sin embargo, en los hombres, únicamente se relacionó, el peso<sup>169</sup>.

Dentro de las distintas terapias antineoplásicas existen las de tipo hormonal, y dentro de éstas, los inhibidores de aromatasas. Son agentes que luchan contra la vía de crecimiento tumoral asociada al estrógeno, reduciendo el nivel de estrógeno circulante. Es eficaz para la terapia adyuvante en el cáncer de mama que expresa receptores hormonales, especialmente en postmenopausicas. Dicha terapia aumenta el riesgo de pérdida acelerada de masa ósea<sup>170</sup>.

Como prevención de esta complicación, son eficaces los bifosfonatos, fármacos que en combinación con los anteriores, no solo disminuye el riesgo de osteoporosis, sino que parecen mejorar la supervivencia y recurrencia del cáncer de mama<sup>170,171</sup>.

Además, hay que añadir que la adquisición de factores de riesgo, como el Índice de Masa Corporal (IMC), la edad, el tabaquismo, la presencia de fracturas previas aumentan el riesgo de padecer una disminución de la masa ósea. En estudios, se han visto que los tratamientos quimioterápicos (asociados o no a prednisolona), sí son responsables de la aparición temprana de osteoporosis; sin embargo, la presencia de un tipo de cáncer más agresivo asociado a un catabolismo generalizado, también puede ser la causa<sup>172</sup>.

Debido al riesgo descrito anteriormente de los inhibidores de aromatasa, es conveniente la realización de una densitometría de masa ósea al inicio del tratamiento, y de esta manera tener una prueba objetiva previa, con la que comparar la evolución. Por este motivo, es de gran importancia que haya una buena organización y optimización de los recursos para poder realizar dicha prueba, y que se lleven a cabo el cumplimiento de las recomendaciones de densitometría, para los pacientes largos supervivientes de cáncer<sup>171</sup>.

Debido a la importancia del tema, se realizó un estudio observacional, que tenía como objetivo evaluar el impacto/repercusión de la quimioterapia (QT) y de los inhibidores de la aromatasa (IA) sobre la masa ósea, en mujeres postmenopáusicas con cáncer de mama con expresión de receptores hormonales. La muestra se dividió en dos cohortes; una que recibió IA de tercera generación como terapia adyuvante (n=166), y la segunda cohorte, que la recibió tras el tratamiento con quimioterapia (n=124). Se vio que la mayoría de las pacientes que recibieron QT antes de los IA no experimentaron de forma significativa disminución de masa ósea durante el primer año de tratamiento<sup>173</sup>.

Las pacientes premenopáusicas que reciben quimioterapia adyuvante, sufren a menudo, menopausia temprana, pudiendo padecer disminución de la DMO<sup>174</sup>.

Debido a esto, se llevó a cabo un estudio para valorar el efecto en la densidad ósea del estatus menstrual tras la quimioterapia adyuvante en 29 mujeres, durante diez años de seguimiento. Se vio que el 90% desarrolló anormalidades menstruales o amenorrea. La disminución de la DMO, estuvo más presente en aquellas mujeres que padecían dichas irregularidades, pudiendo concluir que la disfunción ovárica tiene como consecuencia cambios a largo plazo en la masa ósea, predisponiendo a pacientes largos supervivientes de cáncer de mama al padecimiento de la osteoporosis<sup>174</sup>.

La osteopenia, o cambios iniciales en el tejido óseo, es un factor de riesgo de la osteoporosis<sup>175</sup>.

En otro estudio, también se vio que la osteoporosis se desarrolla más a menudo en pacientes sometidos a tratamiento complejo, y con función ovárica bloqueada, provocando una menopausia precoz. La disminución de la DMO estuvo presente en el 69.7% de los pacientes

de cáncer de mama, y después del tratamiento combinado. Los indicadores de densidad mineral ósea de dicho estudio (osteocalcina, calcitonina, fosfatasa alcalina, hormona paratiroidea, hormonas tiroideas, calcio y fósforo) durante el tratamiento y después de él, fueron significativamente distintos, comparados con los analizados previamente<sup>175</sup>.

Sabiendo esto, es necesario el seguimiento y realización de una densitometría para la identificación de dicha complicación, corrección del diagnóstico y por supuesto, la puesta en marcha de las medidas oportunas para el control y manejo de la DMO<sup>175</sup>.

El calcio es una molécula de gran importancia biológica, tanto para el control de la DMO, como para el cáncer. La mala nutrición y la ingesta deficiente de calcio son factores de riesgo para la aparición de algunos cánceres como el de colon, el de mama, el renal, el gástrico, el pancreático, el ovárico, el de pulmón o mielomas. Como se sabe, el calcio, para su asimilación depende directamente de la vitamina D, por lo que ésta también debería tener una importante presencia en el organismo, para que éste tenga papel protector frente a diversos cánceres. Según algunos estudios, la fuente de calcio, sería indiferente para su papel protector. De esta manera, las fuentes naturales de calcio (leche, queso, y demás lácteos), o los suplementos ejercen de igual manera su misión protectora. Parece ser, que en algunos estudios se ha observado que los productos lácteos pueden tener relación con el cáncer de próstata, sin embargo, definitivamente no está aclarado<sup>176</sup>.

- **Dolor**. El dolor por cáncer es, en la actualidad, un importante problema mundial, dado que va asociado a un deterioro progresivo de la salud y de la calidad de vida del paciente. La prevalencia del dolor aumenta a medida que progresa la enfermedad. Los pacientes oncológicos en mayor o menor prevalencia según el tipo de cáncer, el tratamiento o el estadio, sufren dolor de intenso a moderado<sup>177</sup>.

Existen varios conceptos del dolor, por ejemplo, la Asociación Internacional del Estudio del Dolor lo define como “experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma”. Por otra parte, la Revista de la Sociedad Española del Dolor lo describe como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con una lesión presente o potencial o descrita en términos de la misma, y si persiste, sin remedio disponible para alterar su causa o manifestaciones, una enfermedad en sí misma”<sup>178,179</sup>.

El dolor es multicausal, pero en pacientes con cáncer puede deberse a la invasión de los tejidos por el propio tumor (metástasis óseas, alteración de vísceras huecas, etc.), al tratamiento contra el cáncer (cirugía, radioterapia, quimioterapia y otros). Así la quimioterapia puede provocar neuropatía periférica, mucositis, necrosis aséptica ósea o enterocolitis neutropénica, y la radioterapia puede causar fibrosis o inflamación de los tejidos, o plexopatía braquial en el caso del cáncer de mama. En lo que refiere a la cirugía, ésta es empleada para la extirpación del tumor primario, cuando es posible, extracción de ganglios comprometidos, etc. Esto supone a veces la amputación de un miembro, pudiendo provocar dolor del miembro fantasma, dolor neuropático en la cicatriz quirúrgica, dolor producido por neuromas, etc. Además, el paciente oncológico está expuesto a infecciones oportunistas debido a la bajada de las cifras de los componentes sanguíneos. Esto puede provocar infecciones, asociadas a gran dolor, como la causada por el herpes zoster, que se manifiesta principalmente por una neuralgia postherpética, cuyo dolor será variable según el nervio afectado. Algunos tratamientos como los bifosfonatos, forman parte de la terapia estándar de la hipercalcemia maligna, o alteraciones en el esqueleto, provocadas por determinados tumores (próstata, pulmón, etc.). Este tipo de medicamentos puede provocar síndrome de necrosis aséptica ósea en el maxilar, sin embargo, son bastante útiles para manejo de las metástasis óseas con/sin presencia de dolor óseo<sup>177, 180—184</sup>.

El dolor puede ser agudo o crónico según su duración en el tiempo. Este primero es de duración transitoria en episodios, acompañado normalmente de aumento de la sudoración, dilatación de las pupilas, y taquicardia. Es raro que haya tolerancia al mismo. Y tiene un componente psicológico poco importante. En cambio, el dolor crónico, tiene una duración de más de un mes, puede ir acompañado de alteraciones del sueño, anorexia, cambios de personalidad. Puede darse tolerancia al mismo. Se acompaña de componente psicológico importante, pudiendo causar sufrimiento, que se traduce en angustia, miedo, aislamiento o soledad. La aparición de esto último es conocido como dolor psicosocial<sup>177</sup>.

#### Clasificación del dolor según sus características neurofisiológicas<sup>185-189</sup>:

- El dolor nociceptivo se divide a su vez en somático y visceral. El somático se presenta por afección de partes blandas y óseas, generalmente está bien localizado y es agudo, pulsante o compresivo. El dolor visceral está relacionado con órganos y estructuras internas, es difuso y se percibe en áreas mayores, es descrito como punzante, profundo o palpitante, y de presentación aguda si se ven afectadas las cápsulas viscerales.

- El dolor neuropático es debido a un daño en el sistema nervioso central o periférico, es de gran complejidad y no tiene por qué ir acompañado de daño tisular. Su intensidad puede ser tal, que puede desembocar en el suicidio de la persona que lo padece.

- El dolor central se presenta en pacientes con daños en el sistema nervioso central. Es espontáneo, sin causa determinada, punzante o continuo, y de intensidad variable.

- El dolor somatoforme, también denominado psicógeno, se caracteriza porque el paciente siente dolor, sin etiología orgánica, por lo que su diagnóstico es por exclusión.

El dolor en pacientes con cáncer sigue siendo muy común, y de forma frecuente, se asocia con una insuficiente prescripción de analgesia específica. Esto puede ser debido a la ausencia de un diagnóstico de dolor neuropático, el cual, requiere de estrategias de manejo especiales y adicionales. Este tipo de dolor, según la bibliografía, y comparado con el resto de tipos de dolor, está muy generalizado en los pacientes con cáncer. Por esto, es de gran importancia el desarrollo de medidas de detección de dicho tipo de dolor<sup>190</sup>. El dolor neuropático se puede mostrar en forma de alodinia o dolor evocado por un estímulo no doloroso (roce de la ropa al ponérsela, frío o calor no lesivo, etc.), hiperalgesia o respuesta exageradamente aumentada a un estímulo que sí es doloroso. Otras son las parestesias (sensación anormal que no es dolorosa ni desagradable), y las disestesias, por el contrario, sí son desagradables. La neuropatía periférica relacionada al oxaliplatino (tipo de quimioterapia), puede provocar los anteriores síntomas, afectando a las manos y pies, o incluso en la faringe, dando lugar a una sensación de dificultad para respirar o deglutir. Entre los fármacos usados para el manejo de dicho dolor están los opiodes, los anticonvulsivos (gabapentina, pregabalina), los antidepresivos e incluso tratamientos tópicos como la lidocaína<sup>191</sup>.

El dolor irruptivo es un subtipo que se define como la exacerbación transitoria del dolor que ocurre espontáneamente o en respuesta a un estímulo a pesar del dolor continuo de fondo. Las características descritas con anterioridad, fueron identificadas en un estudio canadiense de una muestra de 94 pacientes de cáncer. En esta investigación, el 96% indicó que el dolor modificó su vida diaria (trabajo, ir de compras, etc.). El 50% identificó episodios de dolor irruptivo, con una intensidad de 7,8 sobre diez, y de una duración de más de 60 minutos. Sorprendentemente, únicamente el 35% quedó satisfecho con la eficacia de la analgesia pautaada. Los motivos por los que algunos de los estudiados no usaron analgesia fueron la presencia de dolor no severo (37%), el miedo a adicción (12%), y el miedo a tolerancia

(23%)<sup>192</sup>. En otro estudio con 1000 pacientes, el 44% presentó dolor irruptivo, el 41,5% dolor espontáneo, y el 14,5%, una combinación de ambos. La media de tiempo para el dolor irruptivo de máxima intensidad fue de cinco minutos y de 45 minutos, para el episodio completo<sup>193</sup>.

Incluso muchos de los que se curan de su enfermedad viven con los efectos a largo plazo de la enfermedad y de su tratamiento; un gran número convive con dolor. Para la mayoría de los pacientes de cáncer, la intervención más efectiva para controlar el dolor, es la medicación. Cuando el dolor es de intensidad leve, suelen bastar analgésicos de bajo coste y sin prescripción. Si estos fármacos no son eficaces se puede pasar a los opioides débiles. El avance de la enfermedad supone un dolor de gran intensidad, que solo los opiodes fuertes pueden aliviar. Otros enfoques útiles son de ámbito neurológico o psicológico. Todas estas medidas necesitan de un servicio de salud bien desarrollado y organizado, generalmente disponibles en países de renta media y en áreas urbanas. Sin embargo, en los países de bajos ingresos, estas medidas no pueden ser implantadas en su totalidad, viéndose mermada la eficacia de los tratamientos<sup>194</sup>.

- **Alopecia**. Desde hace mucho tiempo el pelo ha sido un símbolo social, cultural o político y su deficiencia o ausencia, se relacionaba con enfermedad, falta de atractivo o envejecimiento<sup>195</sup>.

Para el crecimiento de pelo es de vital importancia una estructura llamada protuberancia, donde se encuentran las células madre, encargadas de la formación de un nuevo folículo piloso. La quimioterapia daña esta estructura, provocando la caída del pelo. Según el tipo de daño provocado, la alopecia puede ser temporal, sin embargo, si el daño ha provocado inflamación, apareciendo tejido cicatricial, la estructura estará dañada permanentemente. El busulfán puede provocar esta lesión irreversible, asociada a dosis altas. Algunos fármacos provocan apoptosis, siguiendo la señalización del gen p53, induciendo la alopecia. Otra quimioterapia estudiada, es la ciclofosfamida, que según la dosis puede provocar un gran efluvio anágeno (inhibición de las células que están en fase de división en los folículos, provocando la no producción de pelo), daño folicular, o distrofia en el catágeno (segunda fase del cabello, por la cual la división celular se reduce y la raíz se encoge). Otras quimioterapias, como la doxorubicina, provoca alopecia por su capacidad de reducir el aporte sanguíneo del folículo piloso. Sin embargo, la aparición de esta complicación dependerá del fármaco, dosis, vía de administración y de la susceptibilidad biológica del paciente. Su aparición tiene lugar entre los siete y diez días de

empezar el tratamiento, y la densidad de pelo puede verse comprometida en un -90%<sup>195-198</sup>.  
Tabla 7.

Tabla 7

**Quimioterápicos que provocan efluvio anágeno**

<b>Alquilantes</b>	<b>Antimetabolitos</b>	<b>Inhibidores de la Topoisomerasa</b>	<b>Agentes antimicrotúbulo</b>	<b>Antibióticos antitumorales</b>
Melfalán	Metotrexato	Topotecán	Vincristina	Mitomicina C
Busulfán	5-fluoracilo	Etopósido	Vinblastina	Antinomina D
Ciclofosfamida	Citarabina	Doxorrubicina	Paclitaxel	Bleomicina
Dacarbacina		Daunorubicina	Docetaxel	
Cisplatino				

La aparición del nuevo pelo, tiene lugar tras varias semanas de finalizar el tratamiento quimioterápico. Más de la mitad de los afectados suele identificar cambios en el aspecto del pelo en comparación al inicial<sup>196,197,198</sup>.

En un estudio con una muestra de 58 pacientes, y realizado para determinar la frecuencia y manifestaciones dermatológicas de la toxicidad relacionada con la quimioterapia y/o con la radioterapia, se obtuvieron los siguientes resultados: un 58,4% padeció alopecia, el 31% mucositis, un 15,5% prurito y un 10,3% alteraciones en las uñas. El 22,7% no padeció ninguna alteración de la piel<sup>199</sup>.

La alopecia tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Algunas veces, incluso el paciente identifica este efecto como el peor de todos, ya que causa una alteración totalmente negativa del cuerpo, haciendo visible a la sociedad que algo ocurre. Esto provoca alteraciones de la autoestima, ansiedad, depresión o aislamiento social. En el sexo femenino, el pelo tiene aún más importancia si cabe, ya que es símbolo de feminidad, de salud por lo que no es de extrañar que este efecto tenga mayor repercusión en las mujeres. Este efecto tiene tanta importancia, que a veces, se eligen modalidades de tratamiento menos favorables, o incluso la interrupción de los mismos<sup>196,198,200</sup>.

Las repercusiones de la alopecia no son desconocidas para la población infantil. La quimioterapia suele ser concebida por los más pequeños como "sustancias cuyo objetivo es la curación, a pesar de provocar diversos efectos adversos, por su característica de dañar células buenas". En lo que se refiere a estos efectos, los niños y adolescentes hacen hincapié en los cambios físicos, y dentro de estos especialmente en adelgazamiento y alopecia, dado que muestran a los ámbitos externos que algo está sucediendo. Inicialmente, la pérdida de pelo no es aceptada o asimilada, debido al cambio radical que provoca, y al sufrimiento que conlleva. El uso de pañuelos o sombreros. está normalmente generalizado en esta población. Este intento de esconder la caída del pelo, es debido al prejuicio social que provoca, traducido en aislamiento social. Tras un tiempo, las preocupaciones cambian, y este efecto adverso queda relegado a segundo plano<sup>201</sup>.

En un cuestionario que se aplicó a 53 mujeres con cáncer de mama, para saber las jerarquías de sus preocupaciones, el 90,56% refirió que sus hijos eran la principal preocupación, en el número dos se situó la quimioterapia, y la tercera fue la alopecia debida a los tratamientos con el 86,79%<sup>202</sup>. La pérdida de pelo es uno de los efectos adversos más frecuentes en pacientes con cáncer de mama. La caída del pelo de las cejas, es de gran relevancia, por ello, ha habido intentos de prevenirla, por medio de la aplicación de frío local. Esta técnica parece ser eficaz y tolerable en pacientes tratadas con antraciclinas y taxanos<sup>203</sup>.

Las medidas preventivas para esta complicación son de gran importancia para el paciente. La alopecia afectará al paciente de forma variable, según grado de información que tenga, de educación o de preparación. Para llevar a cabo un buen manejo de este efecto secundario, es muy importante el papel de enfermería, que se encargará de la enseñanza de estrategias útiles para minimizar el daño, y alcanzar el bienestar lo antes posible<sup>195</sup>.

Educación, grupos de apoyo y estrategias de autocuidado son componentes importantes de cualquier estrategia de gestión. Ninguna modalidad de tratamiento para prevenir la caída del pelo ha demostrado ser claramente eficaz<sup>198</sup>.

- **Linfedema y alteraciones en miembro superior.** La linfa se elimina del espacio intersticial a través de una red de vasos delgados, que convergen en un sistema ganglionar, y desembocan en el sistema venoso. Este líquido es rico en proteínas y sustancias de desecho, es decir, moléculas de tamaño considerable. Cuando la linfa se acumula y sobrecarga los vasos, se produce el linfedema.

El linfedema puede ser primario o secundario; primario: debido a anomalías anatómicas congénitas en el sistema de transporte, y secundario: debido a cirugía, radioterapia, infecciones, etc. que provocan una alteración física o compresión en la red de transporte. De esta manera los pacientes de cáncer de mama debido a la linfadenectomía o a la fibrosis causada por la radioterapia, etc. padecen de esta afección. Cuando el líquido linfático es tal, que sobrepasa los mecanismos de transporte y drenaje, se provoca una sobrecarga funcional de todo el sistema linfático. Debido a esta sobrecarga, las válvulas de los vasos linfáticos se vuelven disfuncionales, haciendo que el drenaje se complique aún más. Las macromoléculas de la linfa provocan un aumento de la presión oncótica, a su vez, la presión hidrostática se ve aumentada por la obstrucción de los vasos linfáticos. Estos aumentos promueven la inflamación del tejido circundante, provocando el edema. Llegado un punto, tiene lugar la estasis de la linfa, promoviendo cuadros de celulitis. Con el tiempo, la extremidad se va deteriorando poco a poco, sufriendo fibrosis, linfangitis, o erisipela, apreciando la piel y el tejido subcutáneo con un aspecto fibroso/musculoso/endurecido/curtido. El linfedema puede ser variable, desde imperceptible, a muy incapacitante<sup>204,205,206</sup>.

La linfangitis tiene una instauración rápida, y se manifiesta en forma de pequeños cordones rojizos, que afectan a los conductos linfáticos, volviéndose dolorosos, y presentando signos locales de inflamación asociados a fiebre. La erisipela se diferencia de la linfangitis por la aparición de placas cutáneas de color rojo, dolorosas, con calor local y frecuente presencia de adenitis. El cuadro se inicia bruscamente en forma de malestar general, escalofríos y fiebre superior a 40°C. El germen involucrado con mayor frecuencia es el estreptococo betahemolítico<sup>207</sup>.

El linfedema tiene tres etapas<sup>207</sup>:

- I) Aparición de edema blando con fóvea positiva a la presión, considerándose reversible.
- II) La progresión del edema provoca induración, y fibrosis.
- III) Aparece el linfedema avanzado, con induración cartilaginosa de la piel por fibroesclerosis de las capas más superficiales de la misma, y aparición de estructuras verrugosas. La no resolución de este cuadro, provoca hiperqueratosis de la piel.

La evaluación del linfedema se ha visto muy limitada debido al poco contacto con el equipo de cirujanos original, además, esta afección queda supeditada por otras complicaciones o por la propia enfermedad, etc<sup>204</sup>. La valoración del linfedema se llevará a cabo a partir de la historia del paciente, para posteriormente realizar la inspección, palpación, medición de diámetros, etc. Dicha medición se puede realizar de muchas formas, pero la circometría es totalmente válida para poder hacer el diagnóstico. Con la medición conseguimos valorar la progresión o evolución de esta complicación: valorar el edema, si hay o no fóvea, o ver si es cada vez más duro, es de gran importancia.

La incidencia de linfedema está en descenso, esto puede ser posible a nuevas prácticas de cirugía, a la detección precoz del tumor mamario, que va relacionada con una menor extensión del mismo, y por tanto, a procedimientos axilares menos traumáticos. También, la educación de la población acerca del cribado y autoexploración mamaria, son destacables en dicho descenso<sup>204,206-208</sup>.

Se cree que entre el 15%-20% de los pacientes con cáncer de mama desarrollarán linfedema tras el tratamiento. Es una de las secuelas más temidas para este tipo de pacientes, es común, y bastante molesto<sup>2,3</sup>. En algunos estudios, la prevalencia es muy variable, desde 6,7% a 62,5%. Esta diferencia se justifica con la dificultad de acordar una definición de linfedema, y en las diferencias temporales en el seguimiento llevado a cabo por los mismos<sup>206,209</sup>.

Varios estudios que han evaluado la relación entre el linfedema y la magnitud de disección quirúrgica, han observado que la radioterapia adicional en la axila disecada, aumenta considerablemente la incidencia de linfedema<sup>207</sup>. El linfedema desde hace algunos años ha mostrado interés científico. Varias son las investigaciones que pretenden valorar el riesgo de dicha complicación asociada a determinadas prácticas terapéuticas. En un estudio alemán de casi 6000 pacientes de cáncer de mama, se vio una disminución de casos de linfedema, coincidiendo con nuevos procedimientos quirúrgicos y la omisión de radioterapia axilar, etc. Un estudio escocés, mostró que el riesgo tras mastectomía radical fue del 10%, en comparación con un riesgo del 5% asociado a mastectomía y radioterapia de la pared torácica y axila. Otras investigaciones, muestran que el 10% se ve aumentado hasta el 16%-18% cuando se suma radioterapia pre/postoperatoria. La linfadenectomía axilar conlleva un riesgo del 22%, que aumenta con la cirugía mamaria. Además, el muestreo axilar sumado a la radioterapia muestra un riesgo comprendido entre 6%-9%. La biopsia del ganglio centinela debería disminuir el

riesgo de linfedema, ya que se extirpan sólo uno o dos ganglios linfáticos. Sin embargo, la biopsia no siempre es tan limitada o los ganglios centinelas se encuentran en niveles cercanos a la vena axilar o a troncos linfáticos importantes. Si a dicha biopsia se le suma radioterapia axilar, aumenta el riesgo de linfedema<sup>207</sup>. Estos riesgos se ven alterados según el tipo de cirugías y exploraciones axilares, si son totales o parciales.<sup>210</sup> Aparte de las técnicas terapéuticas, las infecciones postoperatorias también están asociadas a un mayor riesgo de linfedema<sup>207,211</sup>.

Un estudio de 126 mujeres, que habían tenido una disección axilar completa, como parte de su tratamiento quirúrgico inicial, fue realizado para evaluar su grado de morbilidad asociada a entumecimiento, dolor, debilidad, hinchazón y rigidez. El 81% informó de entumecimiento, 27% de debilidad, 10% de aumento de volumen, 10% de rigidez en el miembro, y el 33% de dolor. En el 39% de los casos, esta clínica afectó a la calidad de vida, aunque en ningún caso se describió gran severidad<sup>212</sup>.

En otro estudio, se valoraron seis factores que podrían aumentar la probabilidad de edema en el brazo tras el tratamiento del cáncer de mama. La muestra fue de 136 pacientes. Un 60% de los pacientes que recibieron radioterapia en altas dosis con alguna fracción axilar, padecieron linfedema. También estuvo presente en pacientes con antecedentes de una o más infecciones en el brazo del lado operado (89%). Otros factores como el sobrepeso o la incisión quirúrgica oblicua, se correlacionaron con dicha afección<sup>213</sup>.

El linfedema provoca alteración en la calidad de vida, dado que puede causar deformación, malestar y en algunos casos discapacidad. Esta complicación provoca más sufrimiento que la propia mastectomía, dado que ésta se puede ocultar, y no es una parte del cuerpo expuesta permanentemente a la vista, como lo es el brazo. Estas deformaciones, recuerdan de forma constante la enfermedad, y llama la atención del entorno<sup>204,206</sup>. Sin tratamiento y medidas de soporte, el miembro se puede volver muy pesado y voluminoso, pudiendo imposibilitar o complicar la realización de las tareas de la vida diaria, o del medio laboral, viéndose comprometida la calidad de vida de quien la padece<sup>207</sup>. Además, las prendas de compresión, eficaces para el manejo de esta complicación, son consideradas antiestéticas, pudiendo ir acompañadas de aislamiento social. La mano desfigurada, es difícil de ocultar, y puede sufrir alteración en la coordinación motora fina. Aparte este problema puede aumentar los problemas relacionados con la sexualidad, ya debilitados de por sí. Las relaciones sexuales se pueden ver comprometidas por una falta de autoestima, o porque la paciente no se ve atractiva<sup>206,209,214</sup>.

El tratamiento consiste en fisioterapia descongestiva completa, realizada bien por vendajes poco elásticos multicapa con vendas de expansión limitada, drenajes linfáticos manuales, cuidados de la piel o ejercicios. La primera fase del tratamiento ha de ser intensiva, con la finalidad de disminuir el volumen y conseguir su estabilización. Los vendajes poco elásticos y la compresión elástica son los dos pilares de la fisioterapia descongestiva completa<sup>215</sup>. Entre otras técnicas, está la presoterapia, hidroterapia, electroestimulación muscular, etc. El drenaje linfático manual es, al día de hoy, la que más eficacia presenta, viéndose ésta aumentada con la combinación de otro tipo de terapias<sup>216</sup>. En un estudio madrileño, realizado entre 2005-2007, con una muestra de 120 mujeres con cáncer de mama, se quiso ver el papel protector de la fisioterapia precoz. Para ello, se realizó un ensayo clínico randomizado, en el que un grupo de intervención recibía dicha terapia, y se comparaba con un grupo control, que no la recibía. En dicho estudio, se vio que esta técnica puede tener un papel protector frente al linfedema, y un papel importante a la hora de reducir el tiempo de evolución de la trombosis linfática superficial tras cirugía mamaria con linfadenectomía<sup>217</sup>.

Por todo esto, es de gran importancia informar a la población y los pacientes y familiares afectados, en particular, acerca de las medidas preventivas, con el fin de concienciar y minimizar los riesgos o complicaciones. Estas medidas comprenden, modificaciones de estilo de vida, pudiendo ser necesario el apoyo adicional<sup>209</sup>.

- **Lesiones cutáneas.** La xerosis cutánea es la sequedad de piel y mucosas, de mayor o menor intensidad, y causada por el propio tumor o por las terapias antineoplásicas. Es debido a una deshidratación de la piel, por lo que se torna mate, escamada y con pérdida de elasticidad. Debido a estas características, puede desembocar en heridas o fisuras en los pliegues cutáneos, las cuales son muy molestas y dolorosas. Por todo esto, es de gran importancia la hidratación, así como la prevención de la pérdida de líquidos. Son recomendables los jabones de pH similar al de la piel (5-5,5), y evitar frotos o roces en la piel y el agua muy caliente. Las cremas serán de gran ayuda para lograr la mejoría. En el mercado hay de gran variedad: lipídicas, con ácido hialurónico y vitaminas A, C y E, vaselinas. Es importante que estas lociones no contengan fragancias, especialmente si se padece dermatitis o cuadros de gran intensidad<sup>218</sup>.

Las lesiones cutáneas debidas a quimioterapia, pueden clasificarse en <sup>219-223</sup>:

- Reacciones citotóxicas: están relacionadas con la citotoxicidad del fármaco quimioterápico y son a menudo dependientes de dosis. Este tipo de alteración afecta a las células cutáneas con mayor acción mitótica. Estas reacciones dañan estructuras como folículos pilosos, glándulas eccrinas, melanocitos, causando hiperpigmentación, o daño en los queratinocitos. La afectación de estos últimos provoca entre otras la necrólisis epidérmica localizada, asociada a dacarbacina, mitomicina C, o vinblastina y suele ocurrir a las 24 horas de la administración de la quimioterapia. Puede aparecer necrólisis epidérmica generalizada, que aparece en esquemas de altas dosis. La radiodermatitis, o eritema acral que se caracteriza, desde el punto de vista clínico por sensación de quemazón o disestesia seguida de eritema y edema doloroso que puede evolucionar hacia la formación de ampollas, descamación y fisuración, afectando fundamentalmente a palmas y plantas. Puede aparecer con el inicio de la administración de la quimioterapia hasta después de recibir varios ciclos. Aunque lo más habitual, es a los dos o seis días de finalizar la quimioterapia.

- Reacciones debidas a la extravasación del fármaco quimioterápico.

- Reacciones de hipersensibilidad: están fuertemente ligadas al sistema inmune; IgE, inmunocomplejos, citocinas, etc.

Los pacientes oncológicos, durante el tratamiento, pueden padecer prurito cutáneo. Éste puede ser causado por la propia xerosis cutánea, o por el tratamiento, y otras veces por alteraciones orgánicas, como en el caso del prurito asociado a la ictericia. El picor puede estar generalizado en todo el cuerpo, o por el contrario, localizado en una zona concreta. Su tratamiento se basa en antihistamínicos orales, corticoides tópicos, antipruginosos tópicos, y también terapias, en ocasiones no farmacológicas como la fototerapia<sup>218</sup>.

El tumor en algunos casos provoca un daño severo en la piel, provocando que ésta pierda su continuidad, y se produzca una úlcera, la cual puede sangrar, doler, picar, e incluso en caso de invasión bacteriana, desprender mal olor. Su tratamiento se basará en limpieza con suero fisiológico, con secado posterior, desbridamiento químico, enzimático o quirúrgico si hay gran presencia de fibrina. En caso de infección, hay gran cantidad de apósitos, fármacos de uso tópico u oral para combatirla<sup>218</sup>.

Como se ha dicho en apartados anteriores, el paciente oncológico, tiene riesgo de malnutrición, debido a complicaciones metabólicas, digestivas, etc. Este tipo de déficit puede

provocar dermatosis. Según qué tipo de vitamina o mineral esté alterado, se padecerá un tipo u otro de cuadro clínico. Por ejemplo, el déficit de vitamina A, se relaciona con piel seca, folículos rugosos, etc. Cuando la enfermedad oncológica está muy avanzada, la piel puede presentar hiperpigmentación cutánea en zonas de fricción<sup>218</sup>.

Los síndromes paraneoplásicos pueden causar manifestaciones cutáneas debidas a cambios inflamatorios o metabólicos. Estas alteraciones son muy variadas, pueden ser descamativas, colagenopatías, enfermedades ampollas, eritemas reactivos, enfermedad de depósito, etc<sup>218,224-226</sup>.

Al igual que la piel, las uñas no están exentas de verse afectadas durante la enfermedad oncológica y su tratamiento. La uña se torna débil, con aparición de líneas horizontales y longitudinales, su tacto pasa a ser áspero, puede haber cambios en la coloración o en el grosor, a esto, hay que sumarle el riesgo de que el lecho ungueal sea invadido por hongos. Algunos tratamientos como el paclitaxel, tiene como efecto secundario la separación de la uña de su lecho. Es importante, cortarlas con máximo cuidado, usar esmaltes hipoalergénicos, y evitar productos con acetona<sup>218,227-229</sup>.

- **Alteraciones cardíacas.** La tasa de éxito de los tratamientos del cáncer ha aumentado en los últimos años, debido a la nueva era de drogas antineoplásicas, viéndose aumentado el número de supervivientes. Éstos deberán enfrentarse a las complicaciones derivadas del uso del quimioterapia y radioterapia. Una de las principales toxicidades, considerada por muchos oncólogos, es la cardiotoxicidad. Si no se detecta o se corrige, puede alterar la calidad de vida y el pronóstico<sup>230,231</sup>.

La cardiotoxicidad debida a antineoplásicos hace referencia a lesiones miocárdicas asociadas a determinados tratamientos para la enfermedad oncológica. Es un efecto conocido desde 1967, sin embargo, no se le ha dado importancia hasta hace relativamente pocos años<sup>232</sup>. Algunos autores son más concretos, defienden que estas alteraciones se basan en el grado de compromiso de la función ventricular izquierda. De esta manera, existirán varios grados, según su afectación<sup>233</sup>:

Grado I: existe una reducción de la fracción de eyección (FEV) comprendida entre el 10% y el 20%, respecto a la basal.

Grado II: existe una disminución mayor del 20% o caída por debajo de lo normal (<55%)

Grado III: aparece clínica de insuficiencia cardíaca congestiva.

Este tipo de cardiotoxicidad, comprende varias patologías cardíacas y vasculares: miocarditis, pericarditis, enfermedades tromboembólicas, isquemia vaso espástica, arritmias con prolongación del intervalo QT, etc<sup>232,233</sup>.

El comité de evaluación y revisión cardíaca (Cardiac Review and Evaluation Committee) ha definido la cardiotoxicidad como la presencia de una o más de las siguientes condiciones en pacientes que han recibido tratamientos oncológicos<sup>234</sup>:

- La cardiomiopatía caracterizada por la disminución en la función ventricular izquierda (FEVI) será global o más severa hacia el septum.
- Los síntomas del fallo cardíaco.
- Los signos asociados con el fallo cardíaco, incluyendo la presencia de S3, taquicardia o ambas.
- La disminución de al menos el 5% de la fracción de eyección (FE) con valores menores al 55% con signos o síntomas de fallo cardíaco, o una disminución de al menos el 10% en la FE con valores menores del 55%, sin la presencia de signos o síntomas.

Éstas a su vez pueden ser agudas, si aparecen tras la infusión de la quimioterapia, subagudas, si surgen hasta dos semanas después de haber finalizado el tratamiento, o crónicas si aparecen posteriores a un año de completar la terapia. Éstas últimas, a su vez, pueden ser tempranas (durante el primer año o posterior), o tardías, si ocurren tras varios años del fin del tratamiento<sup>232,234</sup>.

### Mecanismos fisiopatológicos generales<sup>232,234</sup>

Generalmente, la cardiotoxicidad inducida por quimioterapia se debe a mecanismos multifactoriales, entre ellos:

- Producción de radicales libres
- Defectos mitocondriales (estructurales y funcionales)

- La alteración de la homeostasis del calcio y el hierro.
- Determinadas expresiones genéticas.
  - Muerte celular, por inducción de la apoptosis, asociada a la deprivación del crecimiento y supresión de angiogénesis.

### Mecanismos fisiopatológicos específicos<sup>232,234</sup>

Dentro de los agentes antineoplásicos, los medicamentos con riesgo de producir cardiotoxicidad, se clasifican en:

- Tipo I: Mecanismo similar a las antraciclinas. Este daño cardíaco es dosis dependiente e irreversible. Las antraciclinas son empleadas en el tratamiento de numerosas neoplasias (mama, sarcomas, tumores hematológicos)<sup>234</sup>. Su eficacia está comprobada en dichos tumores, sin embargo, la reacción cardíaca adversa puede darse hasta en un 16% de los pacientes. Entre sus factores de riesgo se encuentran: el género femenino, la administración en bolos intravenosos, el uso de dosis acumuladas, enfermedad cardiovascular previa, las alteraciones electrolíticas, la radioterapia mediastínica, y las alteraciones genéticas<sup>234,235</sup>.

Su daño se relaciona a la presencia de radicales libres, como el superóxido, con la formación de peróxido de hidrógeno, que interactúa con el miocardio, desequilibrando los mecanismos antioxidantes y las sustancias proinflamatorias, predisponiendo a un daño<sup>234</sup>. Estos radicales se metabolizan enzimáticamente, conduciendo a la destrucción de las mitocondrias y a la muerte del miocito. Es importante saber, que la susceptibilidad celular al daño oxidativo viene dado por la disminución de los niveles de enzimas cardíacas antioxidantes. La doxorubicina provoca daños en membranas celulares y retículo endoplasmático, por medio de su participación en reacciones químicas en las que está presente el hierro. Sin embargo, este fármaco, según su dosis, provocará necrosis celular (dosis altas), o por el contrario inducirá la apoptosis (dosis bajas)<sup>231,232</sup>. A su vez, las citoquinas inducen la secreción de histamina, factor de necrosis tumoral alfa e interleuquina 2, relacionadas con la cardiomiopatía dilatada. A parte, estudios experimentales han demostrado la implicación de las topoisomerasas en este tipo de toxicidad, como es el caso de la topoisomerasa-IIb en los cardiomiocitos. La microscopía electrónica rebela daños de distinto grado produciendo apoptosis celular<sup>234,236</sup>. Otros mecanismos de cardiotoxicidad inducidos por antraciclinas, se basan en la disrupción de la estructura de la sarcómera miocárdica; alteración del transporte mitocondrial del calcio,

conduciendo a muerte celular, lesión tisular y deterioro de la contracción cardiaca; y en el incremento de la respuesta autoinmune activada a partir del daño de la membrana citoplasmática de los miocitos<sup>232</sup>.

La toxicidad de las antraciclinas dependerá del fármaco y su dosis. De este modo, se ha establecido como dosis limitantes por cardiotoxicidad las siguientes: la doxorubicina (> 500 mg/m<sup>2</sup>), la daunorrubicina (> 450 mg/m<sup>2</sup>), la epirubicina (> 720 mg/m<sup>2</sup>), la idarrubicina (> 90 mg/m<sup>2</sup>) y la mitoxantrona (> 120 mg/m<sup>2</sup>)<sup>233</sup>. La valrubicina y la epirubicina han demostrado disminución en la cardiotoxicidad por su efecto local y su biotransformación en el hígado, respectivamente<sup>234</sup>.

El corazón es particularmente susceptible a este daño, debido a las menores concentraciones de enzimas antioxidantes protectoras. El daño cardiaco puede ser subclínico o clínico. El primero es progresivo y puede derivar en insuficiencia cardiaca terminal, que requiere como único tratamiento el trasplante cardiaco, puede presentarse durante el tratamiento, o varios años después de haber recibido dichos fármacos<sup>233,235</sup>. Es de gran importancia esta cardiotoxicidad, ya que se ha asociado a un pronóstico desfavorable, con una mortalidad a dos años de hasta un 60%<sup>230</sup>.

En un estudio, en el que se reclutaron 28 pacientes, 75% mujeres, el 57% con cáncer de mama, y 100% tratadas con antraciclinas o derivados, se vio que el 43% presentó cardiotoxicidad, con una disminución significativa de la fracción de eyección del ventrículo izquierdo<sup>230</sup>.

- Tipo II: Mecanismo similar al trastuzumab y otros agentes inmunomoduladores

como lapatinib, pertuzumab, imatinib, sorafenib, sunitinib, bevacizumab y bortezomib. Este daño cardíaco es reversible, permitiendo una recuperación de la funcionalidad y su reinicio de tratamiento correspondiente, si estuviera indicado<sup>233,234,236</sup>.

El trastuzumab es un anticuerpo monoclonal empleado en pacientes con cáncer de mama con sobreexpresión de HER2 (factor de crecimiento epidérmico humano).<sup>232</sup> Este factor de crecimiento epidérmico es un receptor tirosin quinasa transmembrana, actúa como proto-oncogen, y está relacionado con la regulación del crecimiento celular. Su sobreexpresión está presente en el 25% de los tumores de mama<sup>234</sup>. La cardiotoxicidad asociada a su administración

se manifiesta con insuficiencia cardíaca congestiva, sintomática hasta en un 4% de los casos, y asintomática en un 10%<sup>230</sup>. El riesgo a padecer serios eventos adversos cardíacos tras el tratamiento con trastuzumab es mayor en pacientes con factores de riesgo preexistentes<sup>231,232</sup>. La exposición previa a las antraciclinas y la edad mayor de 50 años son otros factores de riesgo a tener en cuenta<sup>234,236</sup>.

Yoon y col. en su trabajo estudiaron pacientes que recibieron tratamiento con antraciclinas y Trastuzumab desde octubre 2005 al 2007. Mediante ecocardiografía antes y después de la terapia encontraron que el 40% de la muestra presentó una disminución de la FEVI a valores menores del 50 % después del tratamiento<sup>230</sup>. El trastuzumab, el imatinib pueden aumentar las toxicidades cardíacas de los agentes tipo I<sup>231</sup>. La terapia combinada con agentes de tipo I y II se asocia con una incidencia mayor de la cardiotoxicidad; esta incidencia es del 27% comparada con un 3-7% cuando se utiliza un único agente como el trastuzumab<sup>234</sup>.

Los fármacos de daño tipo II, se asocian a alteraciones proteicas y mitocondriales de las células afectadas<sup>231</sup>. Estas anomalías producen un compromiso de la función de los miocitos, sin pérdida de estos, lo que explica el carácter reversible de este tipo de daño. La exposición al trastuzumab, lleva a un efecto antiproliferativo en células que los expresan, como en el caso de los miocitos cardíacos, que al expresar este receptor, previenen la apoptosis. Al ser inhibidos, queda disminuida su recuperación funcional<sup>234</sup>. Esto provoca anomalías en la contracción, angina por vasoespasmos e hipertensión arterial. Como se ha dicho con anterioridad, estas alteraciones son reversibles con una posterior recuperación de la función cardíaca<sup>231</sup>.

Decir que ciertos fármacos de tipo II, imatinib y trastuzumab, pueden provocar daño irreversible si el paciente tiene cardiopatía previa<sup>231</sup>.

Debido a esta cardiotoxicidad potencial, se exige una monitorización de la función cardíaca antes, durante y tras el tratamiento<sup>230</sup>.

- Otros agentes: Los taxanos como el paclitaxel y el docetaxel, también provocan cardiotoxicidad tras su administración. El primero combinado o no con cisplatino, desencadena trastornos del ritmo, bloqueos auriculoventriculares y de rama, isquemia cardíaca e hipotensión en un 0,5% de los pacientes. El disolvente Cremofor, presente en la fórmula de paclitaxel, también se asocia a cardiotoxicidad, nefrotoxicidad y reacciones de hipersensibilidad<sup>232,234</sup>.

La ciclofosfamida es un agente alquilante, que se caracteriza por su capacidad de dañar el DNA, y que se utiliza en el manejo de algunas leucemias y en trasplantes. A altas dosis produce efectos agudos como pericarditis, disminución de la función sistólica, descompensación cardíaca y cardiomiopatía. Estas patologías pueden aparecer a los diez días de su infusión. Sus efectos fatales se han reportado hasta en 11% de los casos<sup>232,234</sup>.

El fluoracilo es un antimetabolito de uridina, que impide la síntesis de ADN y ARN. Se estima que entre un 1% -18% de los pacientes tratados con este fármaco presentan cardiotoxicidad. Entre las complicaciones cardíacas destacan las arritmias, la iquemia miocárdica, la angina, la insuficiencia cardíaca congestiva y la muerte súbita<sup>232,234</sup>.

El cisplatino puede desarrollar infarto agudo de miocardio en los pacientes oncológicos debido a daños vasculares, activación de la agregación o hipomagnesemia<sup>232</sup>.

- La radioterapia: Cualquier paciente que recibe esta terapia en el área del tórax es susceptible de padecer alteraciones cardíacas, sin embargo, las personas con antecedentes de enfermedad coronaria son las más susceptibles. La radioterapia causa daño miocárdico, coronario, disfunción valvular por fibrosis, derrame pericárdico y pericarditis fibrosa con afectación destacable en ventrículo derecho. Su incidencia aumenta con altas dosis, y en combinación con doxorubicina de forma concomitante. Su clínica va desde pacientes asintomáticos, hasta angina, disnea, fallo cardíaco, y muerte súbita (por hiperplasia difusa de la íntima en todas las coronarias o secundaria a estenosis de ramas izquierdas). El tiempo promedio de desarrollo de cardiopatía por radioterapia es de 82 meses, y el de enfermedad pericárdica desde 2-145 meses<sup>231,233</sup>.

• **Alteraciones respiratorias**. La medicina ha avanzado mucho, existen gran número de tratamientos para un abanico considerable de enfermedades. Los efectos beneficiosos de los medicamentos van ligados al riesgo de que produzcan efectos indeseables, pudiendo verse afectado cualquier órgano, y viéndose comprometida la calidad de vida del enfermo. Los fármacos son con frecuencia causa de iatrogenia, hasta un 5% de los hospitalizados sometidos a tratamiento farmacológico<sup>237</sup>.

El sistema respiratorio, por su doble exposición al sistema circulatorio y al medio ambiente, representa un blanco excelente para la toxicidad por los fármacos. Además, los pulmones son

capaces de alterar metabólicamente los medicamentos y pueden incrementar la producción de radicales libres de oxígeno, y facilitar la aparición de reacciones tóxicas. Dichas alteraciones respiratorias, suelen ser resultado de la acción directa del fármaco o de su metabolito, o bien de un mecanismo inflamatorio/inmunológico. La neumonitis intersticial representa uno de los tipos de lesión pulmonar más frecuente<sup>237</sup>.

Por otro lado, debido a que constantemente aparecen nuevos fármacos y combinaciones entre ellos, cabe esperar que la frecuencia de las enfermedades vaya en aumento en los próximos años<sup>237</sup>.

Los pacientes oncológicos no solo sufren complicaciones respiratorias derivadas de los tratamientos farmacológicos. La propia enfermedad oncológica como metástasis pulmonares, tumores torácicos, la radioterapia, o las enfermedades infecciosas respiratorias propias de los pacientes oncológicos, pueden comprometer la calidad de vida<sup>237,238</sup>.

La neutropenia en los pacientes oncológicos es una de las complicaciones más frecuentes de la quimioterapia y que causan mayor morbi-mortalidad. Se observa hasta en el 40% de ellos, dependiendo de varios factores tales como: edad, tipo de tumor, fármacos empleados en la quimioterapia, comorbilidades, etc<sup>238,239</sup>. La presencia de fiebre en estos pacientes se considera una emergencia médica, por ello es de suma importancia su diagnóstico y tratamiento precoz con antibioterapia de amplio espectro y empírica. Es importante remarcar que la mortalidad atribuible a las infecciones bacterianas en estos pacientes era del 90% en los sesenta, habiendo disminuido hasta un 10% en la década de los noventa. A pesar de este avance, aún existen numerosas dificultades terapéuticas debidas al uso de quimioterapia más inmunosupresora o a resistencias a antimicrobianos<sup>238</sup>. Para el ambiente cercano del paciente oncológico, esta complicación supone aumentar las hospitalizaciones, elevar costo del tratamiento, retrasar terapias antitumorales, e incluso la muerte, que supera el 30% en los casos de bacteriemia<sup>239</sup>.

El foco infeccioso puede ser variado y depende del estudio. Algunos evidencian por orden descendente: gastrointestinal, respiratorio alto (faringitis, rinitis, sinusitis), respiratorio bajo (bronquitis, neumonía), piel y tejidos blandos<sup>239</sup>. En otros estudios el foco respiratorio está en primer lugar relevando al gastrointestinal<sup>238</sup>. En algunos casos, se identifica más de un foco clínico simultáneamente, en estos casos, predomina la concomitancia gastrointestinal con la respiratoria, ya sea de nivel bajo o alto<sup>239</sup>.

La quimioterapia puede provocar toxicidades a nivel pulmonar, es el caso del docetaxel y la gemcitabina. La neumonitis por docetaxel es una toxicidad infrecuente. Este fármaco está indicado en tumores de mama, pulmón o próstata. Conceptualmente, parece tratarse de una complicación por hipersensibilidad, de todas formas, no existe una definición clara al respecto. Su clínica se presenta días después de la primera dosis, hasta meses después. Se caracteriza por síndrome febril, tos, expectoración mucosa de color amarillento, disnea, e infiltraciones. Su diagnóstico diferencial con enfermedad en progresión, bronconeumonía o tromboembolismo pulmonar, etc. es complicado, teniendo en cuenta la clínica, y las imágenes radiológicas. Existen factores que pueden aumentar el riesgo de padecer esta complicación como son la radioterapia torácica concomitante o la combinación con otros fármacos (gemcitabina, capecitabina, etc). Su restitución puede ser completa con tratamiento con corticoides y suspensión de la quimioterapia. Sin embargo, su evolución puede derivar a casos fatales o de prolongada asistencia respiratoria mecánica. En un estudio, el 23% de los pacientes desarrollaron fiebre, insuficiencia respiratoria con neumonitis intersticial difusa, resultando fatal en dos casos<sup>240,241,242</sup>.

La gemcitabina es un análogo de la pirimidina utilizado para tratamiento de tumores sólidos como el de mama, páncreas, vejiga y pulmón. La toxicidad pulmonar con este fármaco es rara, se da en un 0,06% a nivel mundial, aunque este dato es probable que esté sesgado. A pesar de ello, esta complicación sí está definida en su ficha técnica. Un 23% de los pacientes tratados con gemcitabina desarrollan disnea durante el tratamiento, y sólo un 8% desarrolla disnea severa acompañada de cambios radiológicos<sup>243</sup>. Normalmente, se trata de una reacción reversible una vez suspendido su tratamiento, y suele responder con corticoterapia. Sin embargo, existen casos que han terminado en fallecimiento<sup>244</sup>. Su frecuencia se ha estimado en un 4%, sin embargo, en algunos ensayos clínicos se ha observado una frecuencia superior al 10% cuando se combina con taxanos, y de más del 20% junto con la bleomicina. El cáncer de pulmón no microcítico y las metástasis pulmonares provocan mayor reacción pulmonar que otros tipos de tumores. La radioterapia concomitante con gemcitabina para este primer tumor, se asocia a una mayor toxicidad pulmonar<sup>244,245</sup>.

La bleomicina es un fármaco quimioterápico con la propiedad de inhibir la síntesis de ADN mediante la producción de radicales libres que alteran la molécula. Este fármaco es usado en combinación con otros para el tratamiento de distintos tumores sólidos y hematológicos. Su principal complicación se localiza a nivel pulmonar, tanto es así, que su potencial terapéutico

está limitado por su toxicidad respiratoria. Dicha complicación se presenta en forma de neumonitis que progresa a fibrosis. La neumonitis inicial, producida por esta droga, afecta al 46% de los pacientes. De éstos, se cree que un 3% puede morir debido a dichas complicaciones respiratorias. Esta toxicidad pulmonar puede empezar gradualmente durante el tratamiento, o desarrollarse meses tras el mismo. Es importante tener en cuenta factores predisponentes, como la edad y la dosis de bleomicina. Las personas mayores son más susceptibles que las jóvenes, aunque estos últimos también pueden padecer dichos efectos. La toxicidad pulmonar es dosis dependiente, para dosis >300mg la incidencia oscila entre el 3-5%, y para dosis >500mg es del 20%<sup>246-249</sup>.

Los tipos de esta toxicidad incluyen neumonitis intersticial que deriva en fibrosis, daño alveolar difuso, síndrome de distrés respiratorio del adulto, edema pulmonar no cardiogénico, hemorragia alveolar o derrame pleural<sup>243,244</sup>. La aparición de estas afectaciones está entre 1-529 días según algunos estudios. Los mecanismos fisiopatológicos no se conocen con exactitud, aunque existen varias teorías que pretenden explicarlos. La retirada del fármaco y el uso de corticoides sistémicos constituye la base del tratamiento. Algunos estudios hablan del uso concomitante de diuréticos<sup>250</sup>.

Las radiaciones ionizantes son agentes físicos que se encuentran en el ambiente de forma natural, aunque pueden ser producto de la actividad humana. Los efectos de estas radiaciones sobre el pulmón son conocidos desde 1909. Con el uso de la radioterapia para tumores de mama, de esófago, linfomas o tumores mediastínicos se comenzaron a observar consecuencias iatrogénicas, debido al efecto que tienen dichas radiaciones sobre el ADN. El tejido pulmonar tiene el segundo puesto en susceptibilidad frente a la radiación, en parte, esto se atribuye a su escasa capacidad regenerativa. En un estudio se estudiaron 62 pacientes con cáncer de mama que recibieron radioterapia en área torácica. El 29% presentó síndrome de neumonitis y el 45% evolucionó a fibrosis pulmonar. La patología pulmonar previa fue un factor de riesgo significativo para el desarrollo de estas complicaciones<sup>251</sup>.

Las lesiones varían desde cambios inflamatorios con dosis totales bajas, hasta transformación neoplásica con dosis altas. Las primeras consisten en neumonitis que evoluciona a fibrosis pulmonar difusa, este proceso consta de varias fases. La primera aguda o exudativa, caracterizada por congestión, hemorragia reciente, edema intersticial alveolar e hiperplasia de neumocitos tipo II. En la fase reparativa aumenta la presencia de fibroblastos con producción

de matriz colágena y fibrosis intraalveolar. En la última etapa, aparece fibrosis intersticial y peribronquial severa y disminución de capilares alveolares<sup>251,252</sup>.

Los hallazgos en tejido pulmonar pueden ser observados a los 8 días de la irradiación (restos de organelas degeneradas, macrófagos, etc.). A los 15 días se puede observar macrófagos con bordes externos en forma de pseudópodos, neutrófilos y eosinófilos, y edema intersticial. A los 30 días, aparecen neumocitos tipo II, cuyo citoplasma está aumentado, células inflamatorias, etc. A los 90 días, aparecen aumentadas fibras de colágeno intersticiales en la pared alveolar. A los 180 días, esto último se hace mucho más marcado<sup>251,252</sup>.

### **RETOS PARA EL SISTEMA ASISTENCIAL**

Como hemos indicado con anterioridad, cada vez hay más pacientes largos supervivientes de cáncer, lo que supone un elemento de presión a los sistemas sanitarios, mostrando los puntos débiles de sus modelos actuales de seguimiento<sup>17</sup>. La transición de los cuidados de la fase aguda, a la de larga supervivencia es crítica. En la actualidad, no existe un método concreto de seguimiento para este tipo de personas, quedando parcialmente diluidas en el sistema asistencial<sup>253</sup>.

Los esfuerzos de la salud pública para abordar la supervivencia al cáncer son relativamente nuevos. Los supervivientes se enfrentan a numerosos problemas físicos, psicológicos, sociales, espirituales y financieros, muchos de los cuales pueden ser solventados por estrategias planificadas desde la salud pública. Por todo ello, hay que estimular un enfoque de salud pública que incluya la atención médica, y el apoyo a las personas a cargo de la toma de decisiones. De esta forma, se conseguiría una reducción de la carga de los supervivientes<sup>254</sup>.

Para que esta atención sea íntegra y completa, la atención asistencial debería completar los siguientes puntos<sup>254</sup>:

- Crear una base de datos sobre la supervivencia.
- Promover los sistemas de información en los pacientes.

- Establecer prácticas técnicas en cada etapa de supervivencia.
- Crear y divulgar programas de educación pública.
- Realizar evaluaciones constantes, para la mejora de los servicios.
- Mejorar las infraestructuras para las investigaciones aplicadas.
- Identificar factores asociados a las preocupaciones de los supervivientes.
- Realizar investigaciones sobre las intervenciones preventivas y aplicar los resultados.
- Enseñar destrezas a los supervivientes para la toma de decisiones y protección de sus derechos.
- Identificar e implementar los programas que demostraron ser eficaces.
- Promover las políticas que apoyen la idea de abordar el cáncer como una enfermedad a largo plazo.
- Educar a los encargados de la toma de decisiones sobre barreras económicas, seguro médico.
- Determinar y diseminar las directrices que apoyan el suministro de servicios oportunos y de calidad.
- Establecer equipos multidisciplinarios de atención médica en los largos supervivientes.
- Educar a los proveedores de atención médica sobre la supervivencia de cáncer desde su diagnóstico.

Según el informe Delphi, en su apartado dedicado a la atención de largos supervivientes, la mayoría de los profesionales encuestados están de acuerdo en que dicha atención asistencial

debe ocupar un pilar fundamental en la salud pública. Sin embargo, son escépticos en cuanto que las autoridades sanitarias establezcan planes específicos. Del mismo modo, en lo referente a la atención psicológica y social, una amplia mayoría desea que sean incluidas en los programas para largos supervivientes. Sin embargo, sólo una cuarta parte de los encuestados opina que dicha inclusión tendrá lugar. Esto mismo ocurre con la creación de guías de práctica clínica, donde una unanimidad desea su creación, pero dudan de su puesta en marcha<sup>255</sup>.

En otros estudios como: “Evaluación de la Calidad de la Asistencia Oncológica en España” se llega a conclusiones parecidas. Los largos supervivientes de cáncer se encuentran en cierto modo, desplazados y perdidos<sup>21</sup>.

El seguimiento de los pacientes, una vez superado el tratamiento activo, se lleva principalmente en los servicios oncológicos hospitalarios. Las visitas se centran en la detección de las recidivas, monitorización de efectos adversos a largo plazo, y detección de segundas neoplasias <sup>20,256,257</sup>. Sin embargo, tal actividad tiene lugar siguiendo un patrón similar al utilizado durante el tratamiento activo, con los mismos objetivos y solicitando muchas veces las mismas pruebas. Esto tiene como consecuencia la existencia de un gran número de visitas al profesional sanitario, creando una situación de dependencia por parte del largo superviviente de cáncer.



## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**



## **HIPÓTESIS Y OBJETIVOS**

Cada vez más pacientes sobreviven al cáncer. Más de la mitad de ellos sobreviven más de 5 años y algunos pacientes, diagnosticados en estadios iniciales, pueden tener una esperanza de vida similar a la población general. El envejecimiento de la población, el diagnóstico precoz, los avances en técnicas diagnósticas y las innovaciones terapéuticas seguirán incrementando la tasa de supervivientes.

Los pacientes largos supervivientes de cáncer precisan de una atención asistencial integral que debería dar respuesta a varios objetivos como reflejar la situación actual de la atención a estos pacientes, detectar los principales problemas y obstáculos para una buena atención, establecer las líneas de acción necesarias para mejorar dicha atención con criterios de calidad asistencial sanitaria y social. De forma que, el plan integral de atención a largos supervivientes de cáncer, permita dar visibilidad a los problemas en la atención e identificar las principales necesidades tanto organizativas y de recursos, como aquellas posibles complicaciones que puedan aparecer a largo plazo relacionadas con el proceso oncológico, en el afán de ofrecer respuestas y mejorar la calidad de vida de los pacientes largos supervivientes de cáncer.

Aunque es bien conocido que los pacientes largos supervivientes de cáncer experimentan algunas complicaciones o secuelas tanto del propio tumor como de los tratamientos recibidos, no hay suficiente evidencia científica al respecto; comenzando porque en nuestro medio desconocemos el número y características de los pacientes que sobreviven al diagnóstico de cáncer.

Por ello, nuestro estudio pretende identificar a los pacientes largos supervivientes de cáncer, así como evaluar su situación física, psicológica, social y laboral.

### **OBJETIVO GENERAL**

- Identificar a los pacientes largos supervivientes de cáncer en el Servicio de Oncología médica del Hospital Universitario de Salamanca, así como destacar los principales problemas que han padecido a largo plazo.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Identificar las principales complicaciones físicas, sexuales, psicosociales inmediatas al tratamiento, que han padecido los largos supervivientes de cáncer del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de la provincia de Salamanca.
- Identificar las principales complicaciones físicas, sexuales, psicosociales tardías tras el tratamiento, que han padecido los largos supervivientes de cáncer del Servicio de Oncología, del Hospital Clínico Universitario de la provincia de Salamanca.
- Identificar las dificultades laborales con las que se encuentran los largos supervivientes de cáncer del Servicio de Oncología, del Hospital Clínico Universitario de la provincia de Salamanca.
- Valorar en qué grado, los largos supervivientes de cáncer del Servicio de Oncología, del Hospital Clínico Universitario de la provincia de Salamanca, necesitaron de ayuda profesional para solucionar dichas complicaciones y si encontraron solución.
- Valorar la conformidad del largo superviviente de cáncer, a cerca de darle el alta definitiva del Servicio de Oncología, del Hospital Clínico Universitario de la provincia de Salamanca.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**



## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Para cumplir con los anteriores objetivos, se llevó a cabo un estudio cualitativo descriptivo transversal observacional entre noviembre de 2013 y mayo de 2015.

La muestra procedía de los pacientes citados en la consulta ULSO (Unidad de Largos Supervivientes Oncológicos) del servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.

Dentro del programa de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, desde el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca, se ha creado un plan de atención a pacientes largos supervivientes de cáncer.

Hasta su puesta en marcha, en 2013, el seguimiento de los pacientes largos supervivientes de cáncer se llevaba a cabo en el Servicio de Oncología de manera, prácticamente, universal y perpetua. De esta forma, los equipos de atención primaria delegaban dichas actividades, mientras que eran responsable de otras patologías, comorbilidades o actividades preventivas.

La atención integral de los pacientes con cáncer y de los largos supervivientes en particular, requiere de una gestión compartida entre Atención Primaria y Atención Especializada. Según el momento de la enfermedad y de la situación clínica del paciente el peso de la atención recaerá más en una o en otra. Así durante el periodo de tratamiento activo, la asistencia del paciente se realizará, principalmente, en Atención Especializada, mientras que la asistencia por los profesionales de Atención Primaria cobrará más protagonismo a medida que transcurra más tiempo desde que el cáncer haya sido tratado y cobre relevancia la gestión de la salud a largo plazo, que incluirá la prevención, diagnóstico, tratamiento y monitorización de enfermedades no tumorales.

Por estos y otros motivos, se creó la Unidad de Largos Supervivientes de Oncología y la figura del “oncólogo de enlace”, como oncólogo médico coordinador de aspectos científicos y organizativos para el buen funcionamiento de la asistencia a los largos supervivientes de cáncer.

Las principales labores del “oncólogo de enlace” son la identificación de los pacientes largos supervivientes de cáncer y la provisión de una hoja informativa individualizada y específica para cada uno de ellos con las recomendaciones y pautas de seguimiento más adecuadas a su situación física, psicológica y socio-laboral, para su seguimiento por los equipos de atención primaria. Así mismo, es el encargado de coordinar los circuitos de derivación inter-niveles (Atención Primaria- Atención Especializada), facilitando la resolución de dudas y buscando soluciones a casos concretos.

Por tanto, los pacientes largos supervivientes de cáncer del Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario de Salamanca son todos identificados a través de la ULSO.

#### Criterios de inclusión en el estudio

- Pacientes con Intervalo Libre de Enfermedad (ILE) superior a cinco años.
- Pacientes que se les daba el alta del Servicio de Oncología, del Hospital Clínico Universitario de Salamanca.
- Los pacientes aceptaban participar voluntariamente en el estudio

#### Criterios de exclusión en el estudio

- Pacientes que no están en plenas facultades para entender y responder a las preguntas del estudio.
- Pacientes que desestiman la participación en el estudio.
- Pacientes que no cumplen algún criterio de inclusión

#### Descripción de las variables

- Características de los pacientes:

- Edad
  - Género
  - Tipo de tumor
  - Edad de diagnóstico
  - Intervalo libre de enfermedad
  - Tipo de tratamientos administrados
- Variables a estudio:
- Complicaciones físicas inmediatas y su repercusión
  - Complicaciones sexuales inmediatas y su repercusión
  - Complicaciones psicosociales inmediatas y su repercusión
  - Complicaciones físicas tardías y su repercusión
  - Complicaciones sexuales tardías y su repercusión
  - Complicaciones psicosociales tardías y su repercusión
  - Complicaciones laborales y su repercusión
  - Complicaciones asistenciales y su repercusión

### Procedimiento

La propuesta de participar en el estudio y contestar la encuesta se realizó posterior a un consentimiento informado verbal, donde al sujeto se le explicaba en qué consistía el mismo.

El recibimiento del sujeto a encuestar se hacía en la ULSO (“Unidad de Largos Supervivientes Oncológicos”), situada en la cuarta planta del antiguo edificio de maternidad del Hospital Virgen de la Vega, en Salamanca capital. Tras haberle sido entregado el informe de alta del Servicio de Oncología, se le informaba del estudio y se le proponía participar. Si el sujeto a encuestar accedía, se le acompañaba a otra consulta de la misma planta, cedida por el servicio correspondiente. En este lugar se realizaba la encuesta en presencia del investigador

principal. El encuestado realizaba el estudio en solitario, aunque en algunos casos acompañado, si estaba presente algún familiar y el sujeto manifestaba el deseo de su presencia.

El análisis de los datos recopilados se llevó a cabo mediante el programa de análisis IBM SPSS Statistics 20.0. A la hora de valorar la significación estadística entre distintas variables, se usó la razón de verosimilitud Chi-cuadrado. La relación estadísticamente significativa se estableció para un valor de  $p < 0,05$ .

La recogida de datos se llevó a cabo con el empleo de una encuesta (Anexo I) que consta de distintos apartados:

- Características descriptivas de los sujetos encuestados
  
- Complicaciones inmediatas tras finalizar el tratamiento activo y quedar libre de enfermedad.
  - Complicaciones Físicas
  - Complicaciones Sexuales: Hombre – Mujer
  - Complicaciones Psicosociales
  
- Complicaciones a partir de los cinco años libre de enfermedad.
  - Complicaciones Físicas
  - Complicaciones Sexuales: Hombre- Mujer
  - Complicaciones Psicosociales
  
- Otros aspectos:
  - Dificultades Laborales
  - Aspectos Asistenciales
  - Valoración/percepción del alta del Servicio de Oncología

Para determinar los distintos grados de repercusión, se ha estipulado lo siguiente:

- Poca repercusión: aquella que es una simple molestia puntual para el sujeto a estudio.
- Repercusión moderada: será aquella que, a pesar de ser continua, no impide a la persona realizar actividades cotidianas.

- Mucha repercusión: se referirá a aquellas alteraciones que impiden a la persona realizar por sí sola alguna tarea cotidiana.
- Máxima repercusión: es aquella que limita en gran medida a la persona, necesitando ésta de un tercero para llevar a cabo las actividades.

Para que llevara a cabo de forma correcta el cuestionario, a la muestra se le explicaba, en caso necesario, cualquier concepto que no entendieran con exactitud, y de esta forma conseguir que su respuesta fuera lo más fiable posible.



## **RESULTADOS**



## RESULTADOS

### CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA MUESTRA

Este estudio consta de una muestra final de 303 pacientes del Servicio de Oncología de Salamanca. La participación ha sido de 98,05%.

La mediana de edad de la muestra del estudio ha sido de 71 (35-89) De la muestra obtenida el 75,2% son mujeres y el 24,8% son hombres, cuyas medianas de edad son 70,5 años (42-89) y 63 años (35-88), respectivamente. (Tabla 8)

Tabla 8. Concepto: Edad

<b>Edad</b>	<b>General</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>
<b>Mediana</b>	71	63	70,5
<b>Mínimo</b>	35	35	42
<b>Máximo</b>	89	88	89

La mediana de la edad del diagnóstico del tumor ha sido de 57 años (18-83). Respecto al intervalo libre de enfermedad (ILE), su mediana ha sido de 12 años (5-32). (Tabla 9)

Tabla 9. Concepto: Edad del diagnóstico e ILE

	<b>Edad del diagnóstico</b>	<b>ILE</b>
<b>Mediana</b>	57	12
<b>Mínimo</b>	18	5
<b>Máximo</b>	83	32

A lo que tumores se refiere, el 53,5% de los encuestados fueron diagnosticados de cáncer de mama, un 26,1% de cáncer colorrectal, 5,6% de cáncer de origen ginecológico, un 5,3% de cáncer gástrico, un 3% de tumor testicular, y un 6% fueron diagnosticados de otros tipos de cánceres (sarcomas, pulmón, páncreas, cabeza y cuello, hígado, vejiga, etc.). (Gráfico 1)

### Tumores diagnosticados

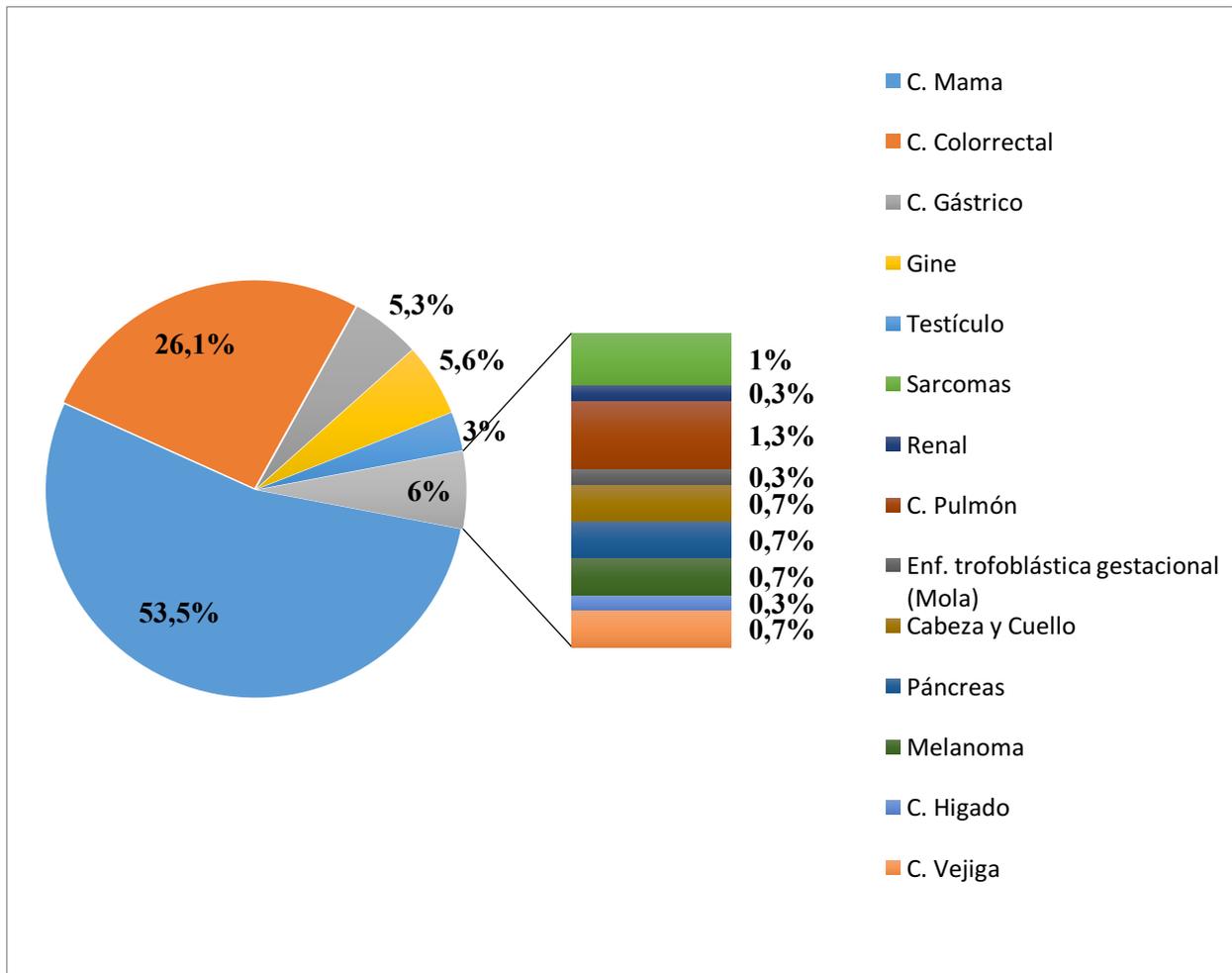


Gráfico 1: Tumores que les fueron diagnosticados a los encuestados

Para el sexo femenino, el 70,61% fue diagnosticado de cáncer de mama, el 14,91% de cáncer colorrectal, el 7,46% de cáncer de ovario y el 7,02% de las encuestadas fueron diagnosticadas de otros tipos de tumores. (Gráfico 2)

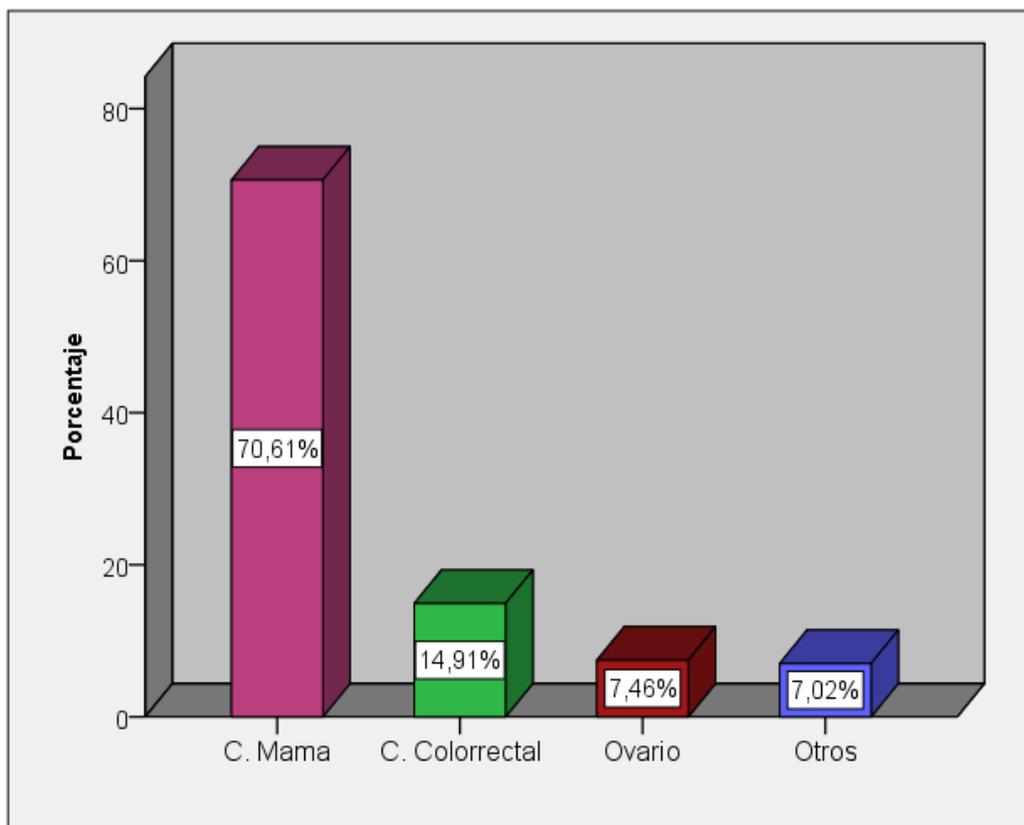


Gráfico 2: Tumores según sexo (femenino)

Los resultados para los tipos de tumores según el sexo masculino, fueron: el 60% de los varones encuestados fue diagnosticado de cáncer colorrectal, el 10,67% de cáncer gástrico, el 12% de cáncer de testículo y al 17,33% le fueron diagnosticados otros tumores (cáncer de pulmón, mama, sarcoma, melanoma, etc.). (Gráfico 3)

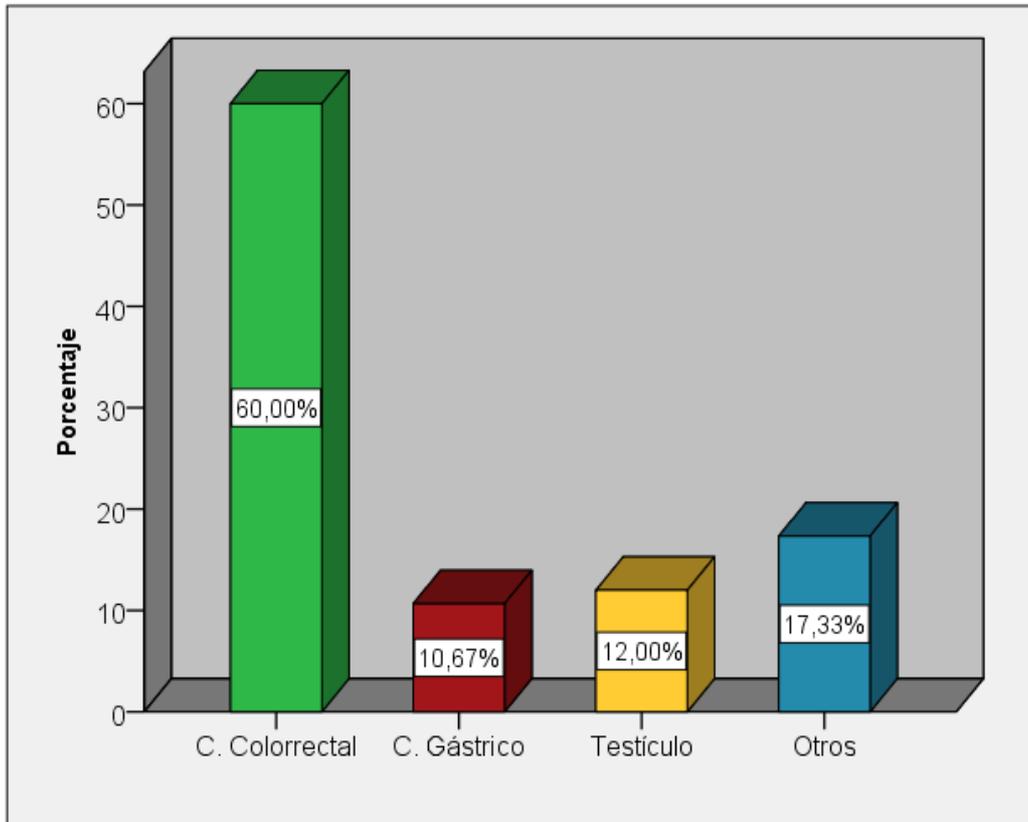


Gráfico 3: Tumores según sexo (varones)

Respecto al tipo de tratamientos administrados durante su enfermedad oncológica: el 76,6% recibió sesiones de quimioterapia, un 48,5% recibió radioterapia en algún momento de su enfermedad, un 45,5% tuvo hormonoterapia dentro de su esquema de tratamiento, y un 99,3% fue intervenido quirúrgicamente. (Anexos I)

## RESULTADOS ANALÍTICOS

### 1) Complicaciones inmediatas al diagnóstico y tratamiento de cáncer

- Complicaciones físicas inmediatas al tratamiento

- Alteraciones corporales:

Sin tener en cuenta la división por sexos, el 29,04% de los encuestados no padeció ninguna alteración corporal, el 21,78% la padeció con poca repercusión, un 21,78% sufrió alguna alteración corporal con repercusión moderada, un 15,84% la sufrió con mucha repercusión y un 11,55% sufrió algún tipo alteración corporal con repercusión máxima, necesitando ayuda de un tercero para llevar a cabo las distintas actividades cotidianas. (Gráfico 4)

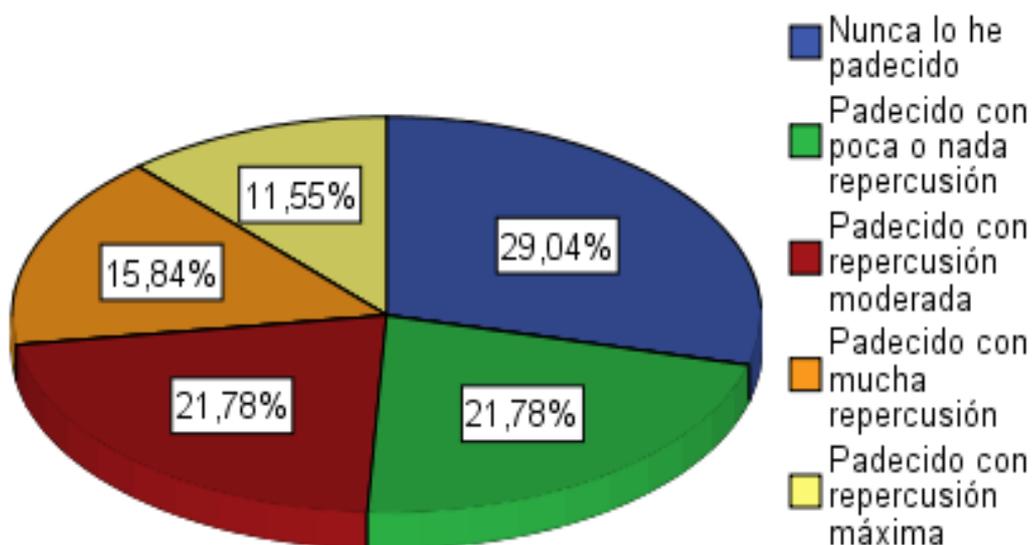


Gráfico 4: Repercusión de las alteraciones corporales sin división por sexos

En lo referente a los varones encuestados: el 45,3% no padeció ninguna alteración corporal, el 21,3% sufrió con poca repercusión alguna alteración, un 16% las sufrió con una repercusión moderada, el 14,7% padeció alteraciones corporales con mucha repercusión, necesitando ayuda para realizar alguna de sus actividades diarias, y el 2,7% las tuvo con repercusión máxima, siendo dependiente en la mayoría de las tareas habituales. A lo que a mujeres se refiere: un 23,7% no padeció ninguna alteración corporal, un 21,9% las padeció con poca repercusión, las mujeres que sufrieron alteraciones corporales con una repercusión moderada fueron de un 23,7%, frente a un 16,2% que las tuvo con mucha repercusión, y un 14,5% con una repercusión máxima. La razón de verosimilitud para el sexo y las alteraciones corporales es de 0,001. (Tabla 10)

Tabla 10. Concepto: Alteraciones Corporales según sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombres</b>	45,3%	21,3%	16%	14,7%	2,7%
<b>Mujeres</b>	23,7%	21,9%	23,7%	16,2%	14,5%

Razón de verosimilitud: 0,001

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos (quimioterapia, radioterapia, quirúrgico) y las alteraciones corporales, la razón de verosimilitud es de 0,001 para la quimioterapia, un valor de 0,043 para la radioterapia, y una razón de verosimilitudes de 0,408 para el tratamiento quirúrgico. (Tabla 11)

Tabla 11. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos /Alteraciones corporales

	<u>Alteraciones corporales</u>				
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	23,7%	22,8%	22%	17,2%	14,2%
<b>Radioterapia SÍ</b>	23,1%	23,8%	19%	20,4%	13,6%
<b>Quirúrgico SÍ</b>	29,2%	21,6%	21,9%	15,6%	11,6%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,001

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,043

**Razón de verosimilitud Quirúrgico:** 0,408

En lo referente a la relación estadística entre los cuatro tumores más frecuentes en el estudio y las alteraciones corporales, la razón de verosimilitud es de 0,00. (Tabla 12)

Tabla 12. Concepto: Tabla de contingencia Cuatro tumores más frecuentes /Alteraciones corporales

	<u>Alteraciones corporales</u>				
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Tumor de mama</b>	14,8%	25,3%	25,3%	18,5%	16%
<b>Tumor colorrectal</b>	55,7%	11,4%	15,2%	16,5%	1,3%
<b>Tumor gástrico</b>	62,5%	18,8%	18,8%	0%	0%
<b>Sarcomas</b>	33,3%	33,3%	33,3%	0%	0%

% dentro de Tumor

**Razón de verosimilitud : 0,00**

- Cansancio/astenia:

Sin tener en cuenta la distinción por sexos, el 26,07% de los encuestados no ha padecido nunca astenia, el 11,55% lo ha padecido con poca repercusión limitando muy poco su vida cotidiana, el 23,43% de la muestra sufrió astenia con una repercusión moderada, en estos casos, los estudiados sí muestran una alteración a la hora de realizar actividades diarias, sin embargo, no necesitaron de ayuda de terceros. En cambio, un 20,46% la ha tenido con mucha repercusión y un 18,15% con la máxima repercusión posible, necesitando ayuda para realizar las diferentes tareas cotidianas. Un 0,33% no sabe, no contesta. (Gráfico 5)

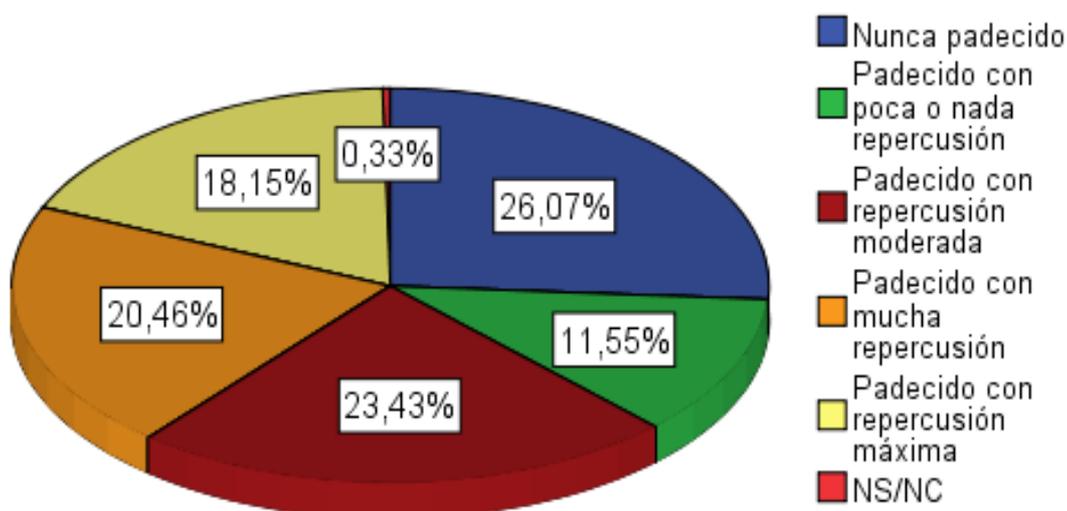


Gráfico 5: Repercusión del Cansancio sin distinción por sexos

En lo referente a los varones encuestados: el 32% no padeció cansancio alguno, el 16% lo sufrió con poca repercusión, un 25,3% lo padeció con una repercusión moderada, el 13,3% padeció sensación de cansancio con mucha repercusión, necesitando ayuda para realizar alguna de sus actividades diarias, y el 13,3% tuvo una sensación de cansancio con repercusión máxima, siendo dependiente en la mayoría de las tareas habituales. A lo que a mujeres se refiere: un 24,1% no padeció cansancio, un 10,1% lo padeció con poca repercusión, las mujeres que sufrieron cansancio con una repercusión moderada fueron de un 22,8%, mismo porcentaje para aquellas que lo padecieron con mucha repercusión, un 19,7% tuvo cansancio con una repercusión máxima, y un 0,4% no sabe, no contesta. La correlación estadística entre el sexo y el cansancio viene dada por una razón de verosimilitud de 0,175. (Tabla 13)

Tabla 13. Concepto: Cansancio según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima	NS/NC
<b>Hombre</b>	32%	16%	25,3%	13,3%	13,3%	0%
<b>Mujer</b>	24,1%	10,1%	22,8%	22,8%	19,7%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,175

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos (quimioterapia, radioterapia, quirúrgico, hormonoterapia) y el cansancio, la razón de verosimilitud para la quimioterapia es de 0,00, para la radioterapia dicho parámetro es de 0,467, para el tratamiento quirúrgico se ha obtenido un valor de 0,726, y para la hormonoterapia, el valor ha sido de 0,132. (Tabla 14)

Tabla 14. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Cansancio

	<b>Cansancio</b>					
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>	<b>Ns/nc</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	19,0%	10,3%	26,3%	23,7%	20,7%	0%
<b>Radioterapia SÍ</b>	23,8%	11,6%	27,9%	19,7%	17%	0%
<b>Quirúrgico SÍ</b>	25,9%	11,6%	23,3%	20,6%	18,3%	0,3%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	20,3%	13%	21,7%	21,7%	22,5%	0,7%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,00

**Razón de verosimilitud radioterapia:** 0,467

**Razón de verosimilitud quirúrgico:** 0,726

**Razón de verosimilitud hormonoterapia:** 0,132

En lo referente a la relación estadística entre las variables “cansancio” y “dolor”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,147. (Tabla 15)

Tabla 15. Concepto: Tabla de contingencia Cansancio/Dolor

		<u>Dolor</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<u>Cansancio</u>	<b>Nunca padecido</b>	63,3%	20,3%	12,7%	3,8%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	71,4%	11,4%	14,3%	0%	2,9%
	<b>Repercusión moderada</b>	57,7%	21,1%	18,3%	2,8%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	46,8%	22,6%	25,8%	4,8%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	47,3%	12,7%	27,3%	9,1%	3,6%
	<b>NS/NC</b>	100%	0%	0%	0%	0%

% dentro cansancio

Razón de verosimilitud: 0,147

- Disminución de peso:

Un 62,05% de los encuestados no ha padecido esta complicación. Un 12,21% de la muestra tuvo una disminución de peso con poca o ninguna repercusión. Un 14,19% de los estudiados padeció esta complicación con una repercusión moderada. Solo un 9,90% tuvo repercusiones considerables, necesitando de la ayuda de terceros para realizar alguna tarea cotidiana, y 1,65% tuvo consecuencias máximas, quedando limitado para la gran mayoría de las actividades diarias. (Gráfico 6)

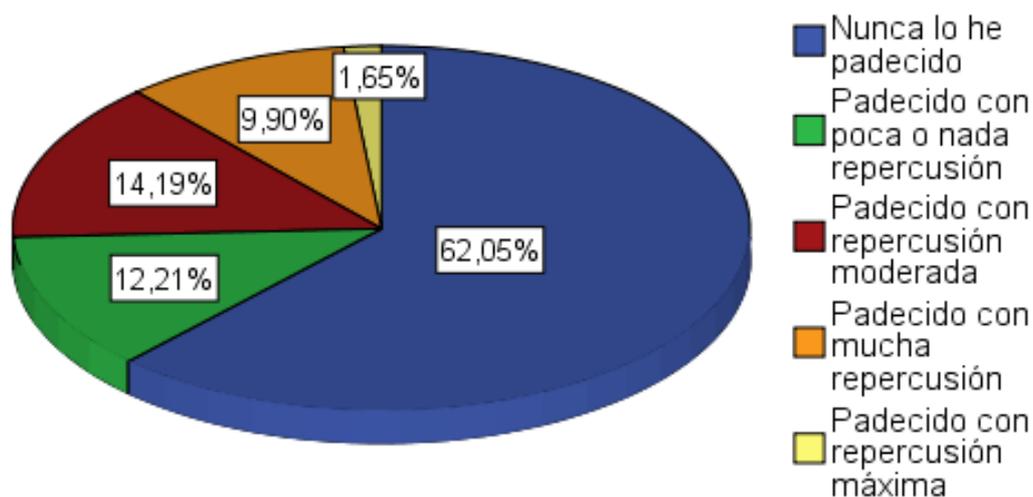


Gráfico 6: Repercusión de la disminución de peso sin distinción de sexo

En relación a los sexos, el 50,7% de los hombres encuestados no padecieron disminución de peso, frente al 65,8% de las mujeres que tampoco. Un 8% de los hombres perdió peso, pero éste supuso poca o nula repercusión; lo mismo ocurrió con el 13,6% de las mujeres estudiadas. Las repercusiones moderadas sólo aparecieron en un 18,7% de los varones y en un 12,7% de las mujeres. El 20% de los hombres, junto con el 6,6% de las mujeres encuestadas sufrieron una disminución de peso con importantes repercusiones, necesitando ayuda para llevar a cabo algunas actividades diarias. Únicamente un 2,7% de los varones y un 1,3% de las mujeres tuvo repercusiones severas relacionadas con la disminución de peso, viéndose limitaciones considerables en la vida diaria, y necesitando de terceros para la realización de la gran mayoría de las actividades cotidianas. El valor de la razón de verosimilitudes para el “sexo” y la “disminución de peso” es de 0,006. (Tabla 16)

Tabla 16. Concepto: Disminución de peso según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	50,7%	8%	18,7%	20%	2,7%
<b>Mujer</b>	65,8%	13,6%	12,7%	6,6%	1,3%

Razón de verosimilitud: 0,006

- Alteraciones digestivas:

En lo que concierne a los resultados de la encuesta para las alteraciones digestivas, un 38,94% no ha padecido ninguna complicación de esta índole. Un 12,21% de los estudiados ha tenido alguna complicación de este tipo con una repercusión mínima o nula. El 21,12% de la muestra padeció una repercusión moderada. En cambio, el 14,19% ha tenido complicaciones digestivas con mucha repercusión, y un 13,53% ha tenido consecuencias alimenticias o de malestar considerables, debido a complicaciones digestivas. (Gráfico 7)

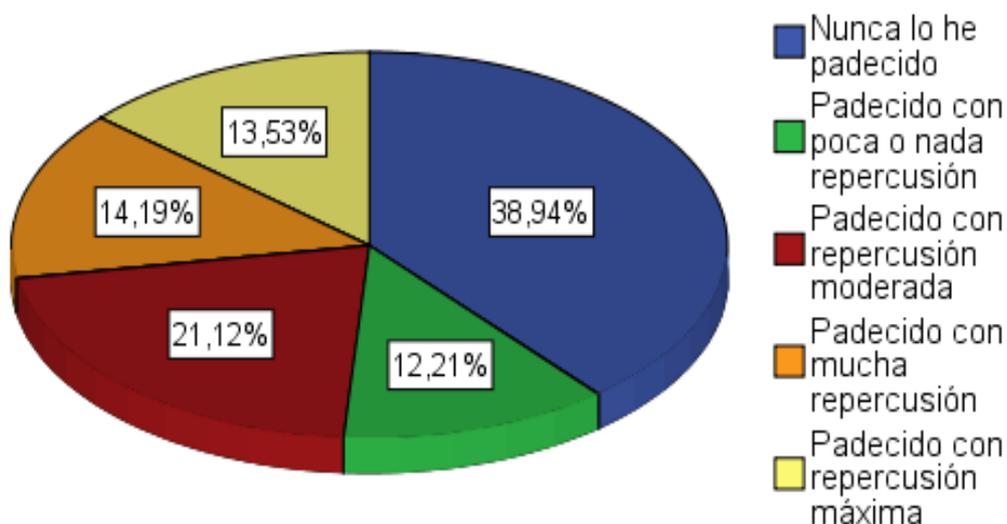


Gráfico 7: Repercusión de las alteraciones digestivas sin distinción de sexo

Las alteraciones digestivas no estuvieron presentes en el 40% de los hombres, ni en el 38,6% de las mujeres encuestadas. Las padecieron con poca o nula repercusión un 16% de los varones y un 11% de las mujeres estudiadas. Un 26,7% del sexo masculino tuvo una repercusión moderada frente al 19,3% de la muestra femenina. Un 13,3% de los hombres y un 14,5% de las mujeres padecieron alteraciones digestivas con mucha repercusión, limitando parcialmente sus vidas diarias. Solo un 4% de los varones se vio limitado de forma importante por estas complicaciones, frente al 16,7% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitudes para “sexo” y “alteraciones digestivas” es de 0,260. (Tabla 17)

Tabla 17. Concepto: Alteraciones digestivas según sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	40%	16%	26,7%	13,3%	4%
<b>Mujer</b>	38,6%	11%	19,3%	14,5%	16,7%

Razón de verosimilitud: 0,260

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos (quimioterapia, radioterapia, quirúrgico, hormonoterapia) y las alteraciones digestivas, la razón de verosimilitud para la quimioterapia es de 0,00, para la radioterapia dicho parámetro es de 0,930, para el tratamiento quirúrgico se ha obtenido una  $p=0,693$ , y para la hormonoterapia, el valor ha sido de 0,350. (Tabla 18)

Tabla 18. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Alteraciones digestivas

	<u>Alteraciones digestivas</u>				
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	30,6%	12,1%	23,3%	16,8%	17,2%
<b>Radioterapia SÍ</b>	38,1%	12,2%	19,7%	15,6%	14,3%
<b>Quirúrgico SÍ</b>	38,9%	12,3%	20,9%	14,3%	13,6%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	43,5%	9,4%	19,6%	12,3%	15,2%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,00

**Razón de verosimilitud radioterapia:** 0,930

**Razón de verosimilitud quirúrgico:** 0,693

**Razón de verosimilitud hormonoterapia:** 0,350

En lo referente a la relación estadística entre los tumores digestivos, mediastínicos, tumores de cabeza, y las alteraciones digestivas, la razón de verosimilitudes tiene un valor de 0,672. (Tabla 19)

Tabla 19. Concepto: Tabla de contingencia Tumor/Alteraciones digestivas

	<u>Alteraciones digestivas</u>				
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<b>T. páncreas</b>	50%	50%	0%	0%	0%
<b>T. colorrectal</b>	30,4%	16,5%	30,4%	16,5%	6,3%
<b>T. gástrico</b>	43,8%	12,5%	18,8%	6,2%	18,8%
<b>T. hígado</b>	100%	0%	0%	0%	0%
<b>T. pulmón</b>	50%	0%	0%	25%	25%
<b>Cabeza y cuello</b>	50%	0%	50%	0%	0%

% dentro de Tumor

Razón de verosimilitud: 0,672

- Osteoporosis:

Un 73,27% de los encuestados no ha padecido osteoporosis. Un 3,63% la ha tenido con consecuencias leves o nulas. El 14,19% de los estudiados ha tenido consecuencias moderadas, sin embargo, no ha necesitado ayuda para llevar a cabo tareas cotidianas. En cambio, el 7,92% sí ha necesitado ayuda para algunas actividades cotidianas debido a la osteoporosis, y un 0,99% se ha visto casi totalmente limitado por dicho problema. (Gráfico 8)

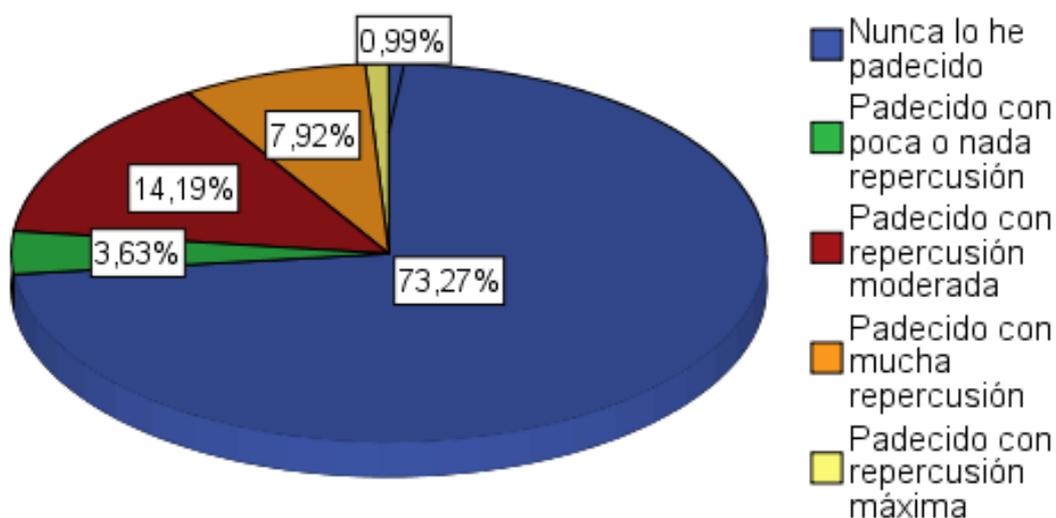


Gráfico 8: Repercusión de la osteoporosis sin distinción de sexo

La osteoporosis no apareció en un 93,3% de los hombres, frente a un 66,7% de las mujeres. Ningún varón padeció esta complicación con poca o nula repercusión, en cambio un 4,8% de las mujeres sí. La repercusión moderada estuvo presente en un 4% del sexo masculino frente al 17,5% del sexo femenino estudiado. La osteoporosis limitó parcialmente la vida cotidiana del 1,3% de los hombres y de un 10,1% de las mujeres. En cambio, solo un 0,9% de las mujeres vio su vida limitada severamente por la osteoporosis, frente al 1,3% de los hombres. La razón de verosimilitud para las variables “sexo” y “osteoporosis” es de 0,00. (Tabla 20)

Tabla 20. Concepto: Osteoporosis según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	93,3%	0%	4%	1,3%	1,3%
<b>Mujer</b>	66,7%	4,8%	17,5%	10,1%	0,9%

Razón de verosimilitud: 0,00

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia y la osteoporosis, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,380. El mismo parámetro para la hormonoterapia obtuvo un valor de 0,00. (Tabla 21)

Tabla 21. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia-Hormonoterapia/Osteoporosis

	<u>Osteoporosis</u>				
	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	71,6%	4,3%	14,2%	8,6%	1,3%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	63%	2,2%	21,7%	11,6%	1,4%

% dentro de Tratamientos

Razón de verosimilitud quimioterapia: 0,380

Razón de verosimilitud hormonoterapia: 0,00

Entre “Osteoporosis” y “Menopausia precoz” para los casos de la muestra que padecieron cáncer de mama, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,215. (Tabla 22)

Tabla 22. Concepto: Tabla de contingencia Osteoporosis/ Menopausia precoz (casos que padecieron cáncer de mama)

		<u>Menopausia precoz</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	61,5%	21,2%	11,5%	1%	4,8%
	<b>Poca repercusión</b>	50%	33,3%	16,7%	0%	0%
<u><b>Osteoporosis</b></u>	<b>Repercusión moderada</b>	61,3%	22,6%	6,5%	6,5%	3,2%
	<b>Mucha repercusión</b>	61,1%	5,6%	5,6%	22,2%	5,6%
	<b>Repercusión máxima</b>	0%	0%	50%	0%	50%

% osteoporosis

Razón de verosimilitud: 0,006

- Dolor

De los encuestados, un 56,77% no padeció dolor durante el curso de su enfermedad. Un 18,48% lo ha padecido con poca o nula repercusión, en cambio, un 19,47% tuvo un dolor con consecuencias moderadas, y solo a un 4,29% el dolor le limitó de alguna manera en algunos aspectos cotidianos. Sin embargo, un 0,99% de los encuestados se vieron muy limitados, debido a esta complicación. (Gráfico 9)

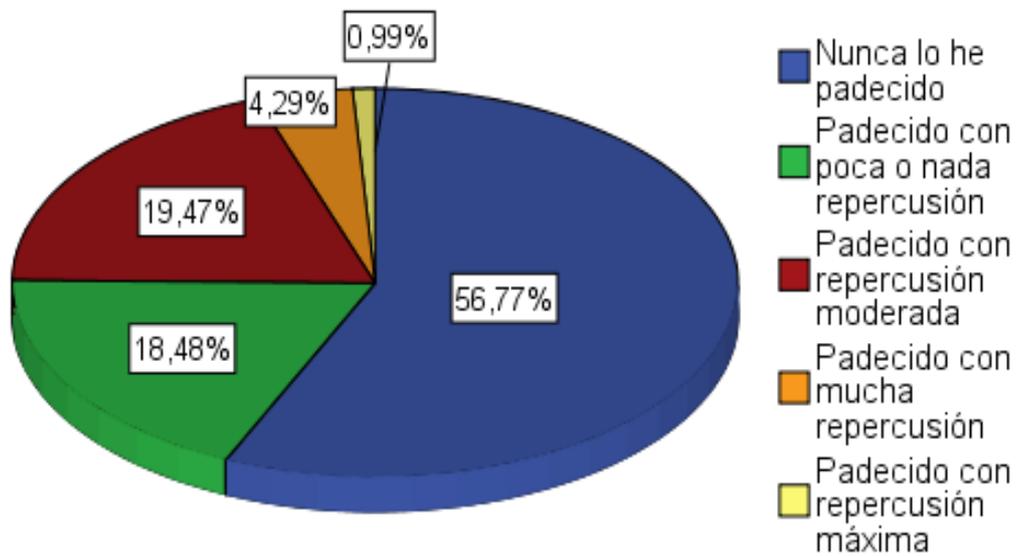


Gráfico 9: Repercusión del dolor sin distinción del sexo

El dolor no estuvo presente en el 60% de los hombres estudiados, ni el 55,7% de las mujeres. Un 17,3% de los varones y un 18,9% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con el dolor. La repercusión moderada relacionada con esta complicación, estuvo presente en el 16% del sexo masculino, y en un 20,6% del sexo femenino. Un 6,7% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo ocurrió con un 3,5% de las mujeres. El dolor fue de tal nivel, que limitó casi totalmente a un 1,3% de las mujeres, en cambio ningún hombre refirió padecer tal grado de dolor. La razón de verosimilitudes para las variables “sexo” y “dolor” es de 0,435. (Tabla 23)

Tabla 23. Concepto: Dolor según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	60%	17,3%	16%	6,7%	0%
<b>Mujer</b>	55,7%	18,9%	20,6%	3,5%	1,3%

Razón de verosimilitud: 0,435

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos (quimioterapia, radioterapia, quirúrgico, hormonoterapia) y el dolor, la razón de verosimilitudes para la quimioterapia es de 0,044, para la radioterapia dicho parámetro es de 0,084, para el tratamiento quirúrgico se ha obtenido un valor de 0,137, y para la hormonoterapia, el valor ha sido de 0,004. (Tabla 24)

Tabla 24. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Dolor

	<u>Dolor</u>				
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	57,8%	17,7%	19,8%	4,7%	0%
<b>Radioterapia SÍ</b>	53,1%	19,7%	23,8%	3,4%	0%
<b>Quirúrgico SÍ</b>	57,1%	18,3%	19,6%	4%	1%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	48,6%	23,2%	25,4%	2,9%	0%

% dentro de Tratamientos

Razón de verosimilitud quimioterapia: 0,044

Razón de verosimilitud radioterapia: 0,084

Razón de verosimilitud quirúrgico: 0,137

Razón de verosimilitud hormonoterapia: 0,004

- Alteraciones auditivas:

Sólo un 17,82% de los encuestados ha padecido esta alteración, percibiendo la quimioterapia como la causa. El 5,61% las ha padecido con poca o nula repercusión en su vida diaria, un 6,60% con una repercusión moderada, y un 5,61% sufrió dificultades en su vida diaria, debido a dichas alteraciones auditivas. Un 82,18% no padeció esta complicación. (Gráfico 10)

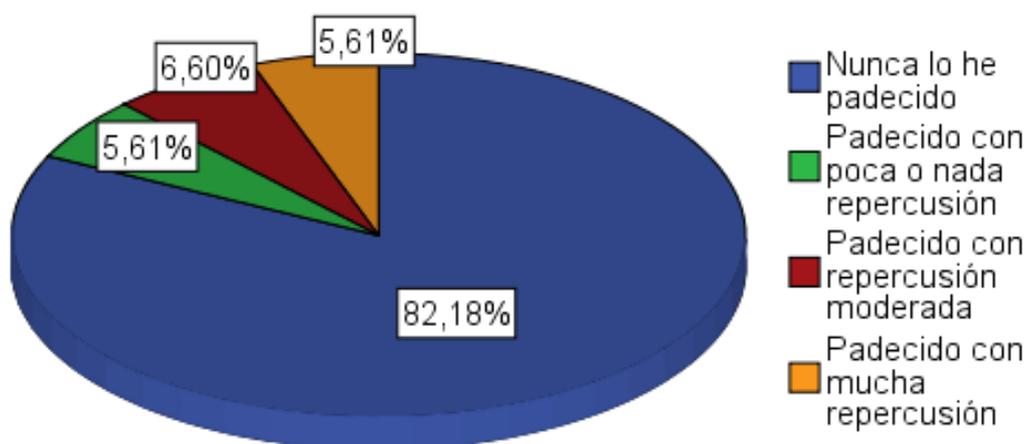


Gráfico 10: Repercusión de las alteraciones auditivas

Según el sexo el 82,7% de los hombres y el 82% de las mujeres encuestadas no padecieron alteraciones auditivas. El 6,7% de los varones y el 5,3% de la muestra femenina tuvieron poca o ninguna repercusión. La repercusión moderada estuvo presente en un 8% de los hombres y en un 6,1% de las mujeres. Sólo el 2,7% de los varones estudiados, vio alterada su vida cotidiana a cuenta de las alteraciones auditivas, frente al 6,6% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitudes obtenido para las variables “sexo” y “alteraciones auditivas” es de 0,517. (Tabla 25)

Tabla 25. Concepto: Alteraciones auditivas según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	82,7%	6,7%	8%	2,7%	0%
<b>Mujer</b>	82%	5,3%	6,1%	6,6%	0%

Razón de verosimilitud: 0,517

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia y las alteraciones auditivas, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,014. (Tabla 26)

Tabla 26. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia/Alteraciones auditivas

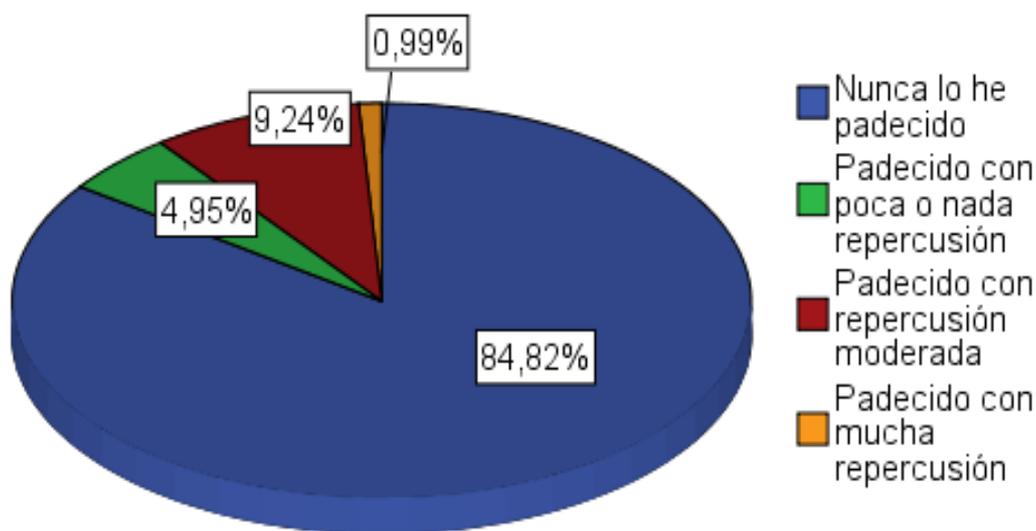
	<u>Alteraciones auditivas</u>				
	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	78,9%	6%	8,2%	6,9%	0%

% dentro de quimioterapia

Razón de verosimilitud quimioterapia: 0,014

- Alteraciones cardíacas:

El 84,82% no ha padecido esta complicación. El 4,95% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados, el 9,24% sufrió consecuencias moderadas viendo su vida diaria algo limitada. Un 0,99% vio limitada su vida de forma importante. Gráfico 11.



**Gráfico 11. Repercusión de las alteraciones cardíacas**

Las alteraciones cardíacas no estuvieron presentes en el 90,7% de los hombres estudiados, ni el 82,9% de las mujeres. Un 4% de los varones y un 5,3% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 5,3% del sexo masculino, y en un 10,5% del sexo femenino. Ningún hombre vio restringida parcialmente su vida cotidiana, en cambio, un 1,3% de las mujeres sí la vio. Ningún hombre, ni mujer encuestado tuvo repercusiones máximas causadas por las alteraciones cardíacas. La razón de verosimilitudes obtuvo un valor de 0,246. (Tabla 27)

Tabla 27. Concepto: Repercusión de las alteraciones cardíacas según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	90,7%	4%	5,3%	0%	0%
<b>Mujer</b>	82,9%	5,3%	10,5%	1,3%	0%

Razón de verosimilitud: 0,246

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y las alteraciones cardíacas, se obtiene una razón de verosimilitud de 0,325, para la quimioterapia. El mismo parámetro para la radioterapia obtuvo un valor de 0,009. (Tabla 28)

Tabla 28. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Alteraciones cardíacas (para todos los tumores)

	<u>Alteraciones cardíacas</u>				
	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	83,2%	5,2%	10,3%	1,3%	0%
<b>Radioterapia SÍ</b>	83,7%	2%	13,6%	0,7%	0%

% dentro de Tratamientos

Razón de verosimilitud quimioterapia: 0,325

Razón de verosimilitud radioterapia: 0,009

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos para los casos de tumor de mama y las alteraciones cardíacas, se obtiene una razón de verosimilitudes de 0,823, para la quimioterapia. El mismo parámetro para la radioterapia obtuvo un valor de 0,019. (Tabla 29)

Tabla 29. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Alteraciones cardíacas (solo tumores de mama)

	<u>Alteraciones cardíacas</u>				
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	79,3%	5,9%	13,3%	1,5%	0%
<b>Radioterapia SÍ</b>	80,5%	2,7%	15,9%	0,9%	0%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,823

**Razón de verosimilitud radioterapia:** 0,019

- Alteraciones respiratorias:

El 86,80% no ha padecido esta complicación. El 4,62% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados el 6,60% sufrió consecuencias moderadas viendo su vida diaria algo limitada. Un 1,98% vio limitada su vida de forma importante. Gráfico 12.

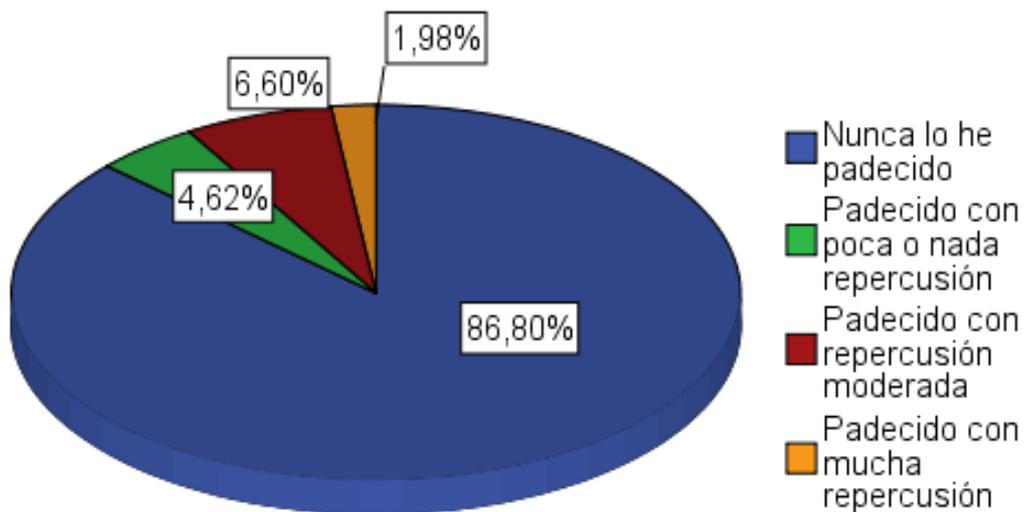


Gráfico 12. Repercusión de las alteraciones respiratorias

Las alteraciones respiratorias no estuvieron presentes en el 86,7% de los hombres estudiados, ni el 86,8% de las mujeres. Un 2,7% de los varones y un 5,3% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 6,7% del sexo masculino, y en un 6,6% del sexo femenino. El 4% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 1,3% de las mujeres. Ningún sujeto encuestado tuvo repercusiones máximas causadas por las alteraciones respiratorias. La razón de verosimilitudes obtuvo un valor de 0,441. (Tabla 30)

Tabla 30. Concepto: Repercusión de las alteraciones respiratorias según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	86,7%	2,7%	6,7%	4%	0%
<b>Mujer</b>	86,8%	5,3%	6,6%	1,3%	0%

Razón de verosimilitud: 0,441

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y las alteraciones respiratorias, se obtiene una razón de verosimilitudes de 0,431, para la quimioterapia. El mismo parámetro para la radioterapia es de 0,358. (Tabla 31)

Tabla31. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Alteraciones respiratorias (Todos los tumores)

Alteraciones respiratorias

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	87,1%	5,2%	6,5%	1,3%	0%
<b>Radioterapia SÍ</b>	87,8%	4,1%	7,5%	0,7%	0%

% dentro de Tratamientos

Razón de verosimilitud quimioterapia: 0,431

Razón de verosimilitud radioterapia: 0,358

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y las alteraciones respiratorias, para los tumores de mama, pulmón, páncreas y vejiga, se obtiene una razón de verosimilitudes de 0,179, para la quimioterapia. El mismo parámetro para la radioterapia es de 0,119. (Tabla 32)

Tabla 32. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Alteraciones respiratorias (tumores de mama, pulmón, páncreas y vejiga)

<u>Alteraciones respiratorias</u>					
	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	85,6%	5,8%	7,2%	1,4%	0%
<b>Radioterapia SÍ</b>	85,3%	5,2%	8,6%	0,9%	0%

% dentro de Tratamientos

Razón de verosimilitud quimioterapia: 0,179

Razón de verosimilitud radioterapia: 0,119

### **Solución de las complicaciones físicas inmediatas desde un punto de vista general**

Para la solución de dichas complicaciones, un 70,6% acudió a un profesional, frente a un 27,1% que no lo hizo, a pesar de padecer alguna complicación. Y un 2,3% no ha tenido ninguna complicación que solucionar.

A un 73,8% de los encuestados que padecieron complicaciones físicas, se le solucionaron sus problemas, frente al 23,8% que les persistieron. Dentro del porcentaje de encuestados que fueron a un profesional sanitario, un 75,1% vieron desaparecer sus complicaciones físicas.

De los encuestados a los que se les ha solucionado los problemas, a un 63,4% el problema les desapareció en menos de un año, a un 28,6% de la muestra las complicaciones se le solucionaron entre un período de 1-2 años, mientras que al 8% les duraron más de 2 años.

- **Complicaciones sexuales inmediatas en las mujeres estudiadas**

- Sequedad vaginal:

Un 51,32% de las encuestadas no ha padecido esta complicación. El 5,7% ha padecido sequedad vaginal con repercusiones leves o nulas en su vida sexual y cotidiana. El 19,3% refiere consecuencias moderadas. El 10,09% de las mujeres encuestadas vio su vida sexual alterada de modo importante debido a la sequedad vaginal, y un 11,84% vio consecuencias muy severas en su vida sexual y cotidiana.

El 1,75% de las encuestadas ha preferido no responder a esta pregunta por sentirse incómoda ante la misma, o por “no acordarse”. (Gráfico 13)

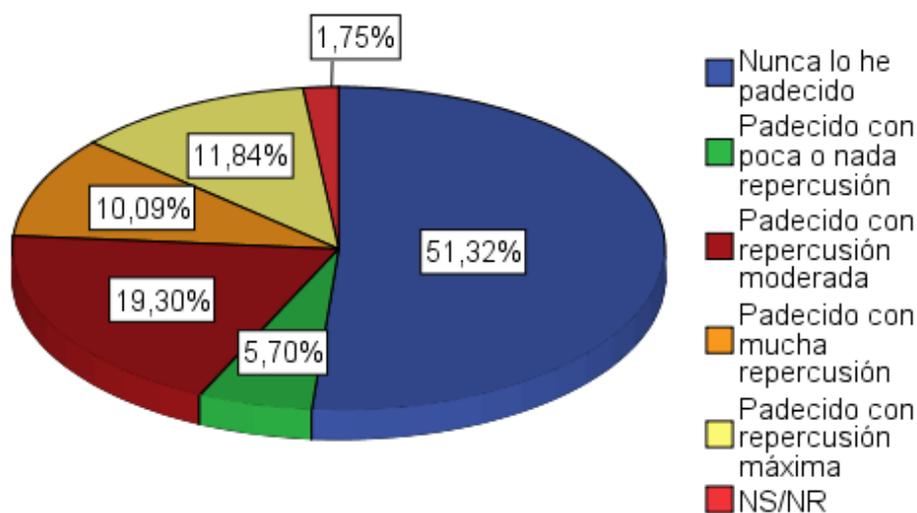


Gráfico 13. Repercusión de la sequedad vaginal

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia, y la aparición de sequedad vaginal, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,013 y 0,004, respectivamente. Dicho parámetro, para la radioterapia obtuvo un resultado de 0,140. (Tabla 33)

Tabla 33. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia-Hormonoterapia-Radioterapia/Sequedad vaginal

	<u>Sequedad vaginal</u>					
	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima	Ns/nc
<b>Quimioterapia SÍ</b>	46,3%	21,1%	11,1%	14,4%	1,1%	0%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	44,1%	3,7%	25%	12,5%	14%	0,7%
<b>Radioterapia SÍ</b>	50,8%	2,4%	19,8%	10,3%	15,1%	1,6%

% dentro de Quimioterapia

Razón de verosimilitud Quimioterapia: 0,013

Razón de verosimilitud Hormonoterapia: 0,004

Razón de verosimilitud Radioterapia: 0,140

Razón de verosimilitud Quirúrgico: No se puede calcular porque es una constante (Toda la muestra del estudio ha tenido cirugía como parte del tratamiento oncológico)

- Dolor durante el coito:

El 77,19% de las encuestadas no han padecido esta complicación. El 7,02% de las encuestadas ha padecido repercusiones leves o nulas relacionadas con el dolor durante el coito. El 7,02% ha presenciado repercusiones moderadas en su vida sexual. Un 2,63% ha visto su vida sexual bastante alterada, debido a las repercusiones severas que ha producido el dolor durante el acto sexual. El 4,39% ha referido un dolor muy severo, tanto, que ha visto su vida sexual muy perturbada. El 1,75% de las encuestadas ha preferido no responder a esta pregunta por sentirse incómoda ante la misma, o por “no acordarse”. (Gráfico 14)

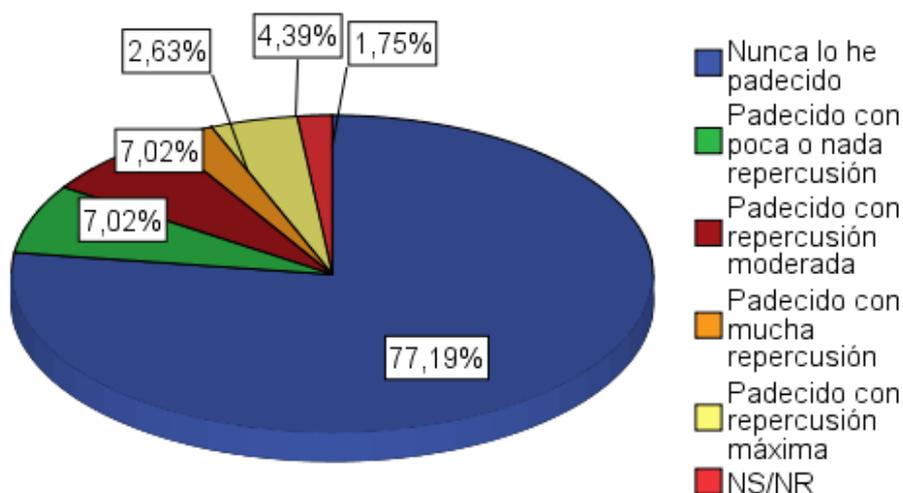


Gráfico 14. Repercusión del dolor durante el coito

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia y radioterapia, y dolor durante el coito, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,193 y 0,522, respectivamente. (Tabla 34)

Tabla 34. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia-Radioterapia/Dolor durante el coito

<b>Dolor durante el coito</b>						
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>Ns/Nc</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	77,2%	7,2%	6,1%	2,8%	5,6%	1,1%
<b>Radioterapia SI</b>	77%	5,6%	8,7%	1,6%	5,6%	1,6%

% dentro de Quimioterapia

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,193

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,522

**Razón de verosimilitud Quirúrgico:** No se puede calcular porque es una constante (Toda la muestra del estudio ha tenido cirugía como parte del tratamiento oncológico)

- Dificultad para el orgasmo:

El 71,49% de las encuestadas no padeció esta complicación. De las mujeres estudiadas, el 7,46% sí la padeció con una repercusión mínima o nula. El 7,02% de las encuestadas tuvieron una repercusión moderada viendo su vida sexual afectada de forma parcial. En cambio, el 7,02% de las mujeres del estudio sí vieron su vida sexual alterada seriamente, y a un 5,26%, la dificultad para el orgasmo supuso un problema de gran seriedad. El 1,75% de la muestra femenina prefirió no contestar a esta pregunta, bien por “no recordar”, o bien por sentirse incómodas ante la misma. (Gráfico 15)

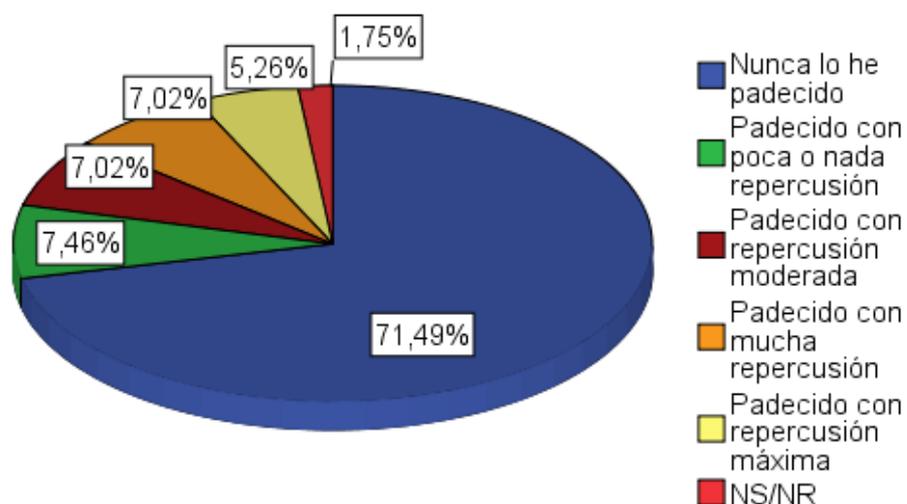


Gráfico 15. Repercusión de la dificultad para el orgasmo

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia y la dificultad para alcanzar el orgasmo, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,050. (Tabla 35)

Tabla 35. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia/Dificultad para alcanzar el orgasmo

<u>Dificultad para alcanzar el orgasmo</u>						
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>NS/NC</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	70%	6,7%	7,2%	8,3%	6,7%	1,1%

% dentro de Quimioterapia

Razón de verosimilitud: 0,050

- Pérdida de deseo sexual:

El 59,65% no ha padecido pérdida de deseo sexual. De todas las encuestadas el 5,26% sí la ha padecido, pero con poca o nula repercusión. El 10,53% ha tenido una repercusión moderada en su vida sexual. El 12,28% de las estudiadas vieron afectada su vida sexual debido a la pérdida de libido. El 10,53% de las encuestadas, refieren una alteración total de su sexualidad. El 1,75% de la muestra femenina prefirió no contestar a esta pregunta, bien por “no recordar”, o bien por sentirse incómodas ante la misma. (Gráfico 16)

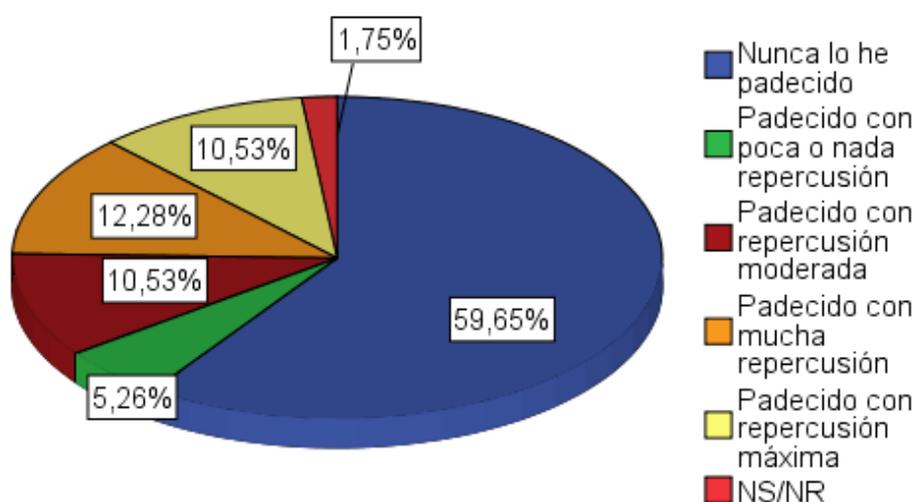


Gráfico 16. Repercusión relacionada con la pérdida de deseo sexual

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia y la pérdida de deseo sexual, el valor de la razón de verosimilitudes obtenido es de 0,046. (Tabla 36)

Tabla 36. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia/Pérdida de deseo sexual

**Pérdida de deseo sexual**

	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>NS/NC</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	56,1%	5,6%	10,6%	13,9%	12,8%	1,1%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,046

**Razón de verosimilitud Quirúrgico:** No se puede calcular porque es una constante (Toda la muestra del estudio ha tenido cirugía como parte del tratamiento oncológico)

En lo referente a la relación estadística entre las variables “alteraciones corporales” y “la pérdida de deseo sexual”, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,013. (Tabla 37)

Tabla 37. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones corporales/Pérdida de deseo sexual

		<u>Pérdida de deseo sexual</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Alt. corporales</u>	Nunca padecido	74,1%	5,6%	3,7%	3,7%	7,4%
	Poca repercusión	64%	6%	10%	12%	6%
	Repercusión moderada	59,3%	3,7%	18,5%	13%	5,6%
	Mucha repercusión	40,5%	5,4%	5,4%	24,3%	24,3%
	Repercusión máxima	51,5%	6,1%	5,2%	12,1%	15,2%

% dentro de Alteraciones corporales

Razón de verosimilitud: 0,013

En lo referente a la relación estadística entre las variables “cansancio” y “la pérdida de deseo sexual”, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,039. (Tabla 38)

Tabla 38. Concepto: Tabla de contingencia Cansancio/Pérdida de deseo sexual

		<u>Pérdida de deseo sexual</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	76,4%	1,8%	7,3%	5,5%	3,6%
	<b>Poca repercusión</b>	65,2%	8,7%	8,7%	8,7%	8,7%
<b><u>Cansancio</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	61,5%	7,7%	13,5%	11,5%	3,8%
	<b>Mucha repercusión</b>	44,2%	7,7%	9,6%	21,2%	17,3%
	<b>R. máxima</b>	53,3%	2,2%	11,1%	13,3%	20%

% dentro de Alteraciones corporales

**Razón de verosimilitud:** 0,039

En lo referente a la relación estadística entre las variables “alteraciones digestivas” y “la pérdida de deseo sexual”, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,005. (Tabla 39)

Tabla 39. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones digestivas/Pérdida de deseo sexual

		<u>Pérdida de deseo sexual</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	71,6%	1,1%	8%	9,1%	5,7%
	<b>Poca repercusión</b>	44%	8%	12%	20%	16%
<u>Alteraciones digestivas</u>	<b>Repercusión moderada</b>	59,1%	2,3%	20,5%	9,1%	9,1%
	<b>Mucha repercusión</b>	57,6%	18,2%	3%	9,1%	12,1%
	<b>R. máxima</b>	44,7%	5,3%	10,5%	21,1%	18,4%

% dentro de Alteraciones corporales

**Razón de verosimilitud:** 0,005

En lo referente a la relación estadística entre las variables “Depresión” y “la pérdida de deseo sexual”, el valor de la razón de verosimilitudes obtenido es de 0,434. (Tabla 40)

Tabla 40. Concepto: Tabla de contingencia Depresión/Pérdida de deseo sexual

		<u>Pérdida de deseo sexual</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
	<b>Nunca padecido</b>	61,3%	5,4%	8,9%	11,3%	10,7%
	<b>Poca repercusión</b>	62,5%	12,5%	0%	25%	0%
<b><u>Depresión</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	58,8%	5,9%	17,6%	5,9%	11,8%
	<b>Mucha repercusión</b>	47,1%	0%	11,8%	29,4%	11,8%
	<b>Repercusión máxima</b>	0%	0%	100%	0%	0%

% dentro de Depresión

**Razón de verosimilitud:** 0,434

- Disminución frecuencia de las relaciones sexuales:

El 60,96% de las encuestadas no ha padecido esta alteración. El 8,33% ha visto reducida, sin mucha repercusión, la frecuencia de sus relaciones sexuales. De las mujeres encuestadas, el 9,65% ha referido una disminución moderada en la frecuencia. Un 10,53% refirió una alteración bastante importante en la práctica de las relaciones sexuales. El 8,33% de las estudiadas vieron su vida sexual disminuida casi totalmente. El 2,19% de la muestra femenina prefirió no contestar a esta pregunta, bien por “no recordar”, o bien por sentirse incómodas ante la misma. (Gráfico 17)

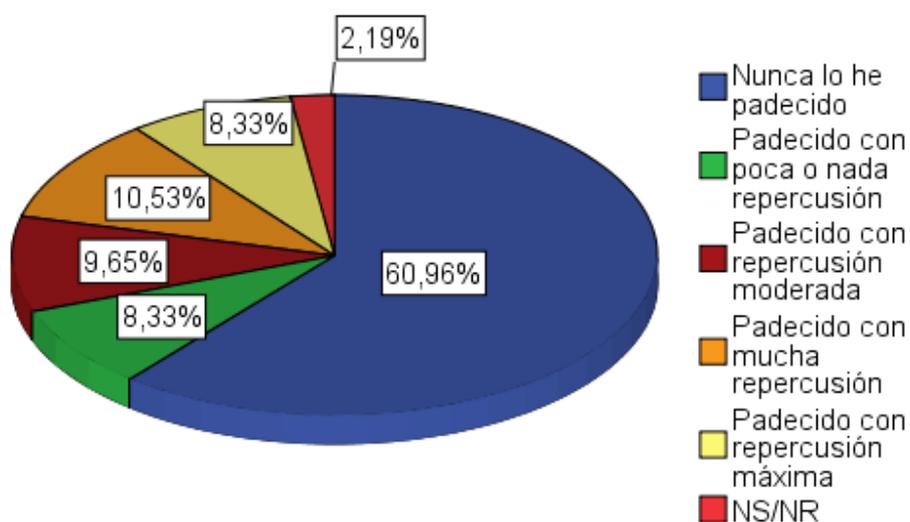


Gráfico 17. Repercusión de la disminución de la vida sexual

En lo referente a la relación estadística entre determinados tratamientos (quimioterapia, radioterapia) y la disminución de las relaciones sexuales, el valor de la razón de verosimilitud obtenido para la quimioterapia es de 0,007. Para la terapia con radiaciones, dicho parámetro obtuvo un resultado de 0,286. (Tabla 41)

Tabla 41. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia-Radioterapia/Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales

**Disminución de las relaciones sexuales**

	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>NS/NC</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	57,8%	8,3%	10,6%	11,7%	10,6%	1,1%
<b>Radioterapia SÍ</b>	58,7%	6,3%	12,7%	12,7%	7,9%	1,6%

% dentro de Quimioterapia

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,007

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,286

Dentro de la muestra que ha padecido un tumor de mama, la relación entre las variables “Disminución de relaciones sexuales” y “Alteraciones corporales”, ha obtenido un valor para la razón de verosimilitudes de 0,009. (Tabla 42)

Tabla 42. Concepto: Tabla de contingencia Disminución de relaciones corporales/Alteraciones corporales

		<u>Alteraciones corporales</u>					
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>Ns/nc</b>
<u>Disminución de relaciones sexuales</u>	<b>Nunca padecido</b>	18,5%	0%	0%	13,6%	12,5%	33,3%
	<b>Poca repercusión</b>	30,4%	38,5%	20%	13,6%	6,2%	33,3%
	<b>Repercusión moderada</b>	22,8%	46,2%	33,3%	31,8%	6,2%	33,3%
	<b>Mucha repercusión</b>	14,1%	0%	33,3%	22,7%	43,8%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	14,1%	15,4%	13,3%	18,2%	31,2%	0%

% dentro de Disminución de relaciones sexuales

Razón de verosimilitud: 0,009

### Solución de las complicaciones sexuales femeninas de forma general

El 41,2% de las encuestadas no tuvo ninguna complicación que solucionar. El 58,8% de todas las mujeres padeció alguna complicación sexual en mayor o menor medida. De éstas, el 48,4% acudió a un profesional sanitario en busca de respuestas, mientras que un 51,6% no lo hizo, bien porque no lo vio necesario, o por otros motivos. El 1,8% de todas las mujeres de la muestra no sabe/ no contesta a dicha pregunta.

El 61,5% de las que padecieron alguna alteración sexual encontró solución a la misma. En cambio, al 38,5% no. Un 1,8% de toda la muestra femenina prefiere no contestar a dicha pregunta.

Del 58,5% que encontraron solución, ésta apareció en menos de un año, al 28,1% la solución llegó en un período comprendido entre uno y dos años, mientras que a un 13,4% los problemas sexuales perduraron más de dos años. Un 0,9% de todas las mujeres prefirió no contestar a esta pregunta.

- **Complicaciones sexuales inmediatas en los varones estudiados**

El 5,33% del total de los varones prefirió no responder a estas preguntas de ámbito sexual.

- **Disfunción eréctil:**

Algo más de la mitad de los varones encuestados, 53,33% no ha padecido esta alteración. El 6,67% sí la ha tenido, pero con nula o mínima repercusión. El 13,33% de los hombres estudiados ha padecido disfunción eréctil con una importancia moderada. En cambio, las consecuencias de esta complicación han tenido mucha repercusión para un 17,33%, y máxima para un 4%. (Gráfico 18)

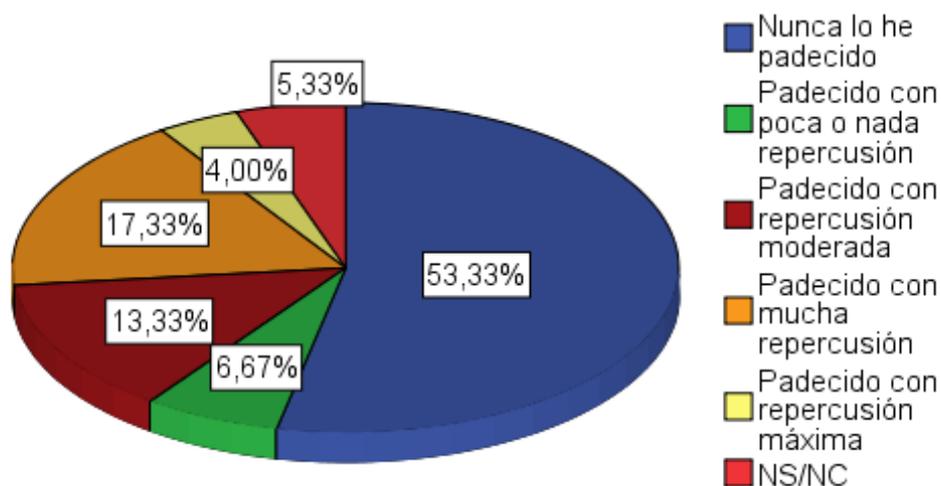


Gráfico 18. Repercusión de la disfunción eréctil

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y la disfunción eréctil, la razón de verosimilitudes obtuvo un valor de 0,047, para la radioterapia. Para el resto de tratamientos dicho valor es  $>0,05$ . (Tabla 43)

Tabla 43. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Disminución de las relaciones sexuales (Cirugía solo muestra que padeció tumor colorrectal)

<b><u>Disfunción eréctil</u></b>						
	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>Ns/nc</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	46,2%	7,7%	13,5%	23,1%	1,9%	7,7%
<b>Radioterapia SÍ</b>	33,3%	4,8%	23,8%	33,3%	4,8%	0%
<b>Quirúrgico SI</b>	52,1%	6,8%	13,7%	17,8%	4,1%	5,5%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,062

**Razón de verosimilitud radioterapia:** 0,047

**Razón de verosimilitud cirugía:** 0,767

- Dificultad para llegar al orgasmo:

Algo más de la mitad de los varones encuestados, 57,33% no ha padecido esta alteración. El 14,67% sí la ha tenido, pero con nula o mínima repercusión. El 13,33% de los hombres estudiados ha padecido dificultad para llegar al orgasmo con una importancia moderada. En cambio, esta complicación ha sido de mucha repercusión para un 8%, y de máxima para un 1,33%. (Gráfico 19)

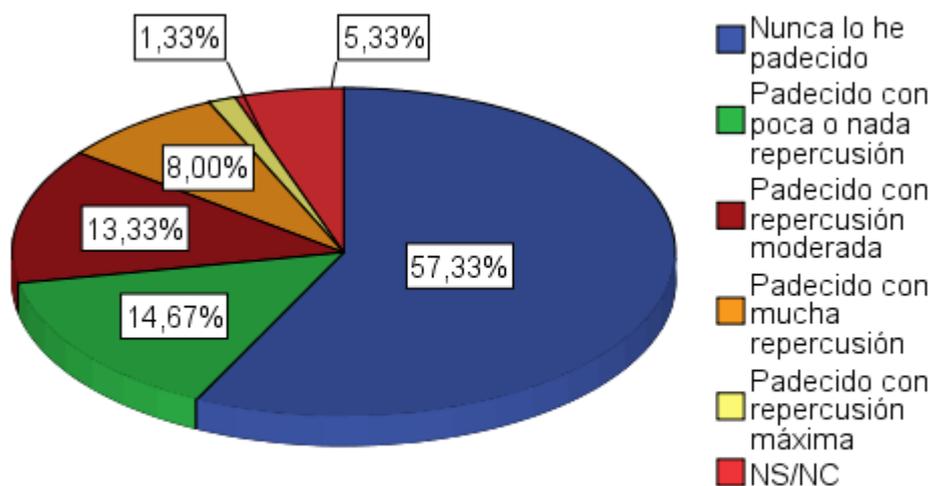


Gráfico 19. Repercusión de la dificultad para llegar al orgasmo

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía, y la dificultad para alcanzar el orgasmo, el valor de la razón de verosimilitud obtenido es de 0,086, 0,161 y 0,937 respectivamente. (Tabla 44)

Tabla 44. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Disminución de las relaciones sexuales (Cirugía solo muestra que padeció tumor colorrectal)

**Dificultad para llegar al orgasmo**

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima	NS/NC
<b>Quimioterapia SÍ</b>	55,8%	13,5%	17,3%	3,8%	1,9%	7,7%
<b>Radioterapia SÍ</b>	47,6%	14,3%	23,8%	9,5%	4,8%	0%
<b>Cirugía SÍ</b>	52,3%	18,2%	13,6%	9,1%	2,3%	4,5%

% dentro de los tratamientos

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,086

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,161

**Razón de verosimilitud Cirugía:** 0,937

- Pérdida de deseo sexual:

Esta complicación no estuvo presente en un 48%. Para un 24% de los varones encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 8%, las consecuencias fueron valoradas como moderadas. La pérdida de deseo sexual tuvo gran importancia para un 10,67%, y máxima para un 4%. (Gráfico 20)

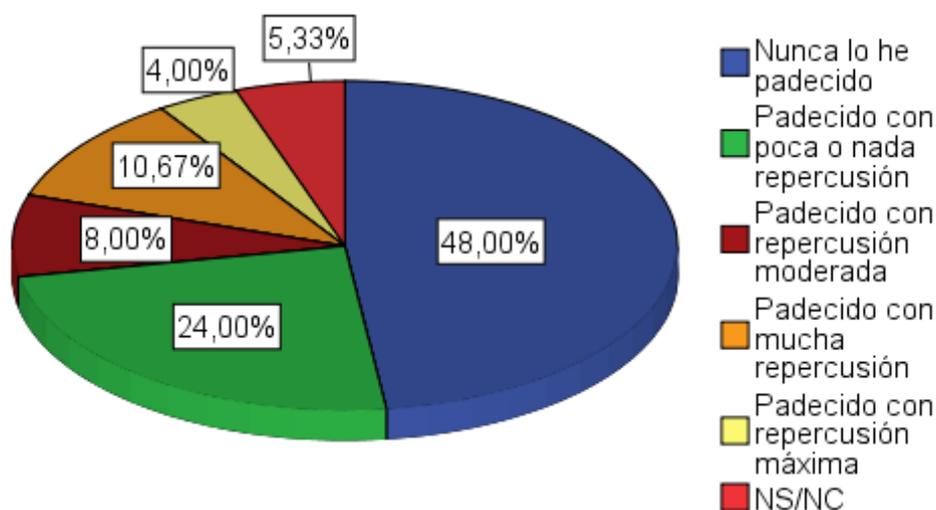


Gráfico 20. Repercusión de la pérdida de deseo sexual

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía, y la pérdida de deseo sexual, la razón de verosimilitud obtuvo valores de 0,205, 0,034 y 0,895, respectivamente. (Tabla 45)

Tabla 45. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Disminución de las relaciones sexuales (Cirugía solo muestra que padeció tumor colorrectal)

<u>Pérdida del deseo sexual</u>						
	<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>NS/NC</b>
<b>Quimioterapia SÍ</b>	46,2%	23,1%	9,6%	7,7%	5,8%	7,7%
<b>Radioterapia SÍ</b>	42,9%	19%	14,3%	9,5%	14,3%	0%
<b>Cirugía SÍ</b>	43,2%	27,3%	9,1%	9,1%	6,8%	4,5%

% dentro de los tratamientos

Razón de verosimilitud Quimioterapia: 0,205

Razón de verosimilitud Radioterapia: 0,034

Razón de verosimilitud Cirugía: 0,895

En lo referente a la relación estadística entre la pérdida de deseo sexual, y las alteraciones corporales, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,722. (Tabla 46)

Tabla 46. Concepto: Tabla de contingencia Pérdida de deseo sexual/ Alteraciones corporales

		<u>Alteraciones corporales</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Pérdida de deseo sexual</u>	<b>Nunca padecido</b>	41,7%	25%	16,7%	13,9%	2,8%
	<b>Poca repercusión</b>	50%	22,2%	16,7%	11,1%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	50%	0%	16,7%	33,3%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	37,5%	25%	12,5%	25%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	33,3%	33,3%	0%	0%	33,3%
	<b>NS/NC</b>	75%	0%	25%	0%	0%

% dentro de Pérdida de deseo sexual

Razón de verosimilitud: 0,722

En lo referente a la relación estadística entre la pérdida de deseo sexual, y el cansancio, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,135. (Tabla 47)

Tabla 47. Concepto: Tabla de contingencia Pérdida de deseo sexual/ Cansancio

		<u>Cansancio</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Pérdida Deseo sexual</u>	<b>Nunca padecido</b>	33,3%	11,1%	38,9%	8,3%	8,3%
	<b>Poca repercusión</b>	33,3%	27,8%	16,7%	5,6%	16,7%
	<b>Repercusión moderada</b>	50%	0%	0%	33,3%	16,7%
	<b>Mucha repercusión</b>	12,5%	25%	0%	37,5%	25%
	<b>Repercusión máxima</b>	33,3%	0%	33,3%	33,3%	0%
	<b>NS/NC</b>	25%	25%	25%	0%	25%

% dentro de Pérdida de deseo sexual

Razón de verosimilitud: 0,135

En lo referente a la relación estadística entre la pérdida de deseo sexual, y las alteraciones digestivas, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,148. (Tabla 48)

Tabla 48. Concepto: Tabla de contingencia Pérdida de deseo sexual/ Alteraciones digestivas

		<u>Alteraciones digestivas</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Pérdida de deseo sexual</u>	<b>Nunca padecido</b>	47,2%	16,7%	30,6%	5,6%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	22,2%	22,2%	33,3%	22,2%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	50%	0%	16,7%	33,3%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	37,5%	12,5%	12,5%	25%	12,5%
	<b>Repercusión máxima</b>	33,3%	33,3%	0%	0%	33,3%
	<b>NS/NC</b>	50%	0%	25%	0%	25%

% dentro de Pérdida de deseo sexual

Razón de verosimilitud: 0,148

- Disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales:

De todos los varones, el 44% no ha padecido esta complicación. El 17,33% tuvieron nulas o mínimas repercusiones. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales fue de importancia moderada para un 16%. El 10,67% tuvo repercusiones importantes, y un 6,67% valora esta complicación con repercusión máxima. (Gráfico 21)

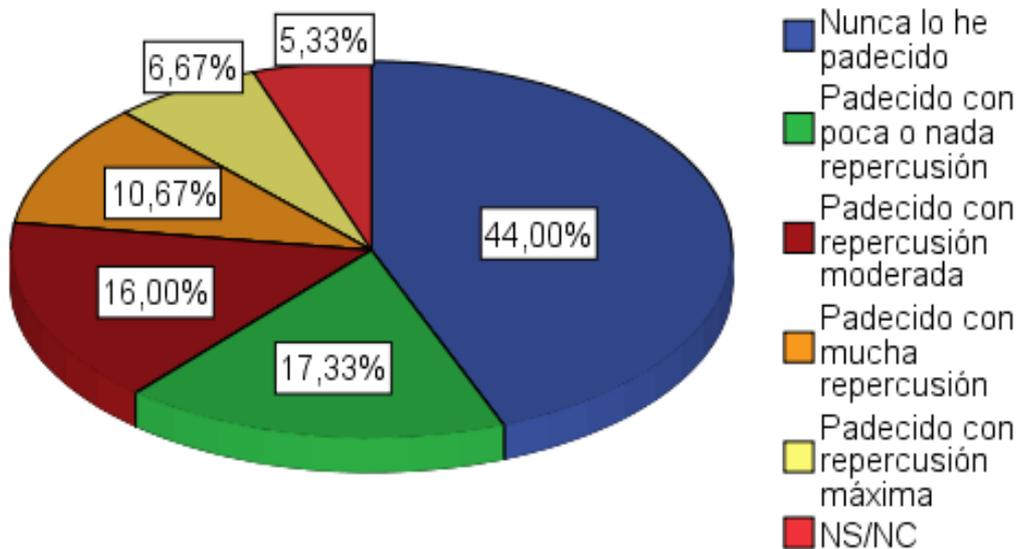


Gráfico 21. Repercusión de la disminución de la frecuencia en las relaciones sexuales

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía, y la disminución de las relaciones sexuales, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,330, 0,233 y 0,652 respectivamente. (Tabla 49)

Tabla 49. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Disminución de las relaciones sexuales (Cirugía solo muestra que padeció tumor colorrectal)

**Disminución de las relaciones sexuales**

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima	NS/NC
<b>Quimioterapia SÍ</b>	38,5%	17,3%	19,2%	9,6%	7,7%	7,7%
<b>Radioterapia SÍ</b>	33,3%	14,3%	28,6%	14,3%	9,5%	0%
<b>Cirugía SÍ</b>	36,4%	18,2%	20,5%	11,4%	9,1%	4,5%

% dentro de los tratamientos

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,330

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,233

**Razón de verosimilitud Cirugía:** 0,652

- Alteraciones en la eyaculación:

Esta complicación no estuvo presente en un 66,67%. Para un 10,67% de los varones encuestados, las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 8%, las consecuencias fueron valoradas como moderadas. La alteración en la eyaculación tuvo gran importancia para un 4%, y máxima para un 5,33%. (Gráfico 22)

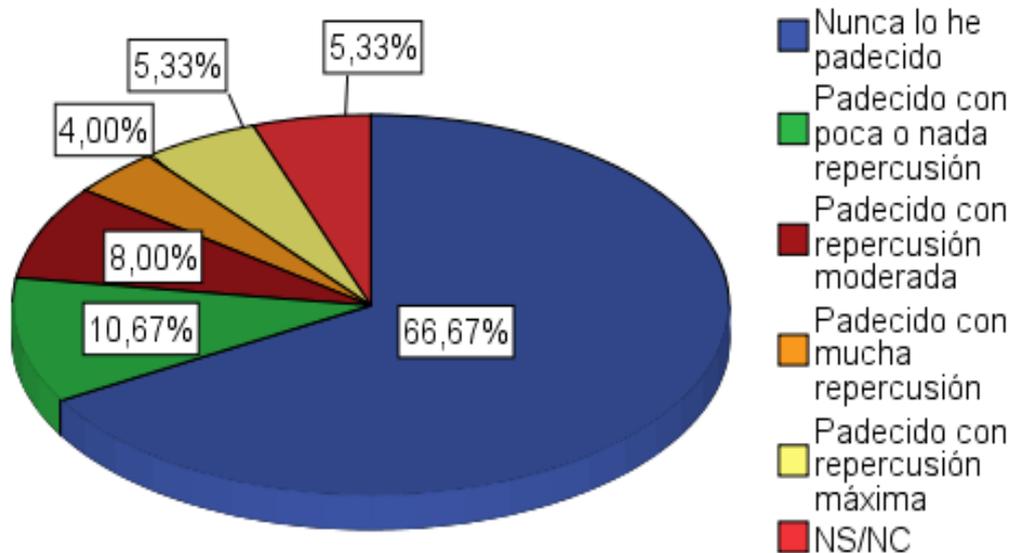


Gráfico 22. Repercusión de las alteraciones de la eyaculación

En lo referente a la relación estadística entre los que recibieron quimioterapia, radioterapia y cirugía, y alteraciones de la eyaculación, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,120, 0,073 y 0,966 respectivamente. (Tabla 50)

Tabla 50. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Disminución de las relaciones sexuales (Cirugía solo muestra que padeció tumor colorrectal)

**Alteraciones de la eyaculación**

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima	NS/NC
<b>Quimioterapia Sí</b>	59,6%	11,5%	11,5%	3,8%	5,8%	7,7%
<b>Radioterapia Sí</b>	57,1%	14,3%	19%	0%	9,5%	0%
<b>Cirugía Sí</b>	61,4%	13,6%	9,1%	4,5%	6,8%	4,5%

% dentro de los tratamientos

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,120

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,073

**Razón de verosimilitud Cirugía:** 0,966

**Solución de las complicaciones sexuales masculinas de forma general**

El 29,3% de los varones estudiados no tuvo ninguna complicación sexual que solucionar. El 70,7% padeció alguna repercusión sexual en mayor o menor medida. Dentro de éstos, el 51% acudió a un profesional sanitario para buscar ayuda, mientras que el 49% no acudió a ningún profesional por diferentes motivos. El 5,3% del total de los varones prefirió no responder a estas cuestiones.

De los varones que padecieron complicaciones sexuales, solo a un 30,6% se le solucionaron dichos problemas, mientras que a un 69,4% no.

De los varones que encontraron una solución, el 86,6% refiere la curación de las complicaciones en menos de un año. Al 6,7% se le solucionaron en un período comprendido entre uno y dos años. Y el 6,7% restante refiere una duración de más de dos años, de los problemas sexuales.

- **Complicaciones psicosociales inmediatas**

- Miedo a una recaída:

Esta complicación no estuvo presente en un 41,58%. Para un 6,6% de los pacientes encuestados, el miedo a una reaparición de la enfermedad fue mínima o nula. Para el 20,46% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. El miedo a una recaída tuvo gran importancia para un 20,46% y máxima para un 10,89%. (Gráfico 23)

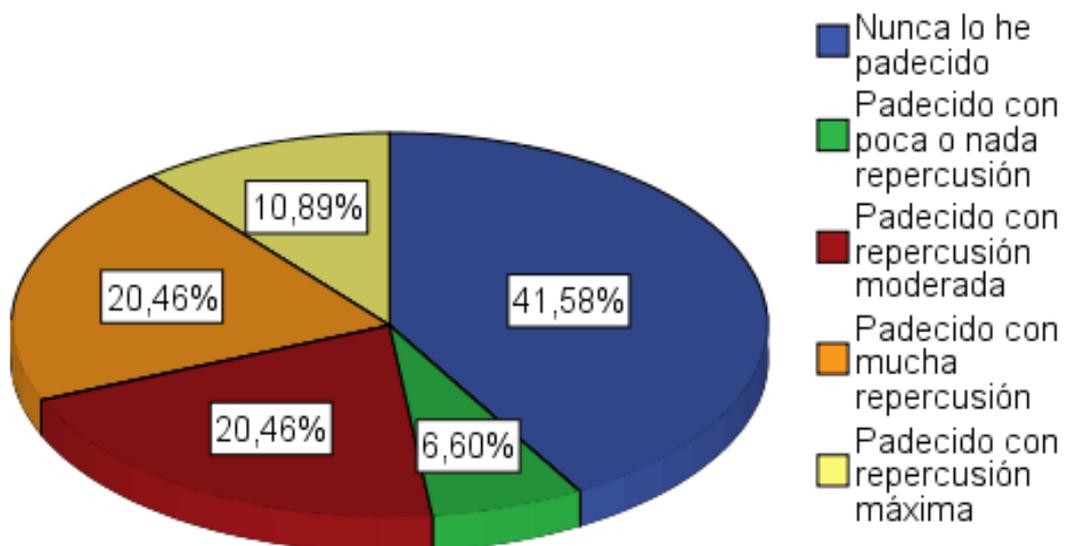


Gráfico 23. Repercusión del miedo a una recaída de la enfermedad

El miedo a una recaída de la enfermedad no estuvo presente en el 46,7% de los hombres estudiados, ni en el 39,9% de las mujeres. Un 2,7% de los varones y un 7,9% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con el miedo a la recaída. La repercusión moderada relacionada con esta complicación, estuvo presente en el 25,3% del sexo masculino, y en un 18,9% del sexo femenino. Un 17,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo ocurrió con un 21,5% de las mujeres. El miedo a una recaída de la enfermedad fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 8% de los hombres, y a un 11,8% de las mujeres. La razón de verosimilitudes obtuvo un valor de 0,212. (Tabla 51)

Tabla 51. Concepto: Miedo a una recaída de la enfermedad según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	46,7%	2,7%	25,3%	17,3%	8%
<b>Mujer</b>	39,9%	7,9%	18,9%	21,5%	11,8%

Razón de verosimilitud: 0,212

Entre las variables Miedo a la recaída y tipos de tumores (mama y colorrectal), la razón de verosimilitudes tiene un valor de 0,029. (Tabla 52)

Tabla 52. Concepto: tabla de contingencia “Miedo a recaída enfermedad/ tipos de tumores”

		<u>Tumores</u>	
		<b>Tumor de mama</b>	<b>Tumor colorrectal</b>
<u>Miedo a recaída</u>	<b>Nunca lo he padecido</b>	56%	44%
	<b>Padecido con poca/nada repercusión</b>	87,3%	16,7%
	<b>Padecido con repercusión moderada</b>	72%	28%
	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	74%	26%
	<b>Padecido con máxima repercusión</b>	78,3%	21,7%

% dentro de miedo a recaída

Razón de verosimilitud: 0,029

Entre “Miedo a recaída” y “Alteraciones corporales”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,015. (Tabla 53)

Tabla 53. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a recaída/ Alteraciones corporales

		<u>Alteraciones corporales</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	36,5%	23,8%	19,8%	12,7%	7,1%
	<b>Poca repercusión</b>	30%	20%	15%	15%	20%
<b><u>Miedo a recaída</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	29%	32,3%	21%	12,9%	4,8%
	<b>Mucha repercusión</b>	19,4%	12,9%	29%	21%	17,7%
	<b>Repercusión máxima</b>	18,2%	12,1%	21,2%	24,2%	24,2%

% dentro de Miedo a recaída  
**Razón de verosimilitud:** 0,015

Entre “Miedo a recaída” y “Cansancio”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,00.  
(Tabla 54)

Tabla 54. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a recaída/ Cansancio

		<u>Cansancio</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Nunca padecido</b>		38,1%	11,9%	23,8%	14,3%	11,1%
<b>Poca repercusión</b>		5%	15%	35%	25%	20%
<b><u>Miedo a recaída</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	27,4%	14,5%	29%	21%	8,1%
	<b>Mucha repercusión</b>	9,7%	11,3%	16,1%	35,5%	27,4%
	<b>Repercusión máxima</b>	21,2%	3%	18,2%	12,1%	45,5%

% dentro de Miedo a recaída  
**Razón de verosimilitud:** 0,00

Entre “Miedo a recaída” y “Alteraciones digestivas”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,067. (Tabla 55)

Tabla 55. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a recaída/ Alteraciones digestivas

		<u>Alteraciones digestivas</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<b>Nunca padecido</b>		44,4%	13,5%	19,8%	15,1%	7,1%
<b>Poca repercusión</b>		50%	10%	10%	15%	15%
<b><u>Miedo a recaída</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	41,9%	16,1%	22,6%	6,5%	12,9%
	<b>Mucha repercusión</b>	25,8%	8,1%	29%	16,1%	21%
	<b>Repercusión máxima</b>	30,3%	9,1%	15,2%	21,2%	24,2%

% dentro de Miedo a recaída

**Razón de verosimilitud:** 0,067

Entre “Miedo a recaída” y “Dolor”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,014.  
(Tabla 56)

Tabla 56. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a recaída/ Dolor

		<u>Dolor</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<b>Nunca padecido</b>		64,3%	19%	15,9%	0,8%	0%
<b>Poca repercusión</b>		55%	10%	35%	0%	0%
<b><u>Miedo a recaída</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	51,6%	25,8%	16,1%	4,8%	1,6%
	<b>Mucha repercusión</b>	50%	17,7%	25,8%	4,8%	1,6%
	<b>Repercusión máxima</b>	51,5%	9,1%	18,2%	18,2%	3%

% dentro de Miedo a recaída

**Razón de verosimilitud:** 0,014

- Miedo a los tratamientos:

Al 56,44% de los encuestados no les preocuparon los tratamientos. El 8,91% tuvo miedo con nulas o mínimas repercusiones. Los tratamientos fueron responsables de repercusiones de importancia moderada para un 15,51%. El 13,20% tuvo repercusiones importantes, y un 5,94% valora esta complicación con una repercusión máxima. (Gráfico 24)

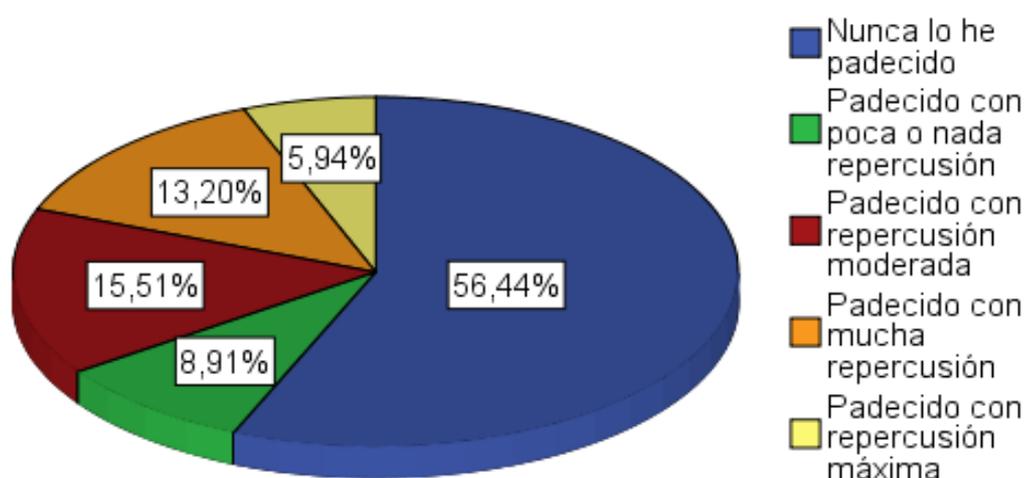


Gráfico 24. Repercusión del miedo a los tratamientos

El miedo a los tratamientos no estuvo presente en el 69,3% de los hombres estudiados, ni el 52,2% de las mujeres. Un 10,7% de los varones y un 8,3% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 9,3% del sexo masculino, y en un 17,5% del sexo femenino. Un 9,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo ocurrió con un 14,5% de las mujeres. El miedo a los tratamientos fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 1,3% de los hombres, y a un 7,5% de las mujeres. La razón de verosimilitudes obtuvo un valor de 0,019, para las variables “sexo” y “miedo a los tratamientos”. (Tabla 57)

Tabla 57. Concepto: Miedo a los tratamientos según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	69,3%	10,7%	9,3%	9,3%	1,3%
<b>Mujer</b>	52,2%	8,3%	17,5%	14,5%	7,5%

Razón de verosimilitud: 0,019

Con respecto a la relación estadística de miedo a tratamientos y los distintos tratamientos administrados, se observan los siguientes resultados:

Quimioterapia: el 52,2% que recibió este tratamiento no padeció miedo. El 9,5% sí tuvo miedo con poca o nada repercusión. La repercusión moderada estuvo presente en el 15,9% de los que recibieron quimioterapia. El miedo a los tratamientos fue con mucha repercusión en el 15,1% de los que recibieron terapia quimioterápica, y un 7,3% tuvo máxima repercusión. La relación estadística entre miedo a los tratamientos y pacientes que recibieron quimioterapia, obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,028.

Radioterapia: el 50,3% que recibió este tratamiento no padeció miedo. El 10,9% sí tuvo miedo con poca o nada repercusión. La repercusión moderada estuvo presente en el 17% de los que recibieron radioterapia. El miedo a los tratamientos fue con mucha repercusión en el 14,3% de los que recibieron radioterapia, y un 7,5% de los mismos, sufrió máxima repercusión. La relación estadística entre miedo a los tratamientos y pacientes que recibieron radioterapia, obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,292.

Quirúrgico: el 56,1% que recibió este tratamiento no padeció miedo. El 9% sí que tuvo miedo con poca o nada repercusión. La repercusión moderada estuvo presente en el 15,6% de los que recibieron tratamiento quirúrgico. El miedo a los tratamientos, fue con mucha repercusión en el 13,3% de los que fueron operados, y el 6% tuvo máxima repercusión. La relación estadística entre miedo a los tratamientos y pacientes que recibieron cirugía, obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,681. (Tabla 58)

Tabla 58. Concepto: tabla de contingencia “Miedo a los tratamientos/ Tratamientos”

		<u>TRATAMIENTOS</u>		
		Quimioterapia	Radioterapia	Quirúrgico
<u>Miedo a tratamientos</u>	Nunca lo he padecido	52,2%	50,3%	56,1%
	Poca repercusión	9,5%	10,9%	9%
	Repercusión moderada	15,9%	17%	15,6%
	Mucha repercusión	15,1%	14,3%	13,3%
	Repercusión máxima	7,3%	7,5%	6%

% dentro de los tipos de tratamientos

Razón de verosimilitud Quimioterapia: 0,028

Razón de verosimilitud Radioterapia: 0,292

Razón de verosimilitud Quirúrgico: 0,681

Para los casos de la muestra que tuvieron quimioterapia, el valor de la razón de verosimilitudes para “Miedo a los tratamientos” y “Alteraciones corporales” es de  $p=0,00$ . (Tabla 59)

Tabla 59. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a los tratamientos/ Alteraciones corporales (Casos que recibieron quimioterapia)

		<u>Alteraciones corporales</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Miedo a los tratamientos</u>	Nunca padecido	29,8%	25,6%	25,6%	14%	5%
	Poca repercusión	27,3%	18,2%	22,7%	22,7%	9,1%
	Repercusión moderada	16,2%	29,7%	24,3%	13,5%	16,2%
	Mucha repercusión	17,1%	17,1%	11,4%	20%	34,3%
	Repercusión máxima	5,9%	5,9%	11,8%	35,3%	41,2%

% dentro de Miedo a los tratamientos

Razón de verosimilitud: 0,00

Para los casos que padecieron cáncer de mama, el valor de p para la relación “Miedo a los tratamientos” y “Alteraciones corporales” es de  $p=0,005$ . (Tabla 60)

Tabla 60. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a los tratamientos/ Alteraciones corporales (Exclusivamente casos de cáncer de mama)

		<u>Alteraciones corporales</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Miedo a tratamientos</u>	Nunca padecido	18,1%	31,3%	27,7%	15,7%	7,2%
	Poca repercusión	23,1%	23,1%	23,1%	30,8%	0%
	Repercusión moderada	14,3%	21,4%	32,1%	10,7%	21,4%
	Mucha repercusión	8,3%	20,8%	16,7%	25%	29,2%
	Repercusión máxima	0%	7,1%	14,3%	28,6%	50%

% dentro de Miedo a los tratamientos

**Razón de verosimilitud:** 0,005

- Miedo a depender de los demás:

El 69,64% de los encuestados no lo padecieron. Un 7,26% de los encuestados ha padecido esta repercusión con poca o nula importancia. El 12,21% las ha padecido con repercusión moderada en su vida diaria, un 4,29% con una repercusión importante, y un 6,6% sufrió dificultades máximas en su vida diaria. (Gráfico 25)

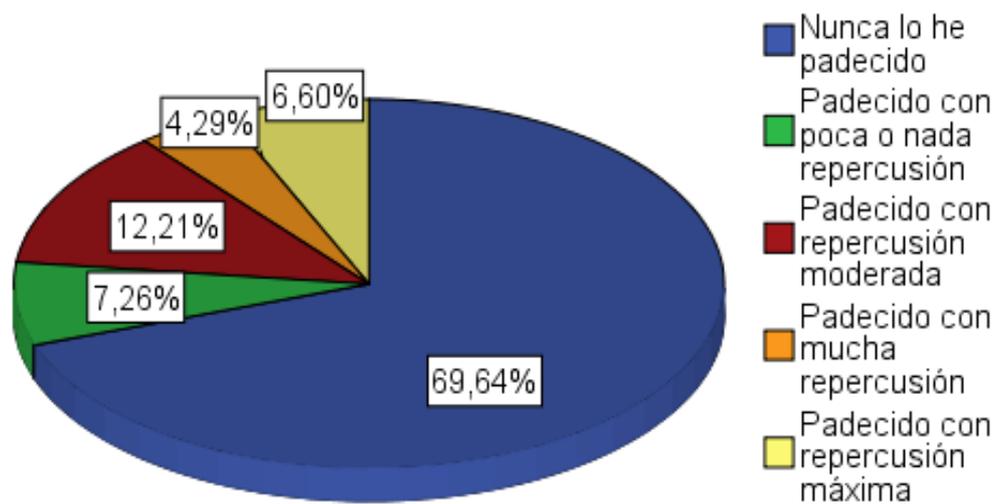


Gráfico 25. Repercusión del miedo a depender de los demás

El miedo a depender de los demás no estuvo presente en el 76% de los hombres estudiados, ni el 67,5% de las mujeres. Un 8% de los varones y un 7% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 12% del sexo masculino, y en un 12,3% del sexo femenino. Ningún hombre vio restringida parcialmente su vida cotidiana, en cambio sí le ocurrió a un 5,7% de las mujeres. El miedo a depender de los demás fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 4% de los hombres, y a un 7,5% de las mujeres. La razón de verosimilitudes obtuvo un valor de 0,057. (Tabla 61)

Tabla 61. Concepto: Miedo a depender de los demás según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	76%	8%	12%	0%	4%
<b>Mujer</b>	67,5%	7%	12,3%	5,7%	7,5%

Razón de verosimilitud: 0,057

Entre las variables “Miedo a depender de los demás” y “alteraciones corporales”, se obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,01. (Tabla 62)

Tabla 62. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a depender de los demás/ Alteraciones corporales

		<u>Alteraciones corporales</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Miedo a depender de los demás</u>	<b>Nunca padecido</b>	30,8%	23,2%	24,6%	10,9%	10,4%
	<b>Poca repercusión</b>	36,4%	18,2%	13,6%	27,3%	4,5%
	<b>Repercusión moderada</b>	32,4%	8,1%	18,9%	27%	13,5%
	<b>Mucha repercusión</b>	7,7%	30,8%	23,1%	23,1%	15,4%
	<b>Repercusión máxima</b>	10%	30%	5%	30%	25%

% dentro de Miedo a depender de los demás

Razón de verosimilitud: 0,01

Entre las variables “Miedo a depender de los demás” y “cansancio”, se obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,02. (Tabla 63)

Tabla 63. Concepto: Tabla de contingencia Miedo a depender de los demás/ cansancio

		<u>Cansancio</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Miedo a depender de los demás</u>	Nunca padecido	32,7%	10,4%	24,2%	17,1%	15,2%
	Poca repercusión	13,6%	18,2%	31,8%	22,7%	13,6%
	Repercusión moderada	16,2%	13,5%	24,3%	29,7%	16,2%
	Mucha repercusión	7,7%	7,7%	7,7%	53,8%	23,1%
	Repercusión máxima	0%	15%	15%	15%	55%

% dentro de Miedo a depender de los demás

Razón de verosimilitud: 0,02

- Alteración de la autoestima:

El 69,31% no ha padecido esta complicación. El 7,26% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados, el 13,53% sufrió consecuencias moderadas viendo su vida diaria algo limitada. Un 5,28% vio limitada su vida de forma importante, mientras que el 4,62% sufrió alteración de la autoestima con consecuencias máximas. (Tabla 26)

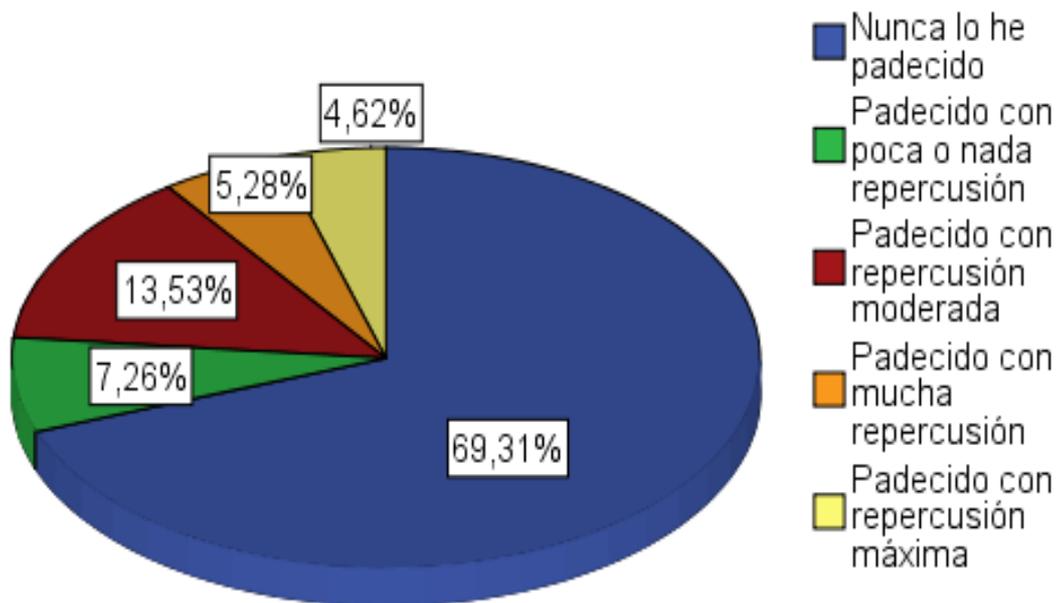


Gráfico 26. Repercusión de la alteración de la autoestima

La alteración de la autoestima no estuvo presente en el 76% de los hombres estudiados, ni el 67,1% de las mujeres. Un 12% de los varones y un 5,7% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 9,3% del sexo masculino, y en un 14,9% del sexo femenino. El 1,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 6,6% de las mujeres. La alteración de la autoestima fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 1,3% de los hombres, y a un 5,7% de las mujeres. La relación entre el sexo y la alteración de la autoestima obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,02. (Tabla 64)

Tabla 64. Concepto: Alteración de la autoestima según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	76%	12%	9,3%	1,3%	1,3%
<b>Mujer</b>	67,1%	5,7%	14,9%	6,6%	5,7%

Razón de verosimilitud: 0,02

Entre las variables “alteraciones corporales” y “alteraciones de la autoestima”, se obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,00. (Tabla 65)

Tabla 65. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones corporales/Alteraciones de la autoestima

		<u>Alteraciones de la autoestima</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	84,1%	3,4%	9,1%	0%	3,4%
	<b>Poca repercusión</b>	80,3%	6,1%	9,1%	3%	1,5%
<u>Alteraciones corporales</u>	<b>Repercusión moderada</b>	74,2%	10,6%	10,6%	1,5%	3%
	<b>Mucha repercusión</b>	39,6%	10,4%	25%	18,8%	6,2%
	<b>Repercusión máxima</b>	42,9%	8,6%	22,9%	11,4%	14,3%

% dentro de Alteraciones corporales

Razón de verosimilitud: 0,00

- Inseguridad en sitios públicos:

El 68,32% de los encuestados no se sintió intimidado en este marco de acción. De los encuestados, el 4,29% sí padeció inseguridad, pero no tuvo consecuencias en su vida o si las tuvo, fueron mínimas. Para el 15,18% estas repercusiones fueron moderadas. En cambio, un 9,24%, las valora como importantes, y un 2,97% como máximas, causándoles problemas para salir a la calle, a la playa, o cualquier evento con mucha afluencia de gente. (Gráfico 27)

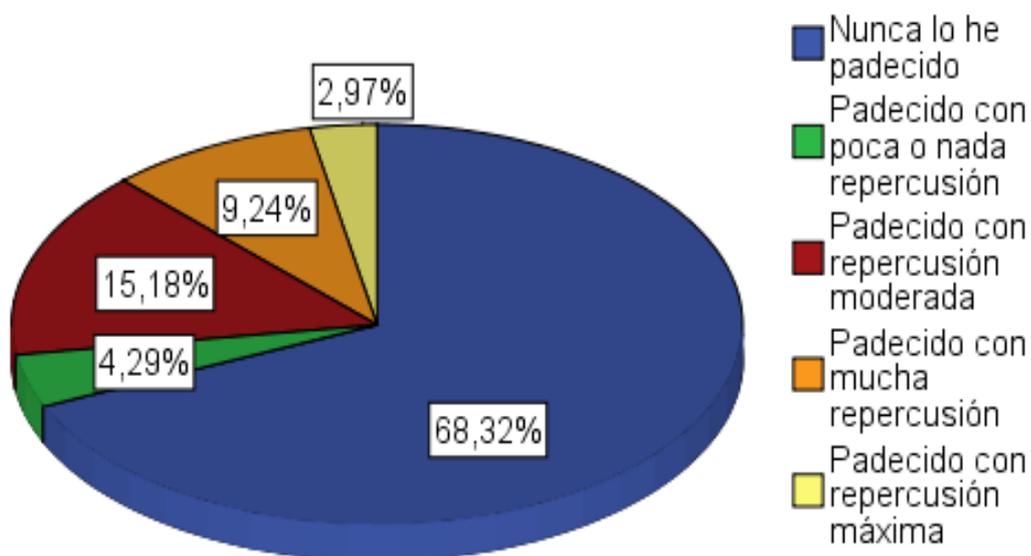


Gráfico 27. Repercusión de la inseguridad en sitios públicos

La inseguridad en sitios públicos no estuvo presente en el 76% de los hombres estudiados, ni el 65,8% de las mujeres. Un 4% de los varones y un 4,4% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 13,3% del sexo masculino, y en un 15,8% del sexo femenino. El 4% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 11% de las mujeres. La inseguridad en sitios públicos fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 2,7% de los hombres, y a un 3,1% de las mujeres. La razón de verosimilitudes para el sexo y la inseguridad en sitios públicos es de 0,325. (Tabla 66)

Tabla 66. Concepto: Inseguridad en sitios públicos según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	76%	4%	13,3%	4%	2,7%
<b>Mujer</b>	65,8%	4,4%	15,8%	11%	3,1%

Razón de verosimilitud: 0,325

Entre las variables “alteraciones corporales” e “inseguridad en sitios públicos”, se obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,005. (Tabla 67)

Tabla 67. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones corporales/Inseguridad en sitios públicos

		<u>Inseguridad en sitios públicos</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	75%	3,4%	13,6%	6,8%	1,1%
	<b>Poca repercusión</b>	75,8%	6,1%	12,1%	3%	3%
<b><u>Alteraciones corporales</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	74,2%	0%	16,7%	9,1%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	45,8%	6,2%	22,9%	18,8%	6,2%
	<b>Padecido con repercusión máxima</b>	57,1%	8,6%	11,4%	14,3%	8,6%

% dentro de Alteraciones corporales

Razón de verosimilitud: 0,005

Entre “Alteración de la autoestima” e “Inseguridad en sitios públicos”, el parámetro razón de verosimilitudes es de 0,001. (Tabla 68)

Tabla 68. Concepto: Tabla de contingencia Alteración de la autoestima /Inseguridad en sitios públicos

		<u>Inseguridad en sitios públicos</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteración de la autoestima</u>	<b>Nunca padecido</b>	76,2%	3,3%	13,8%	5,7%	1%
	<b>Poca repercusión</b>	63,6%	4,5%	18,2%	9,1%	4,5%
	<b>Repercusión moderada</b>	46,3%	7,3%	24,4%	19,5%	2,4%
	<b>Mucha repercusión</b>	31,2%	6,2%	12,5%	31,2%	18,8%
	<b>Repercusión máxima</b>	64,3%	7,1%	7,1%	7,1%	14,3%

% dentro de Alteración de la autoestima

Razón de verosimilitud: 0,001

- Miedo al futuro:

De todos los encuestados el 70,63% no padeció esta complicación psicosocial. El 11,22% de los estudiados refiere padecerla sin repercusiones significativas. Un 11,88% tuvo repercusiones moderadas, mientras que el 3,96% las padeció de forma importante y de un modo máximo el 2,31%, viendo su ámbito social muy alterado y limitado. (Gráfico 28)

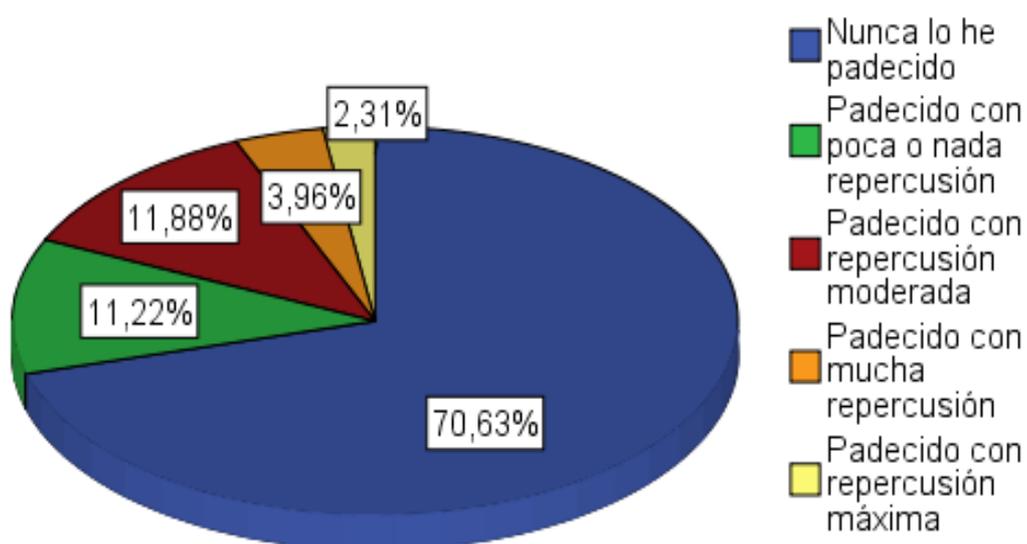


Gráfico 28. Repercusión del miedo al futuro

El miedo al futuro no estuvo presente en el 76% de los hombres estudiados, ni el 68,9% de las mujeres. Un 5,3% de los varones y un 13,2% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 16% del sexo masculino, y en un 10,5% del sexo femenino. Ninguno de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, en cambio, un 5,3% de las mujeres sí vio su vida limitada. El miedo al futuro fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 2,7% de los hombres, y a un 2,2% de las mujeres. La razón de verosimilitudes para esta fobia y el sexo es de 0,016. (Tabla 69)

Tabla 69. Concepto: Miedo al futuro según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	76%	5,3%	16%	0%	2,7%
<b>Mujer</b>	68,9%	13,2%	10,5%	5,3%	2,2%

**Razón de verosimilitud:** 0,016

Entre “Miedo al futuro” y “Miedo a recaída”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,00. (Tabla 70)

Tabla 70. Concepto: Tabla de contingencia Miedo al futuro/ Miedo a recaída

		<u>Miedo a recaída</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Miedo al futuro</u>	Nunca padecido	52,3%	7,5%	17,8%	14%	8,4%
	Poca repercusión	20,6%	5,9%	35,3%	26,5%	11,8%
	Repercusión moderada	13,9%	5,6%	25%	50%	5,6%
	Mucha repercusión	8,3%	0%	16,7%	33,3%	41,7%
	Repercusión máxima	14,3%	0%	14,3%	14,3%	57,1%

% dentro de Miedo a recaída  
Razón de verosimilitud: 0,00

- Dificultad para hacer planes futuros:

El 73,93% de todos los encuestados no tuvo ninguna dificultad de este tipo. Un 9,57% tuvo repercusiones leves o inexistentes. De los sujetos estudiados, el 9,24% valoró como moderadas las consecuencias de esta complicación. El 5,61% vio limitada su vida debido a las severas repercusiones, mientras el 1,65% valora las consecuencias como máximas. (Tabla 29)

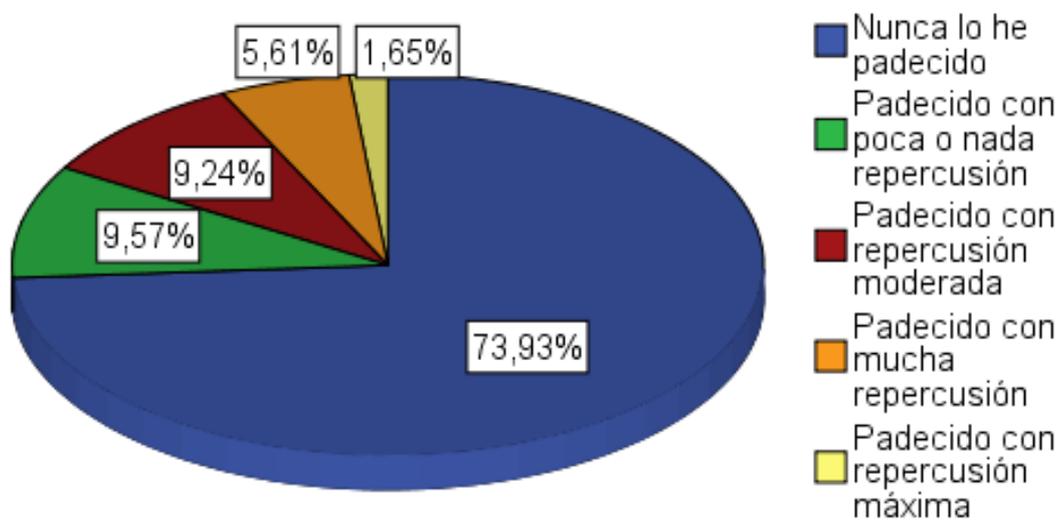


Gráfico 29. Repercusión de la dificultad para hacer planes futuros

La dificultad para hacer planes futuros no estuvo presente en el 78,7% de los hombres estudiados, ni en el 72,4% de las mujeres. Un 8% de los varones y un 10,1% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 10,7% del sexo masculino y en un 8,8% del sexo femenino. El 1,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 7% de las mujeres. La dificultad para hacer planes futuros fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 1,3% de los hombres, y a un 1,8% de las mujeres. La razón de verosimilitudes para el sexo y la dificultad para hacer planes futuros, obtuvo un valor de 0,274. (Tabla 71)

Tabla 71. Concepto: Dificultad para hacer planes futuros según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	78,7%	8%	10,7%	1,3%	1,3%
<b>Mujer</b>	72,4%	10,1%	8,8%	7%	1,8%

Razón de verosimilitud: 0,274

Entre “Dificultad para hacer planes futuros” y “Miedo a recaída”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,00. (Tabla 72)

Tabla 72. Concepto: Tabla de contingencia Dificultad para hacer planes futuros/ Miedo a recaída

**Miedo a recaída**

		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b><u>Dificultad para hacer planes futuros</u></b>	<b>Nunca padecido</b>	51,3%	6,7%	19,2%	14,7%	8%
	<b>Poca repercusión</b>	10,3%	13,8%	24,1%	37,9%	13,8%
	<b>Repercusión moderada</b>	21,4%	3,6%	32,1%	35,7%	7,1%
	<b>Mucha repercusión</b>	5,9%	0%	11,8%	47,1%	35,3%
	<b>Repercusión máxima</b>	20%	0%	20%	0%	60%

% dentro de Miedo a recaída  
**Razón de verosimilitud:** 0,00

- Alteración de las relaciones familiares:

Esta complicación no estuvo presente en el 82,84%. Un 6,27% valora este ítem con una repercusión nula/mínima. De los encuestados el 7,59% sufrió alteración de las relaciones de ámbito familiar con consecuencias moderadas. El 3,3% valora dichas consecuencias como importantes. (Gráfico 30)

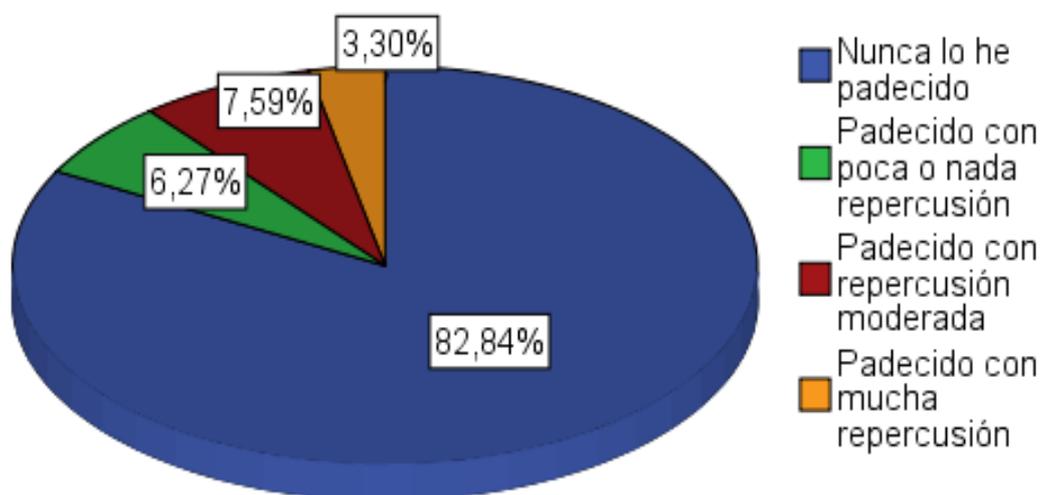


Gráfico 30. Repercusión de la alteración de las relaciones familiares

La alteración de las relaciones familiares no estuvo presente en el 82,7% de los hombres estudiados, ni el 82,9% de las mujeres. Un 6,7% de los varones y un 6,1% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 5,3% del sexo masculino y en el 8,3% del sexo femenino. El 5,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 2,6% de las mujeres. Ningún hombre ni mujer encuestado tuvo repercusiones máximas causadas por las alteraciones en las relaciones familiares. La razón de verosimilitudes para el sexo y las alteraciones en las relaciones familiares es de 0,600. (Tabla 73)

Tabla 73. Concepto: Alteración de las relaciones familiares según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	82,7%	6,7%	5,3%	5,3%	0%
<b>Mujer</b>	82,9%	6,1%	8,3%	2,6%	0%

Razón de verosimilitud: 0,600

Entre “alteraciones familiares” y “Ansiedad”, el parámetro razón de verosimilitudes tiene un valor de 0,008. (Tabla 74)

Tabla 74. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones familiares/ Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones familiares</u>	<b>Nunca padecido</b>	84,1%	4,8%	8%	3,2%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	57,9%	21,1%	15,8%	5,3%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	52,2	8,7%	30,4%	8,7%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	60%	10%	10%	10%	10%
	<b>Repercusión máxima</b>	79,2%	6,3%	10,2%	4%	0,3%

% dentro de alteraciones familiares

Razón de verosimilitud: 0,008

Entre “alteraciones familiares” y “Depresión”, el parámetro razón de verosimilitudes tiene un valor de 0,011. (Tabla 75)

Tabla 75. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones familiares/Depresión

		<u>Depresión</u>				
		Nunca padecido	Nunca padecido	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Alteraciones familiares</u>	Nunca padecido	80,9%	3,2%	10,4%	5,2%	0,4%
	Poca repercusión	63,2%	10,5%	26,3%	0%	0%
	Repercusión moderada	43,5%	8,7%	21,7%	26,1%	0%
	Mucha repercusión	80%	0%	20%	0%	0%
	Repercusión máxima	76,9%	4%	12,5%	6,3%	0,3%

% dentro de Miedo a depender de los demás  
Razón de verosimilitud: 0,011

- Alteración de las relaciones de pareja:

Un 4,95% padeció esta complicación con consecuencias leves o inexistentes. Un 4,95% valora las repercusiones como moderadas. De todos los encuestados, el 2,64% vio limitada su relación de pareja debido a consecuencias de gran importancia. De todos los encuestados el 87,46% no padeció esta complicación. (Gráfico 31)

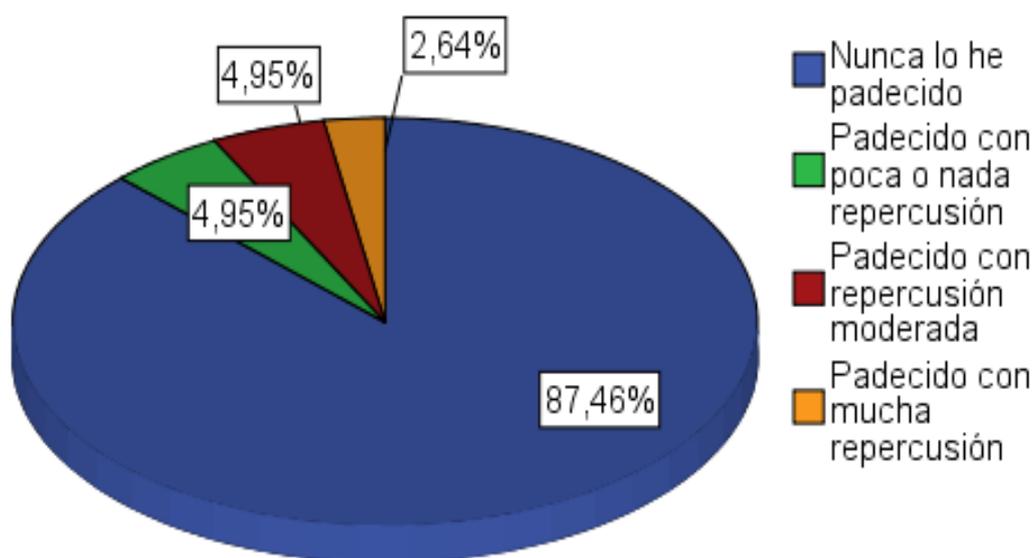


Gráfico 31. Repercusión de la alteración de las relaciones de pareja

La alteración de las relaciones de pareja no estuvo presente en el 86,7% de los hombres estudiados, ni en el 87,7% de las mujeres. Un 4% de los varones y un 5,3% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 4% del sexo masculino, y en un 5,3% del sexo femenino. El 5,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 1,8% de las mujeres. Esta alteración no fue padecida con repercusión máxima. La razón de verosimilitudes para el sexo y las alteraciones en las relaciones de pareja obtuvo un valor de 0,433. (Tabla 76)

Tabla 76. Concepto: Alteración de las relaciones de pareja según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	86,7%	4%	4%	5,3%	0%
<b>Mujer</b>	87,7%	5,3%	5,3%	1,8%	0%

Razón de verosimilitud: 0,433

Entre “alteraciones corporales” y “Alteración en las relaciones de pareja”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,046. (Tabla 77)

Tabla 77. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones corporales/Alteración en las relaciones de pareja

		<u>Alteración en relaciones de pareja</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	92%	3,4%	2,3%	2,3%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	84,8%	6,1%	4,5%	4,5%	0%
<b><u>Alteraciones corporales</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	95,5%	1,5%	3%	0%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	70,8%	10,4%	12,5%	6,2%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	88,6%	5,7%	5,7%	0%	0%

% dentro de Alteraciones corporales

**Razón de verosimilitud:** 0,046

Entre “Cansancio” y “Alteración de relaciones de pareja”, el parámetro razón de verosimilitudes es de 0,029. (Tabla 78)

Tabla 78. Concepto: Tabla de contingencia Cansancio/ Alteraciones relaciones de pareja

		<u>Alteración de las relaciones de pareja</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Cansancio</u>	Nunca padecido	97,5%	2,5%	0%	0%	0%
	Poca repercusión	82,9%	5,7%	2,9%	8,6%	0%
	Repercusión moderada	81,7%	9,9%	7%	1,4%	0%
	Mucha repercusión	83,9%	4,8%	9,7%	1,6%	0%
	Repercusión máxima	87,3%	1,8%	5,5%	5,5%	0%
NS/NC		100%	0%	0%	0%	0%

% dentro de Cansancio

Razón de verosimilitud: 0,029

En lo referente a la relación estadística entre sequedad vaginal y alteraciones en las relaciones de pareja, la razón de verosimilitudes es de 0,888. (Tabla 79)

Tabla 79. Concepto: tabla de contingencia “Sequedad vaginal/ alteraciones de las relaciones de pareja”

		<u>Alteraciones relaciones de pareja</u>			
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>
	<b>Nunca lo he padecido</b>	87,2%	4,3%	6,8%	1,7%
	<b>Poca repercusión</b>	92,3%	0%	7,7%	0%
<b><u>Sequedad vaginal</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	88,6%	9,1%	2,3%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	87%	4,3%	4,3%	4,3%
	<b>Repercusión máxima</b>	85,2%	7,4%	3,7%	3,7%
	<b>NS/NC</b>	100%	0%	0%	0%

% dentro de sequedad vaginal

**Razón de verosimilitud:** 0,888

En lo referente a la relación estadística entre dolor en el coito y las alteraciones en las relaciones de pareja, la razón de verosimilitudes es de 0,108. (Tabla 80)

Tabla 80. Concepto: tabla de contingencia “Dolor coito/ alteraciones de las relaciones de pareja”

		<b>Alteraciones relaciones de pareja</b>			
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>
	<b>Nunca padecido</b>	90,3%	2,8%	5,7%	1,1%
	<b>Poca repercusión</b>	75%	12,5%	6,3%	6,3%
<b><u>Dolor coito</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	93,8%	6,3%	0%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	66,7%	0%	16,7%	16,7%
	<b>Repercusión máxima</b>	70%	30%	0%	0%
	<b>NS/NC</b>	75%	25%	0%	0%

% dentro de dolor coito

**Razón de verosimilitud:** 0,108

En lo referente a la relación estadística entre disfunción eréctil y las alteraciones en las relaciones de pareja, la razón de verosimilitudes es de 0,260. (Tabla 81)

Tabla 81. Concepto: tabla de contingencia “Disfunción eréctil / alteraciones de las relaciones de pareja”

		<b>Alteraciones relaciones de pareja</b>			
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>
<b><u>Disfunción eréctil</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	95%	2,5%	0%	2,5%
	<b>Poca repercusión</b>	80%	0%	20%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	80%	10%	10%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	76,9%	7,7%	0%	15,4%
	<b>Repercusión máxima</b>	66,7%	0%	33,3%	0%
	<b>NS/NC</b>	75%	0%	0%	25%

% dentro de disfunción eréctil

**Razón de verosimilitud:** 0,260

Entre “alteraciones relaciones de pareja” y “Ansiedad”, el parámetro razón de verosimilitudes tiene un valor de 0,004. (Tabla 82)

Tabla 82. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones de pareja/ Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones relaciones de pareja</u>	<b>Nunca padecido</b>	83,4%	4,9%	8,3%	3,4%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	66,7%	13,3%	20%	0%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	40%	20%	26,7%	13,3%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	37,5%	12,5%	25%	12,5%	12,5%
	<b>Repercusión máxima</b>	79,2%	6,3%	10,2%	4%	0,3%

% dentro de alteraciones relaciones de pareja

Razón de verosimilitud: 0,004

Entre “alteraciones relaciones de pareja” y “Depresión”, el parámetro razón de verosimilitudes tiene un valor de 0,054. (Tabla 83)

Tabla 83. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones relaciones de pareja/Depresión

		<u>Depresión</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones relaciones de pareja</u>	<b>Nunca padecido</b>	80,8%	3%	10,2%	5,7%	0,4%
	<b>Poca repercusión</b>	60%	6,7%	26,7%	6,7%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	40%	13,3%	26,7%	20%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	50%	12,5%	37,5%	0%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	76,9%	4%	12,5%	6,3%	0,3%

% dentro de alteraciones relaciones de pareja

Razón de verosimilitud: 0,054

- Ansiedad:

De todos los encuestados, un 79,21% no padeció ansiedad durante el tratamiento o de forma inmediata. Un 6,27% tuvo esta complicación con repercusiones nulas o leves. Las consecuencias derivadas de la ansiedad fueron valoradas como moderadas por un 10,23%. Un 3,96% sufrieron repercusiones importantes en su vida cotidiana, mientras que para un 0,33% fueron máximas, afectándoles en campos de su vida, como el social o el laboral. (Gráfico 32)

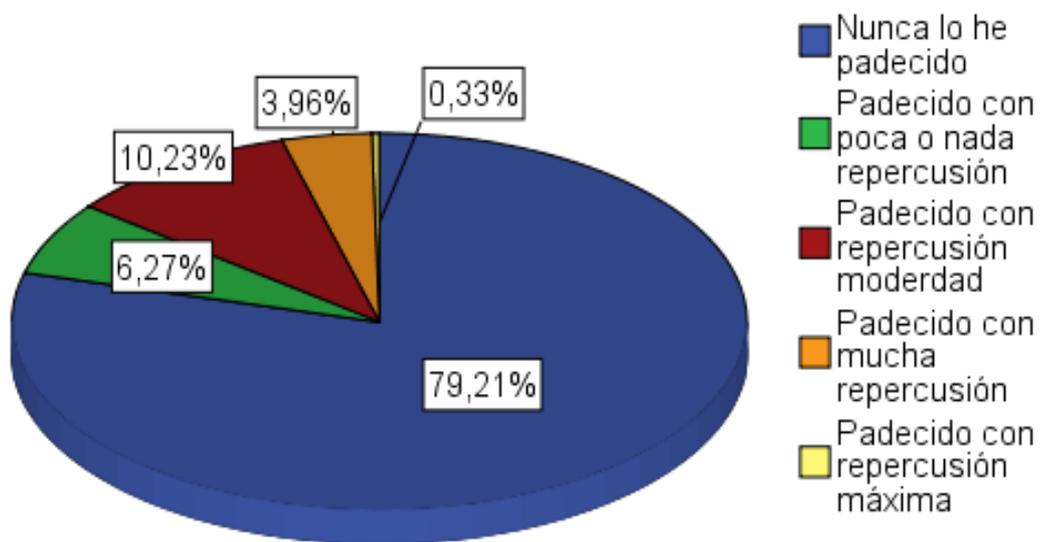


Gráfico 32. Repercusión de la ansiedad

La ansiedad no estuvo presente en el 81,3% de los hombres estudiados, ni el 78,5% de las mujeres. Un 12% de los varones y un 4,4% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 4% del sexo masculino, y en un 12,3% del sexo femenino. El 1,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 4,8% de las mujeres. La ansiedad fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 1,3% de los hombres, pero a ninguna mujer. La relación entre ansiedad y el sexo obtuvo un valor para la razón de verosimilitudes de 0,07. (Tabla 84)

Tabla 84. Concepto: Ansiedad según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	81,3%	12%	4%	1,3%	1,3%
<b>Mujer</b>	78,5%	4,4%	12,3%	4,8%	0%

Razón de verosimilitud: 0,07

Entre “alteraciones corporales” y “Ansiedad”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,038. (Tabla 85)

Tabla 85. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones corporales/Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>				
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<u>Alteraciones corporales</u>	Nunca padecido	84,1%	6,8%	5,7%	3,4%	0%
	Poca repercusión	83,3%	7,6%	7,6%	0%	1,5%
	Repercusión moderada	83,3%	4,5%	9,1%	3%	0%
	Mucha repercusión	64,6%	10,4%	18,8%	6,2%	0%
	Repercusión máxima	71,4%	0%	17,1%	11,4%	0%

Razón de verosimilitud: 0,038

Entre “Cansancio” y “Ansiedad”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,002. (Tabla 86)

Tabla 86. Concepto: Tabla de contingencia Cansancio/Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Cansancio</u>	<b>Nunca padecido</b>	93,7%	2,5%	1,3%	2,5%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	82,9%	11,4%	5,7%	0%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	83,1%	2,8%	11,3%	2,8%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	74,2%	11,3%	9,7%	4,8%	0%
	<b>Rpercusión máxima</b>	56,4%	7,3%	25,5%	9,1%	1,8%
	<b>Ns/nc</b>	100%	0%	0%	0%	0%

% dentro de Cansancio

Razón de verosimilitud: 0,002

Entre “Alteraciones digestivas” y “Ansiedad”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,019. (Tabla 87)

Tabla 87. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones digestivas/Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones digestivas</u>	<b>Nunca padecido</b>	89,8%	3,4%	5,9%	0,8%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	81,1%	10,8%	8,1%	0%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	78,1%	6,2%	9,4%	6,2%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	67,4%	7%	16,3%	7%	2,3%
	<b>Repercusión máxima</b>	61%	9,8%	19,5%	9,8%	0%

% dentro de Alteraciones digestivas

Razón de verosimilitud: 0,019

- Depresión:

Esta complicación no estuvo presente en el 76,9%. Un 3,96% valoran la repercusión como nula/mínima. De los encuestados, el 12,54% sufrió depresión con consecuencias moderadas en su vida. El 6,27% valora dichas consecuencias como importantes, y un 0,33% las consideró máximas, con repercusiones muy limitantes en su vida social o familiar. (Gráfico 33)

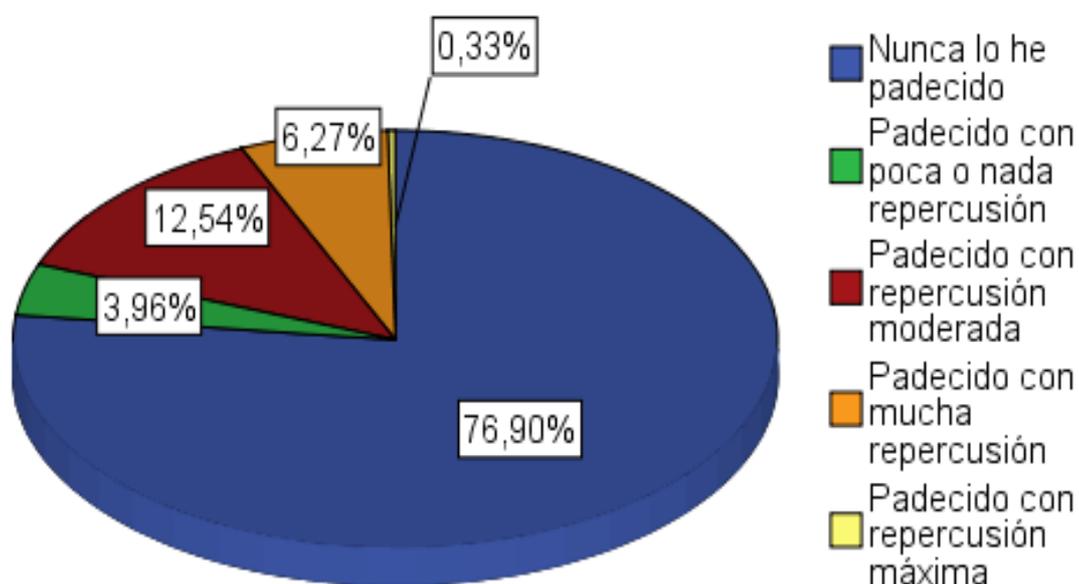


Gráfico 33. Repercusión de la depresión

La depresión no estuvo presente en el 86,7% de los hombres estudiados, ni el 73,3% de las mujeres. Un 5,3% de los varones y un 3,5% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 5,3% del sexo masculino, y en un 14,9% del sexo femenino. El 2,7% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 7,5% de las mujeres. La depresión de repercusión máxima afectó solo a un 0,4% de las mujeres. La relación entre depresión y sexo obtuvo una razón de verosimilitudes de 0,047. (Tabla 88)

Tabla 88. Concepto: Depresión según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	86,7%	5,3%	5,3%	2,7%	0%
<b>Mujer</b>	73,7%	3,5%	14,9%	7,5%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,047

Entre “alteraciones corporales” y “Depresión”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,002. (Tabla 89)

Tabla 89. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones corporales/Depresión

		<u>Depresión</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones corporales</u>	<b>Nunca padecido</b>	86,4%	4,5%	4,5%	4,5%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	84,8%	1,5%	10,6%	3%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	83,3%	1,5%	12,1%	3%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	54,2%	8,3%	22,9%	14,6%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	57,1%	5,7%	22,9%	11,4%	2,9%

% dentro de Alteraciones corporales

Razón de verosimilitud: 0,002

Entre “Cansancio” y “Depresión”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,001.  
(Tabla 90)

Tabla 90. Concepto: Tabla de contingencia Cansancio/Depresión

		<u>Depresión</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Cansancio</u>	<b>Nunca padecido</b>	84,8%	1,3%	6,3%	7,6%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	68,6%	8,6%	20%	2,9%	0%
	<b>Repercusión moderada</b>	87,3%	1,4%	11,3%	0%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	71%	9,7%	16,1%	3,2%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	65,5%	1,8%	12,7%	18,2%	1,8%
	<b>Ns/nc</b>	0%	0%	100%	0%	0%

% dentro de Cansancio

Razón de verosimilitud: 0,001

Entre “Alteraciones digestivas” y “Depresión”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,042. (Tabla 91)

Tabla 91. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones digestivas/Depresión

		<u>Depresión</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	82,2%	0,8%	11%	5,9%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	83,8%	5,4%	10,8%	0%	0%
<b><u>Alteraciones digestivas</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	75%	6,2%	15,6%	1,6%	1,6%
	<b>Mucha repercusión</b>	69,8%	2,3%	16,3%	11,6%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	65,9%	9,8%	9,8%	14,6%	0%

% dentro de Alteraciones digestivas

**Razón de verosimilitud:** 0,042

### **Solución de las complicaciones psicosociales inmediatas de forma general**

Para la solución de dichas complicaciones un 25,4% acudió a un profesional, frente a un 59,4% que no lo hizo, a pesar de padecer alguna complicación. Y un 15,2% no ha tenido ninguna complicación que solucionar.

A un 69,6% de los encuestados, se le solucionaron sus problemas, frente al 15,2% que les persistieron. De la muestra que acudió a un profesional, el 75,3% vio resuelto su problema.

De los encuestados a los que se le solucionaron las complicaciones, a un 39,3% el problema desapareció en menos de un año, a un 41,7% de la muestra las complicaciones se le solucionaron entre un período de 1-2 años, mientras que al 18,9% les duraron más de 2 años.

## 2) Complicaciones Tardías

- Complicaciones físicas tardías

- Alteraciones corporales:

El 64,36% no ha padecido esta complicación. El 15,84% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados el 13,86% sufrió consecuencias moderadas viendo su vida diaria algo limitada. Un 5,28% vio limitada su vida de forma importante, mientras que el 0,66% sufrió alteraciones corporales con consecuencias máximas. (Gráfico 34).

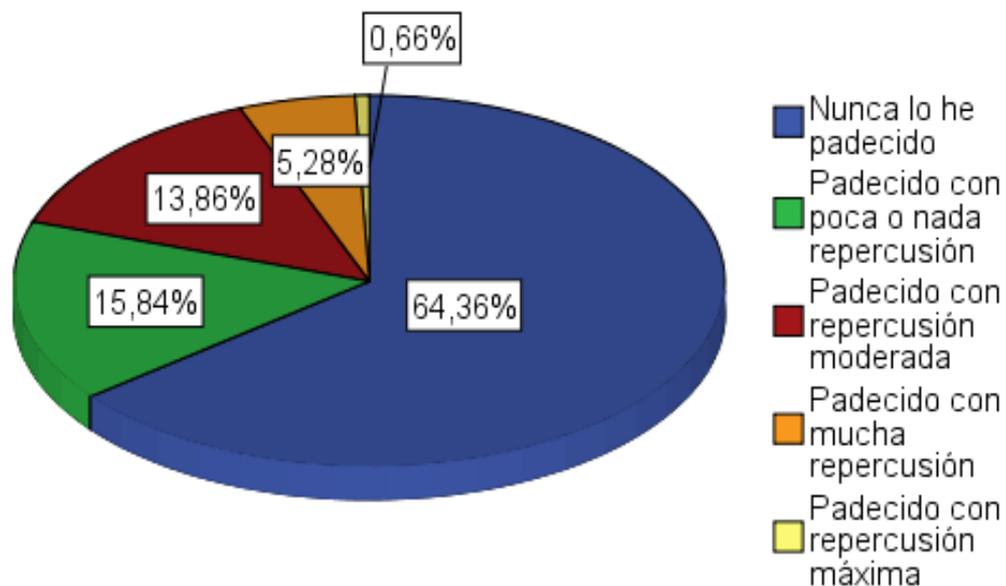


Gráfico 34. Repercusión de las alteraciones corporales tardías

Las alteraciones corporales tardías no estuvieron presentes en el 78,7% de los hombres estudiados, ni en el 59,6% de las mujeres. Un 14,7% de los varones y un 16,2% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 5,3% del sexo masculino, y en un 16,7% del sexo femenino. Ningún hombre vio restringida parcialmente su vida cotidiana, en cambio sí afectó de este modo a un 7% de las mujeres. Las alteraciones corporales fueron de nivel máximo afectando sustancialmente a un 1,3% de los hombres, y a un 0,4% de las mujeres. La razón de verosimilitud obtuvo un valor de 0,001 para la relación entre el sexo y las alteraciones corporales. (Tabla 92)

Tabla 92. Concepto: Repercusión alteraciones corporales según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	78,7%	14,7%	5,3%	0%	1,3%
<b>Mujer</b>	59,6%	16,2%	16,7%	7%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,001

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y las alteraciones corporales, la quimioterapia ha obtenido una razón de verosimilitud de 0,715. La radioterapia, tiene un valor de  $p=0,445$ . La razón de verosimilitud para la hormonoterapia es de 0,053. Por último, el valor de dicho parámetro para el tratamiento quirúrgico es de 0,771. (Tabla 93)

Tabla 93. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos /Alteraciones corporales(ILE>5años)

**Alteraciones corporales**

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. Máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	62,9%	16,8%	14,2%	5,2%	0,9%
<b>Radioterapia SÍ</b>	59,2%	19%	15,6%	5,4%	0,7%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	56,5%	16,7%	18,1%	8%	0,7%
<b>Quirúrgico SÍ</b>	64,5%	15,6%	14%	5,3%	0,7%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud Quimioterapia:** 0,715

**Razón de verosimilitud Radioterapia:** 0,445

**Razón de verosimilitud Hormonoterapia:** 0,053

**Razón de verosimilitud Quirúrgico:** 0,771

- Cansancio:

El 45,54% no ha padecido esta complicación. El 20,79% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados el 21,12% sufrió consecuencias moderadas, viendo su vida diaria algo limitada. Un 11,55% vio limitada su vida de forma importante, mientras que el 0,99% sufrió alteraciones corporales con consecuencias máximas. (Gráfico 35).

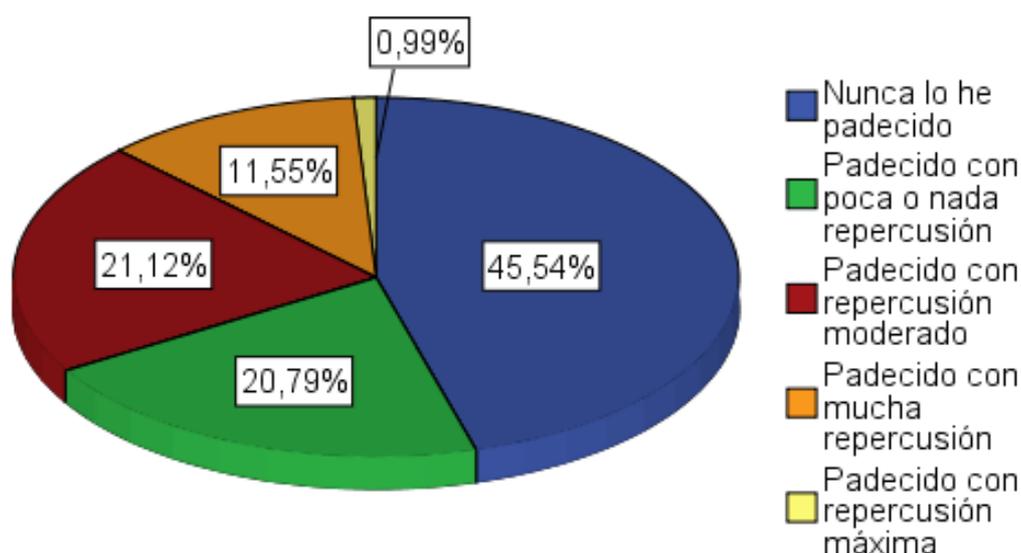


Gráfico 35. Repercusión del cansancio

El cansancio no estuvo presente en el 60% de los hombres estudiados, ni el 40,8% de las mujeres. Un 17,3% de los varones y un 21,9% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 20% del sexo masculino, y en un 21,5% del sexo femenino. El 2,7% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 14,5% de las mujeres. El cansancio no afectó de forma máxima a ningún varón, en cambio, sí que lo hizo con dicha intensidad a un 1,3% de las mujeres. La razón de verosimilitud obtuvo un valor de 0,003 para la relación entre el sexo y el cansancio. (Tabla 94)

Tabla 94. Concepto: Repercusión del cansancio según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	60%	17,3%	20%	2,7%	0%
<b>Mujer</b>	40,8%	21,9%	21,5%	14,5%	1,3%

Razón de verosimilitud: 0,003

- Alteraciones digestivas:

El 76,90% no ha padecido esta complicación. El 11,88% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados el 6,27% sufrió consecuencias moderadas viendo su vida diaria algo limitada. Un 4,29% vio limitada su vida de forma importante, mientras que el 0,66% sufrió alteraciones digestivas con consecuencias máximas. (Gráfico 36).

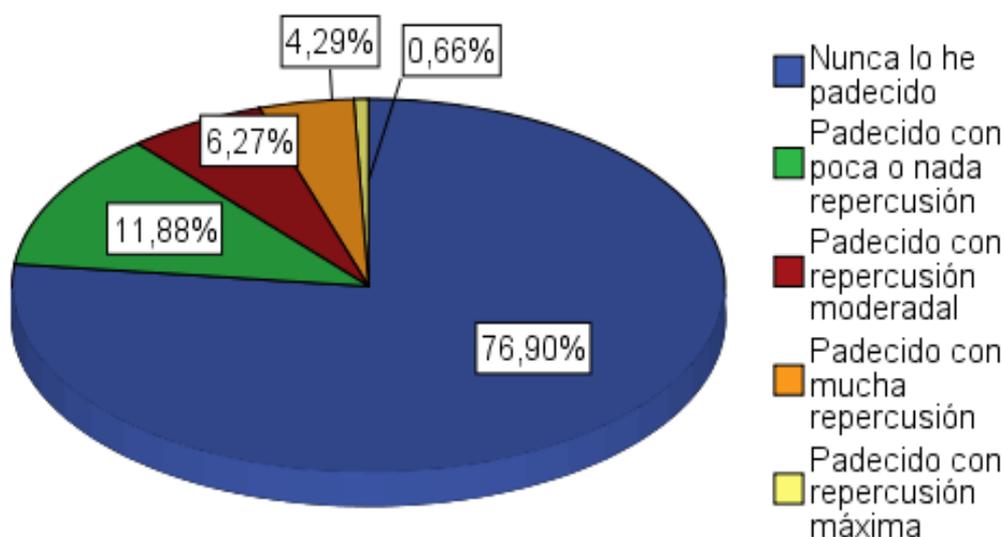


Gráfico 36. Repercusión de las alteraciones digestivas tardías

Las alteraciones digestivas no estuvieron presentes en el 69,3% de los hombres estudiados, ni el 79,4% de las mujeres. Un 12% de los varones y un 11,8% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma estuvo presente en el 10,7% del sexo masculino, y en un 4,8% del sexo femenino. El 6,7% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 3,5% de las mujeres. Las alteraciones digestivas fueron de nivel máximo afectando sustancialmente a un 1,3% de los hombres, y a un 0,4% de las mujeres. La razón de verosimilitud obtuvo un valor de 0,261 para la relación entre el sexo y las alteraciones digestivas. (Tabla 95)

Tabla 95. Concepto: Repercusión de las alteraciones digestivas según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	69,3%	12%	10,7%	6,7%	1,3%
<b>Mujer</b>	79,4%	11,8%	4,8%	3,5%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,261

- Osteoporosis:

El 60,07% no ha padecido esta complicación. El 9,57% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados, el 17,82% sufrió consecuencias moderadas, viendo su vida diaria algo limitada. Un 10,89% vio limitada su vida de forma importante, mientras que el 1,65% sufrió osteoporosis con consecuencias máximas. (Gráfico 37).

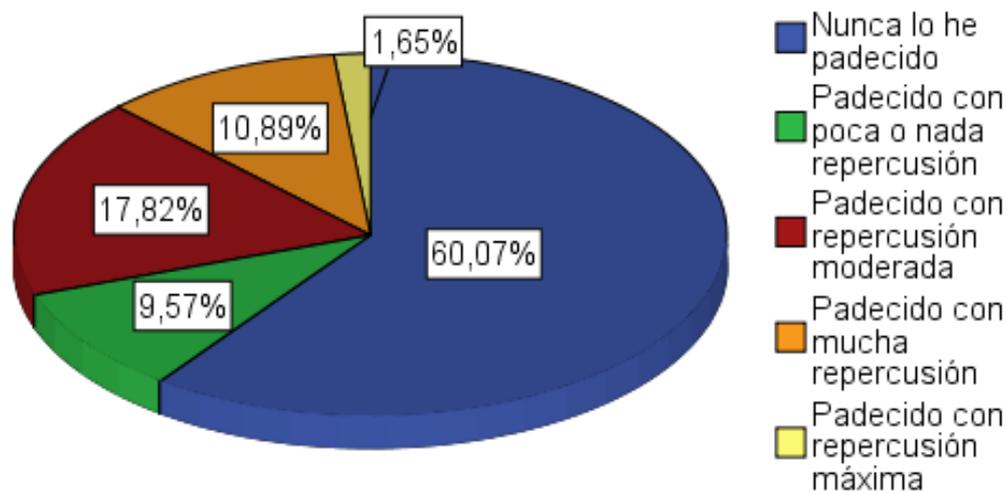


Gráfico 37. Repercusión de la osteoporosis

La osteoporosis no estuvo presente en el 89,3% de los hombres, ni en el 50,4% de las mujeres encuestadas. Lo padecieron con poca o nula repercusión, un 1,3% de los varones y un 12,3% de las mujeres estudiadas. Un 8% del sexo masculino tuvo una repercusión moderada frente al 21,1% de la muestra femenina. Un 1,3% de los hombres tuvo muchas repercusiones, al igual que un 14% de las mujeres, viendo limitadas parcialmente sus vidas diarias. Ningún hombre se vio limitado de forma importante por la osteoporosis, sin embargo, el 2,2% de las mujeres sí tuvo repercusiones máximas causadas por dicha complicación. La razón de verosimilitud obtuvo un valor de 0,00 para la relación entre el sexo y la osteoporosis. (Tabla 96)

Tabla 96. Concepto: Repercusión osteoporosis según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	89,3%	1,3%	8%	1,3%	0%
<b>Mujer</b>	50,4%	12,3%	21,1%	14%	2,2%

Razón de verosimilitud: 0,00

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y la osteoporosis, la razón de verosimilitud para la quimioterapia es de 0,01 y para la hormonoterapia es de 0,00 (Tabla 97)

Tabla 97. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Osteoporosis (ILE>5-10 años)

**Osteoporosis (ILE>5-10 años)**

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<b>Quimioterapia SÍ</b>	56,5%	12,5%	17,7%	11,6%	1,7%
<b>Hormonoterapia SÍ</b>	44,2%	13,8%	23,9%	15,2%	2,9%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,01

**Razón de verosimilitud hormonoterapia:** 0,00

- Dolor:

El 60,07% no ha padecido esta complicación. El 21,12% lo padeció con mínima o nula repercusión. De todos los encuestados, el 15,51% sufrió consecuencias moderadas, viendo su vida diaria algo limitada. Un 2,97% vio limitada su vida de forma importante, mientras que el 0,33% sufrió dolor con consecuencias máximas y discapacitantes en el día a día. (Gráfico 38).

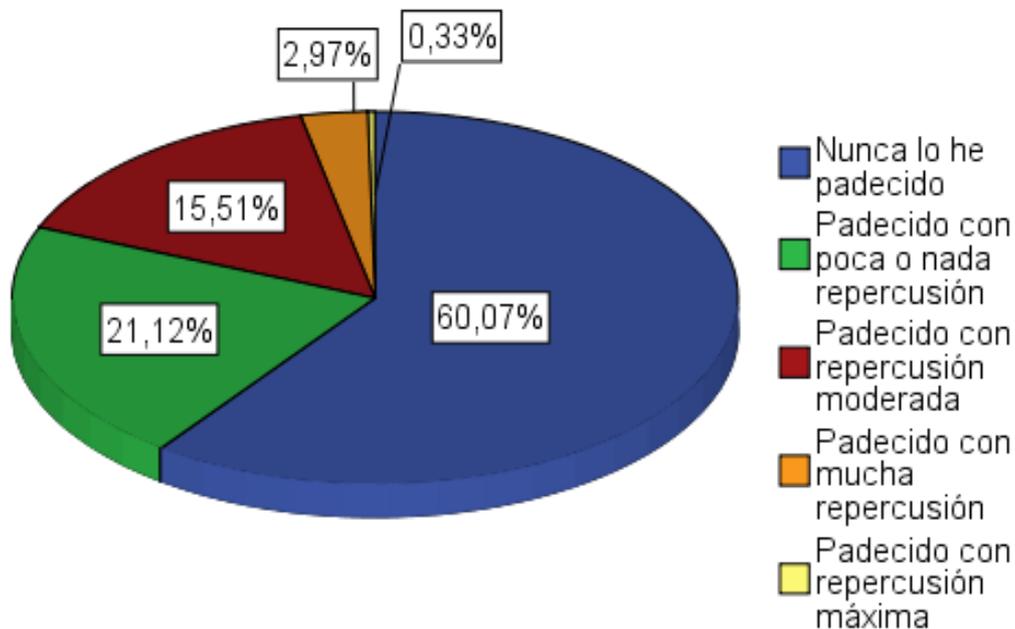


Gráfico 38. Repercusión del dolor

El dolor no estuvo presente en el 80% de los hombres, ni en el 53,5% de las mujeres encuestadas. Lo padecieron con poca o nula repercusión un 12% de los varones y un 24,1% de las mujeres estudiadas. Un 8% del sexo masculino tuvo una repercusión moderada frente al 18% de la muestra femenina. Ninguno de los hombres padeció dolor con mucha repercusión, en cambio, un 3,9% de las mujeres sí lo padeció, limitando parcialmente sus vidas diarias. Ningún hombre se vio limitado de forma importante por el dolor, sin embargo, el 0,4% de las mujeres sí tuvo repercusiones máximas causadas por dicha complicación. La razón de verosimilitud es de 0,00 para la relación entre el sexo y el dolor. (Tabla 98)

Tabla 98. Concepto: Repercusión del dolor según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	80%	12%	8%	0%	0%
<b>Mujer</b>	53,5%	24,1%	18%	3,9%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,00

### **Solución de las complicaciones físicas tardías de forma general**

Para la solución de dichas complicaciones un 63% acudió a un profesional, frente a un 25,4% que no lo hizo, a pesar de padecer alguna complicación. Y un 11,6% no ha tenido ninguna complicación que solucionar.

A un 54,4% de los encuestados se le solucionaron sus problemas, frente al 45,6% que persistieron.

De los encuestados a los que se le solucionaron las complicaciones, a un 45,2% el problema desapareció en menos de un año, a un 45,8% de la muestra las complicaciones se le solucionaron entre un período de 1-2 años, mientras que al 9,5% les duraron más de 2 años.

- **Complicaciones sexuales tardías en las mujeres estudiadas**

- Disminución de las relaciones sexuales:

El 77,19% de las encuestadas no ha padecido esta alteración. El 7,46% ha visto reducida, sin mucha repercusión, la frecuencia de sus relaciones sexuales. De las mujeres encuestadas, el 5,26% ha referido una disminución moderada en sus relaciones. Un 3,07% refirió una alteración bastante importante en la práctica de las relaciones sexuales. El 6,58% de las estudiadas vieron su vida sexual disminuida casi totalmente. El 0,44% de la muestra femenina prefirió no contestar a esta pregunta, bien por “no recordar”, o bien por sentirse incómodas ante la misma. (Gráfico 39)

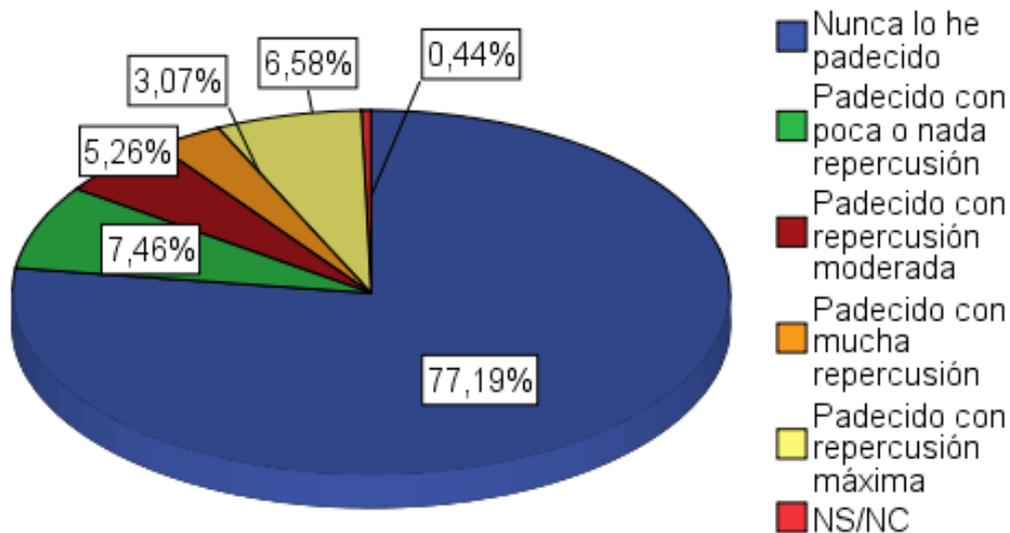


Gráfico 39. Repercusión de la disminución de las relaciones sexuales

- Menopausia precoz:

El 66,67% de las mujeres encuestadas no padeció menopausia precoz. El 15,35% sí la padeció con poca o nula repercusión, mientras que un 8,77% sufrió menopausia precoz con repercusiones moderadas. De las mujeres estudiadas, el 4,39% tuvo consecuencias o repercusiones importantes que influyeron en su vida diaria. Las máximas consecuencias de esta dificultad estuvieron presentes en un 4,39%.

Un 0,44% de las encuestadas prefirió no responder a esta pregunta por diferentes razones. (Gráfico 40)

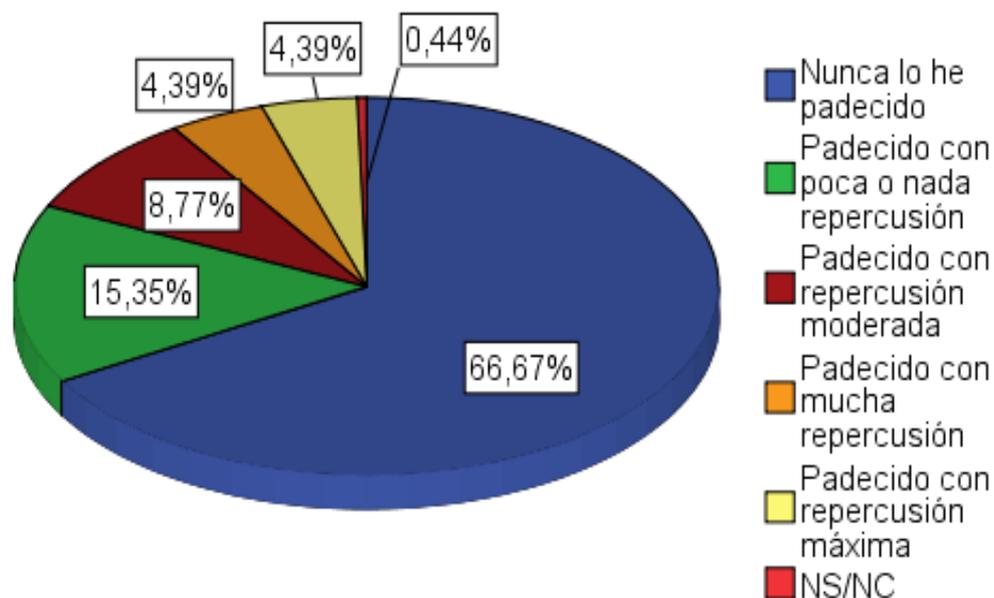


Gráfico 40. Repercusión de la menopausia precoz para todos los cánceres

Para las que padecieron cáncer de mama, la incidencia total de la menopausia precoz ha sido de 49,5%, frente a un 50,5% que no la padeció.

Respecto a la relación estadística entre menopausia precoz, y el tratamiento quimioterápico y la hormonoterapia, la razón de verosimilitud para el primero obtuvo un valor de 0,100. El mismo parámetro para la hormonoterapia, obtuvo un valor de 0,018. (Tabla 99)

Tabla 99. Concepto: tabla de contingencia “Menopausia precoz/ tratamientos”

		<b>Quimioterapia SI</b>	<b>Hormonoterapia SI</b>
<b>Nunca lo he padecido</b>		63,5%	58,8%
<b>Poca repercusión</b>		17,1%	20,6%
<b><u>Menopausia precoz</u></b>	<b>Repercusión moderada</b>	9,9%	10,3%
	<b>Mucha repercusión</b>	4,4%	5,1%
	<b>Repercusión máxima</b>	5%	5,1%
<b>NS/NC</b>		0%	0%

% dentro de tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,100

**Razón de verosimilitud hormonoterapia:** 0,018

Entre “Menopausia precoz” y “Osteoporosis”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,446. (Tabla 100)

Tabla 100. Concepto: Tabla de contingencia Menopausia precoz/Osteoporosis (durante el tratamiento)

**Osteoporosis durante el tratamiento**

		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima
<b><u>Menopausia precoz</u></b>	Nunca padecido	68,6%	4,6%	17%	9,8%	0%
	Poca repercusión	68,6%	5,7%	20%	5,7%	0%
	Repercusión moderada	65%	10%	15%	5%	5%
	Mucha repercusión	40%	0%	20%	40%	0%
	Repercusión máxima	60%	0%	20%	10%	10%
NS/NC		100%	0%	0%	0%	0%

% Menopausia precoz

**Razón de verosimilitud:** 0,446

### **Solución de las complicaciones sexuales femeninas tardías de forma general**

Para la solución de dichas complicaciones un 11,8% acudió a un profesional, frente a un 33,8% que no lo hizo, a pesar de padecer alguna complicación. Un 53,9% no ha tenido ninguna complicación que solucionar.

A un 64,4% de los encuestados se le solucionaron sus problemas, frente al 35,6% que les persistieron.

De los encuestados a los que se le solucionaron las complicaciones, a un 43,3% el problema le desapareció en menos de un año, a un 37,3% de la muestra las complicaciones se le solucionaron entre un período de 1-2 años, mientras que al 19,4% les duraron más de 2 años.

- **Complicaciones sexuales tardías en los varones estudiados**

- Disminución de las relaciones sexuales:

De todos los varones, el 50,67% no ha padecido esta complicación. El 12% tuvieron nulas o mínimas repercusiones. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales fue de importancia moderada para un 17,33%. El 9,33% tuvo repercusiones importantes, y un 5,33% valora esta complicación con repercusión máxima.

Un 5,33% de los varones encuestados responde a esta pregunta con no sabe/no contesta (NS/NC). (Gráfico 41)

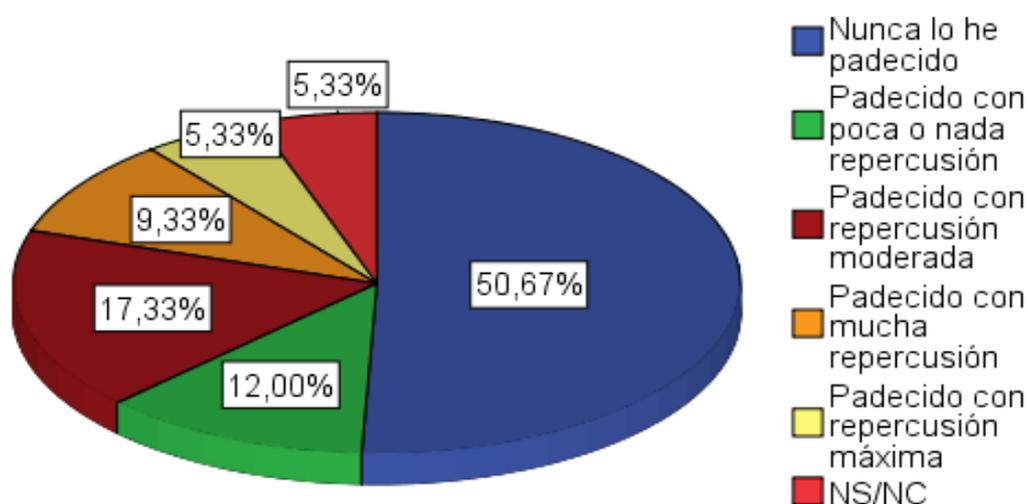


Gráfico 41. Repercusión de la disminución de las relaciones sexuales en varones

- Esterilidad:

De todos los varones, el 84% no ha padecido esta complicación. El 4% tuvo nulas o mínimas repercusiones. La disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales fue de importancia moderada para un 1,33%. El 1,33% tuvo repercusiones importantes y un 4% valora esta complicación con repercusión máxima.

Un 5,33% de los varones encuestados responde a esta pregunta con no sabe/no contesta (NS/NC). (Gráfico 42)

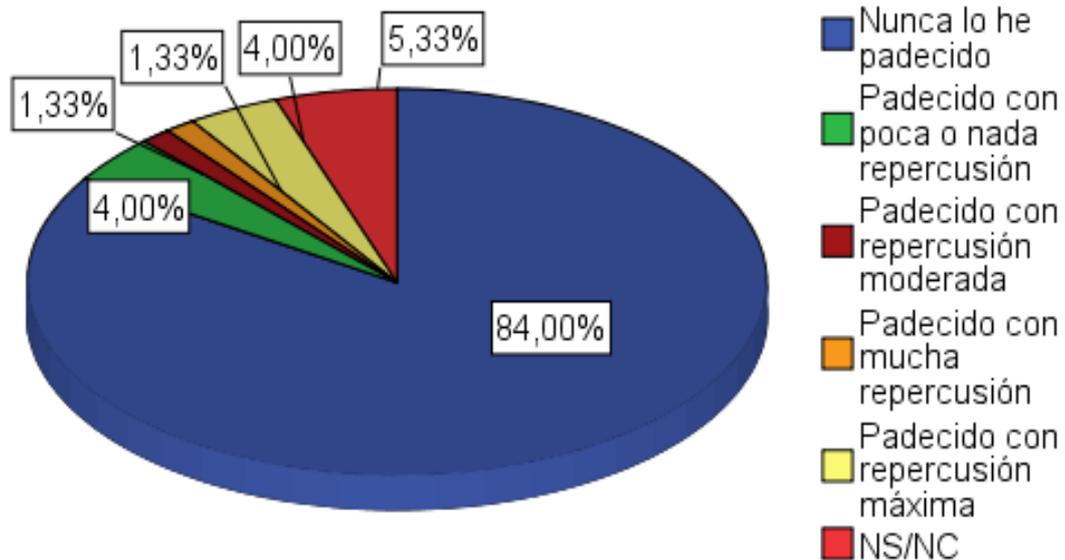


Gráfico 42. Repercusión de la esterilidad

En lo referente a la relación estadística entre los distintos tratamientos y la esterilidad, la razón de verosimilitud para la quimioterapia es de 0,172. (Tabla 102)

Tabla102. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/Esterilidad (ILE>5-10 años)

		<u>Esterilidad (ILE&gt;5-10 años)</u>					
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>	<b>NS/NC</b>
<b>Quimioterapia</b>	<b>SÍ</b>	82,7%	5,8%	1,9%	0%	1,9%	7,7%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,172

- Alteraciones de la eyaculación:

Esta complicación no estuvo presente en un 62,67%. Para un 14,67% de los varones encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 8% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. La alteración en la eyaculación tuvo gran importancia para un 2,67% y máxima para un 6,67%.

Un 5,33% de los varones encuestados prefirió no contestar a esta pregunta (NS/NC).  
(Gráfico 43)

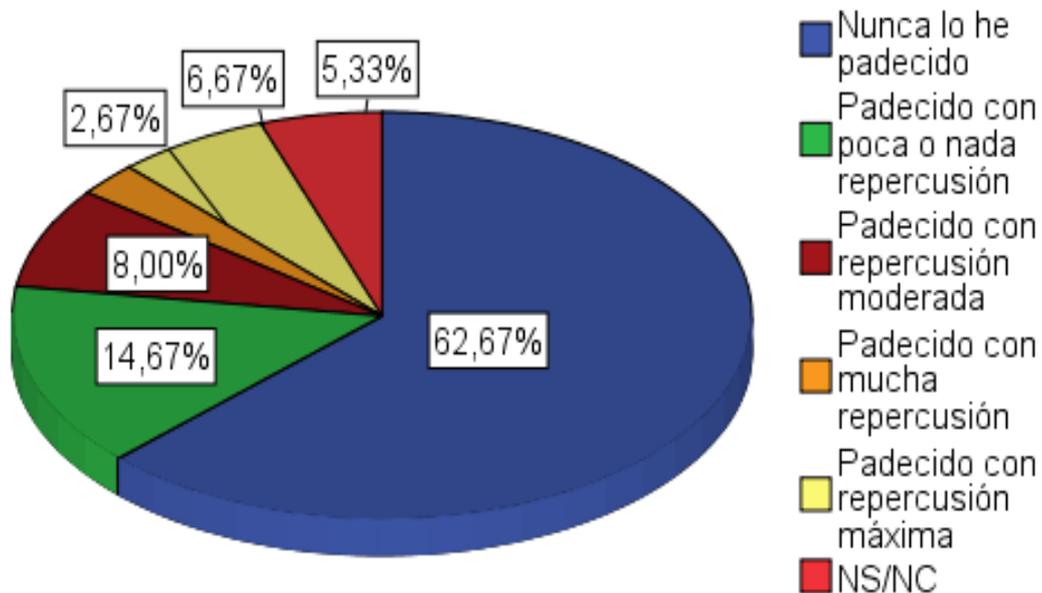


Gráfico 44. Repercusión de las alteraciones de la eyaculación

En lo referente a la relación estadística entre la quimioterapia y la alteración de eyaculación, la razón de verosimilitud para la quimioterapia es de 0,143. (Tabla 103)

Tabla 103. Concepto: Tabla de contingencia Quimioterapia/Alteración de la eyaculación (ILE>5-10 años)

**Alteración de la eyaculación (ILE >5-10 años)**

	Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	R. máxima	NS/NC
<b>Quimioterapia SÍ</b>	59,6%	13,5%	11,5%	1,9%	5,8%	7%

% dentro de Tratamientos

**Razón de verosimilitud quimioterapia:** 0,143

**Solución de las complicaciones sexuales masculinas tardías de forma general**

Para la solución de dichas complicaciones un 22,7% acudió a un profesional, frente a un 30,7% que no lo hizo, a pesar de padecer alguna complicación. Y un 41,3% no ha tenido ninguna complicación que solucionar. Y un 5,3% no sabe o no contesta.

A un 12,5% de los encuestados se le solucionaron sus problemas, frente al 87,5% que les persistieron.

De los encuestados a los que se le solucionaron las complicaciones, a un 80% el problema le desapareció en menos de un año, a un 20% de la muestra las complicaciones se le solucionaron entre un período de 1-2 años.

- **Complicaciones psicosociales tardías**

- **Miedo a una recaída de la enfermedad:**

El 58,75% no ha padecido esta complicación. En cambio, el 18,81% de los encuestados la ha tenido con poca o nada repercusión. Un 15,84% la ha padecido con una repercusión moderada, y un 4,62% y un 1,98% con mucha y máxima repercusión en su vida diaria, respectivamente. (Gráfico 44)

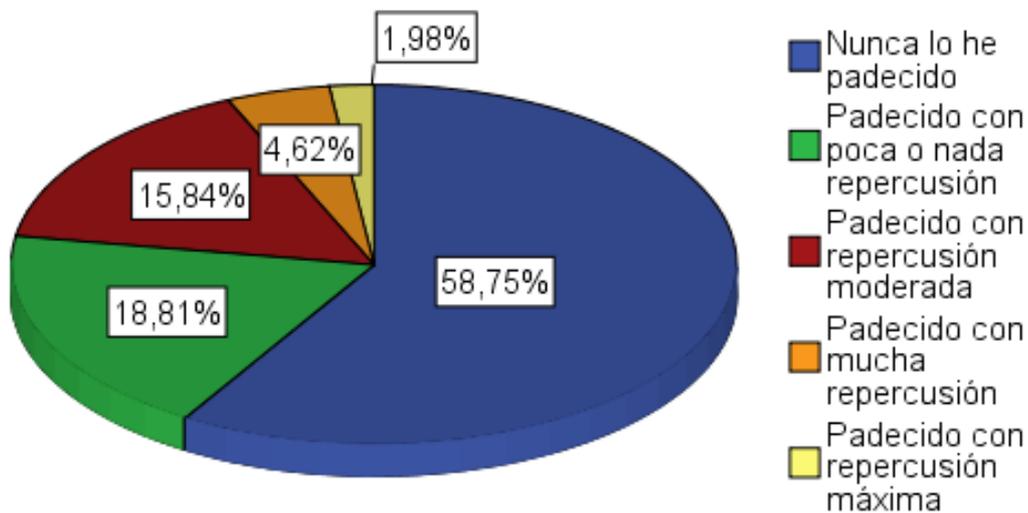


Gráfico 44. Repercusión del miedo a una recaída

El miedo a una recaída no estuvo presente en el 72% de los hombres estudiados, ni el 54,4% de las mujeres. Un 10,7% de los varones y un 21,5% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma estuvo presente en el 14,7% del sexo masculino, y en un 16,2% del sexo femenino. El 2,7% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, lo mismo le ocurrió a un 5,3% de las mujeres. El miedo a una recaída de la enfermedad oncológica no tuvo repercusiones máximas en los hombres, en cambio, fue de nivel máximo, afectando a un 2,6% de las mujeres. La razón de verosimilitudes para esta fobia según el tipo de sexo, es de 0,024. (Tabla 104)

Tabla 104. Concepto: Repercusión del miedo a una recaída según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	72%	10,7%	14,7%	2,7	0%
<b>Mujer</b>	54,4%	21,5%	16,2%	5,3%	2,6%

Razón de verosimilitud: 0,024

- Alteraciones de la autoestima:

Esta complicación no estuvo presente en un 81,15%. Para un 8,25% de los encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 3,63% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. La alteración de la autoestima tuvo gran importancia para un 2,64% y máxima para un 0,33%. (Gráfico 45)

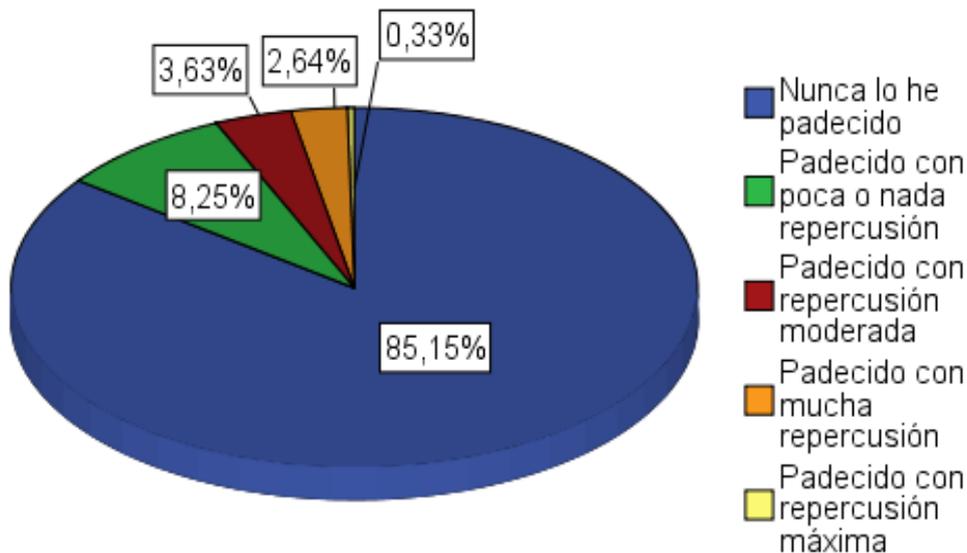


Gráfico 45. Repercusión de las alteraciones de la autoestima

Las alteraciones de la autoestima no estuvieron presentes en el 92% de los hombres estudiados, ni el 82,9% de las mujeres. Un 5,3% de los varones y un 9,2% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en el 2,7% del sexo masculino, y en un 3,9% del sexo femenino. Ninguno de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, sin embargo, sí lo vio un 3,5% de las mujeres. La alteración de la autoestima fue de tal nivel, que afectó sustancialmente a un 0,4% de las mujeres. La razón de verosimilitud para el sexo y esta complicación obtuvo un valor de 0,133. (Tabla 105)

Tabla 105. Concepto: Repercusión de las alteraciones de la autoestima según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	92%	5,3%	2,7%	0%	0%
<b>Mujer</b>	82,9%	9,2%	3,9%	3,5%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,133

Entre “Alteraciones de la autoestima” y “Alteraciones corporales”, se obtuvo un valor de la razón de verosimilitud de 0,014. (Tabla 106)

Tabla 106. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones de la autoestima/ Alteraciones corporales

		<u>Alteraciones corporales</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones de la autoestima</u>	<b>Nunca padecido</b>	30,6%	23,6%	22,9%	13,6%	9,3%
	<b>Poca repercusión</b>	12%	16%	24%	24%	24%
	<b>Repercusión moderada</b>	27,3%	0%	9,1%	45,5%	18,2%
	<b>Mucha repercusión</b>	37,5%	12,5%	0%	12,5%	37,5%
	<b>Repercusión máxima</b>	0%	0%	0%	100%	0%

% dentro de Alteraciones de la autoestima

Razón de verosimilitud: 0,014

Entre “Alteraciones de la autoestima” y “cansancio”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,128. (Tabla 107)

Tabla107. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones de la autoestima/ Cansancio

		<u>Cansancio</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteraciones de la autoestima</u>	<b>Nunca padecido</b>	27,9%	12%	25,6%	18,6%	15,5%
	<b>Poca repercusión</b>	16%	8%	20%	24%	32%
	<b>Repercusión moderada</b>	18,2%	18,2%	0%	36,4%	27,3%
	<b>Mucha repercusión</b>	12,5%	0%	0%	50%	37,5%
	<b>Repercusión máxima</b>	0%	0%	0%	0%	100%

% dentro de Alteraciones de la autoestima

Razón de verosimilitud: 0,128

- Dificultades en las relaciones familiares:

Esta complicación no estuvo presente en el 91,09%. Para el 5,61% de los encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 2,31% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. Las dificultades en las relaciones familiares tuvieron gran importancia/repercusión para un 0,66%, y máxima para el 0,33% de los pacientes. (Gráfico 46)

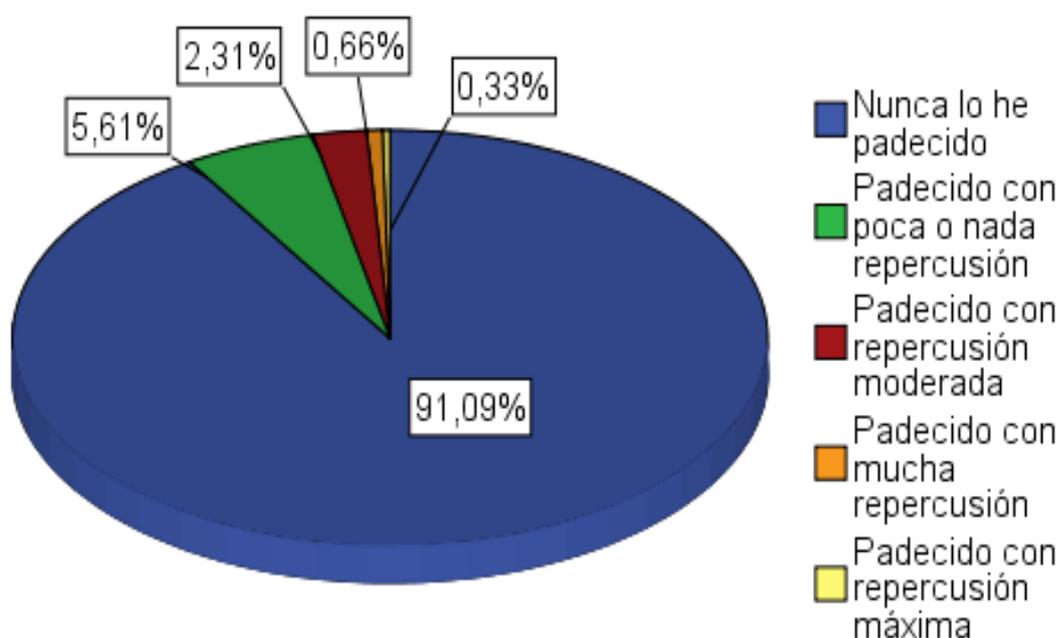


Gráfico 46. Repercusión de las dificultades en las relaciones familiares

Las dificultades en las relaciones familiares no estuvieron presentes en el 97,3% de los hombres estudiados, ni el 89% de las mujeres. Un 2,7% de los varones y un 6,6% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma estuvo presente en un 3,1% del sexo femenino. Ninguno de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, sin embargo, sí lo vio un 0,9% de las mujeres. Las dificultades en las relaciones en el entorno familiar fueron de nivel máximo

afectando sólo a un 0,4% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitud para el sexo y esta complicación fue de 0,095. (Tabla 108)

Tabla 108. Concepto: Repercusión de las dificultades en las relaciones familiares según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	97,3%	2,7%	0%	0%	0%
<b>Mujer</b>	89%	6,6%	3,1%	0,9%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,095

Entre “alteraciones familiares” y “Ansiedad”, el parámetro razón de verosimilitud es  $<0,05$ , teniendo un valor de 0,042. (Tabla 109)

Tabla 109. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones familiares/ Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>			
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión
<u>Alteraciones familiares</u>	Nunca padecido	86,6%	6,5%	6,2%	0,7%
	Poca repercusión	88,2%	0%	0%	11,8%
	Repercusión moderada	42,9%	28,7%	28,6%	0%
	Mucha repercusión	50%	0%	50%	0%
	Repercusión máxima	100%	0%	0%	0%

% dentro de alteraciones familiares

Razón de verosimilitud: 0,042

Entre “alteraciones familiares” y “Depresión”, el parámetro razón de verosimilitud es  $<0,05$ , teniendo un valor de 0,013. (Tabla 110)

Tabla 110. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones familiares/Depresión

		<b><u>Depresión</u></b>			
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>
<b><u>Alteraciones familiares</u></b>	<b>Nunca padecido</b>	83%	6,9%	8,3%	1,8%
	<b>Poca repercusión</b>	58,8%	5,9%	29,4%	5,9%
	<b>Repercusión moderada</b>	42,9%	0%	42,9%	14,3%
	<b>Mucha repercusión</b>	50%	0%	0%	50%
	<b>Repercusión máxima</b>	0%	0%	100%	0%

% dentro de Miedo a depender de los demás

**Razón de verosimilitud:** 0,013

- Dificultades en las relaciones de pareja:

Esta complicación no estuvo presente en el 93,40%. Para un 4,29% de los encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 1,65% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. Las dificultades en las relaciones de pareja tuvieron gran importancia para un 0,66% de los pacientes. (Gráfico 47)

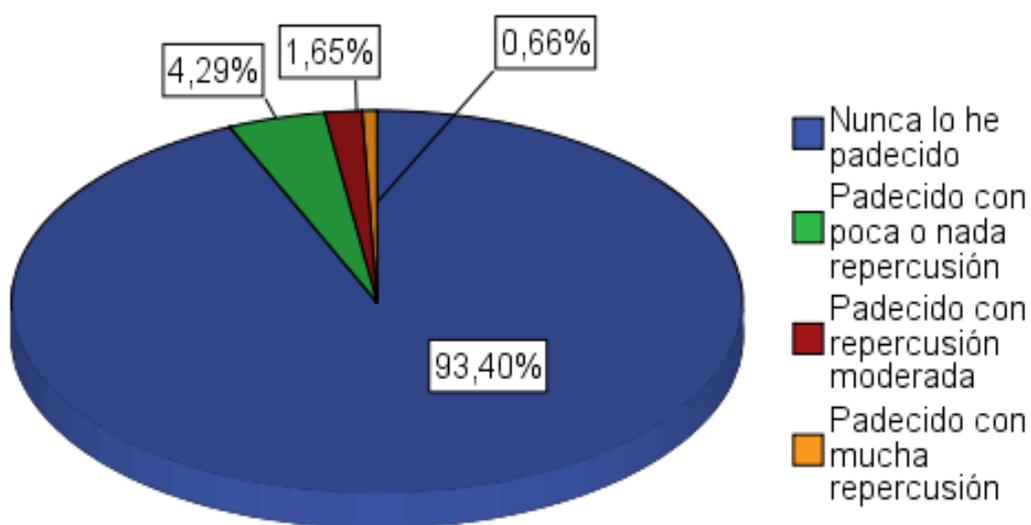


Gráfico 47. Repercusión de las dificultades en las relaciones de pareja

Las dificultades en las relaciones de pareja no estuvieron presentes en el 98,7% de los hombres estudiados, ni el 91,7% de las mujeres. Un 1,3% de los varones y un 5,3% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma, estuvo presente en un 2,2% del sexo femenino. Ninguno de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, sin embargo, sí lo vio un 0,9% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitud es de 0,077. (Tabla 111)

Tabla 111. Concepto: Repercusión de las alteraciones en las relaciones de pareja según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	98,7%	1,3%	0%	0%	0%
<b>Mujer</b>	91,7%	5,3%	2,2%	0,9%	0%

Razón de verosimilitud: 0,077

Entre “Alteración de relaciones de pareja” y “Cansancio”, el parámetro razón de verosimilitud es  $<0,05$ , teniendo un valor de 0,015. (Tabla 112)

Tabla 112. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones relaciones de pareja/Cansancio

		<u>Cansancio</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
<u>Alteración de las relaciones de pareja</u>	<b>Nunca padecido</b>	47,3%	21,2%	19,8%	11,3%	0,4%
	<b>Poca repercusión</b>	23,1%	23,1%	23,1%	15,4%	15,4%
	<b>Repercusión moderada</b>	0%	0%	0%	20%	0%
	<b>Mucha repercusión</b>	50%	0%	50%	0%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	45,5%	20,8%	21,1%	11,6%	1%
	<b>NS/NC</b>	100%	0%	0%	0%	0%

% dentro de Alteración de las relaciones de pareja

Razón de verosimilitud: 0,015

Entre “alteraciones relaciones de pareja” y “Ansiedad”, el parámetro razón de verosimilitudes es  $>0,05$ , teniendo un valor de 0,208. (Tabla 113)

Tabla 113. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones de pareja/ Ansiedad

		<u>Ansiedad</u>			
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>
<u>Alteraciones relaciones de pareja</u>	<b>Nunca padecido</b>	86,2%	6,4%	6,7%	0,7%
	<b>Poca repercusión</b>	84,6%	7,7%	0%	7,7%
	<b>Repercusión moderada</b>	40%	20%	20%	20%
	<b>Mucha repercusión</b>	100%	0%	0%	0%
	<b>Repercusión máxima</b>	79,2%	6,3%	10,2%	4%

% dentro de alteraciones relaciones de pareja

Razón de verosimilitud: 0,208

Entre “alteraciones relaciones de pareja” y “Depresión”, el parámetro razón de verosimilitud es  $<0,05$ , teniendo un valor de 0,00. (Tabla 114)

Tabla 114. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones relaciones de pareja/Depresión

		<u>Depresión</u>			
		Nunca padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión
<u>Alteraciones relaciones de pareja</u>	Nunca padecido	83%	7,1%	8,1%	1,8%
	Poca repercusión	38,5%	0%	38,5%	23,1%
	Repercusión moderada	40%	0%	60%	0%
	Mucha repercusión	50%	0%	50%	0%
	Repercusión máxima	80,2%	6,6%	10,6%	2,6%

% dentro de alteraciones relaciones de pareja

Razón de verosimilitud: 0,00

Entre “Alteraciones de pareja” y “Deterioro cognitivo”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,032. (Tabla 115)

Tabla 115. Concepto: Tabla de contingencia Alteraciones de pareja/ Deterioro cognitivo

		<u>Deterioro cognitivo</u>				
		<b>Nunca padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>R. máxima</b>
	<b>Nunca padecido</b>	92,9%	3,5%	3,2%	0,4%	0%
	<b>Poca repercusión</b>	69,2%	15,4%	15,4%	0%	0%
<u><b>Alteraciones de pareja</b></u>	<b>Repercusión moderada</b>	40%	40%	0%	0%	20%
	<b>Mucha repercusión</b>	100%	0%	0%	0%	0%

% dentro de Alteraciones de pareja

**Razón de verosimilitud:** 0,032

- Ansiedad:

Esta complicación no estuvo presente en el 85,48%. Para el 6,60% de los encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 6,60% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. La ansiedad tuvo gran importancia/repercusión para un 1,32%. (Gráfico 48)

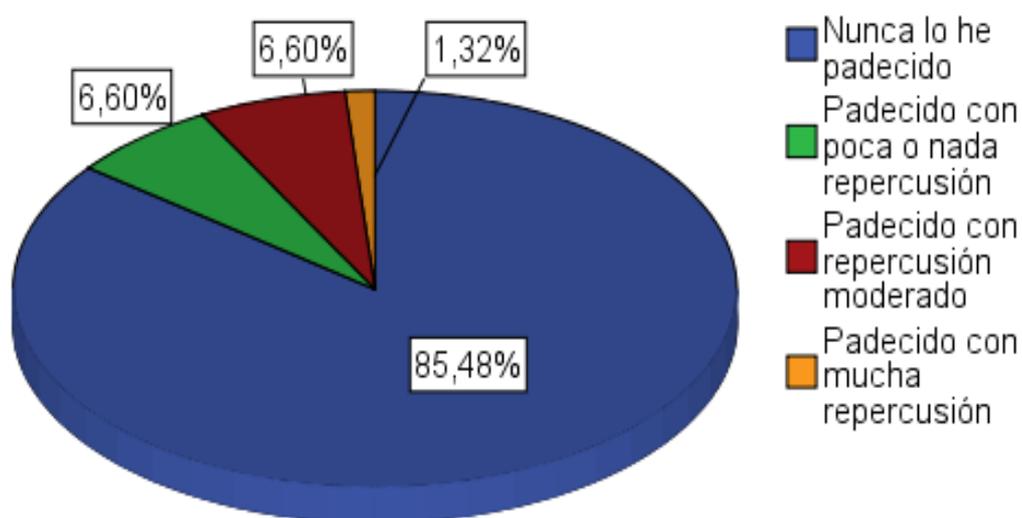


Gráfico 48. Repercusión de la ansiedad

La ansiedad no estuvo presente en el 93,3% de los hombres estudiados, ni el 82,9% de las mujeres. Un 4% de los varones y un 7,5% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma estuvo presente en un 2,7% de los hombres y en un 7,9% del sexo femenino. Ninguno de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, sin embargo, sí lo vio un 1,8% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitud para el sexo y la ansiedad es de 0,074. (Tabla 116)

Tabla 116. Concepto: Repercusión de la ansiedad según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	93,3%	4%	2,7%	0%	0%
<b>Mujer</b>	82,9%	7,5%	7,9%	1,8%	0%

Razón de verosimilitud: 0,074

- Depresión:

Esta complicación no estuvo presente en un 80,20%. Para un 6,60% de los encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 10,56% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. La depresión tuvo gran importancia para el 2,64%. (Gráfico 49)

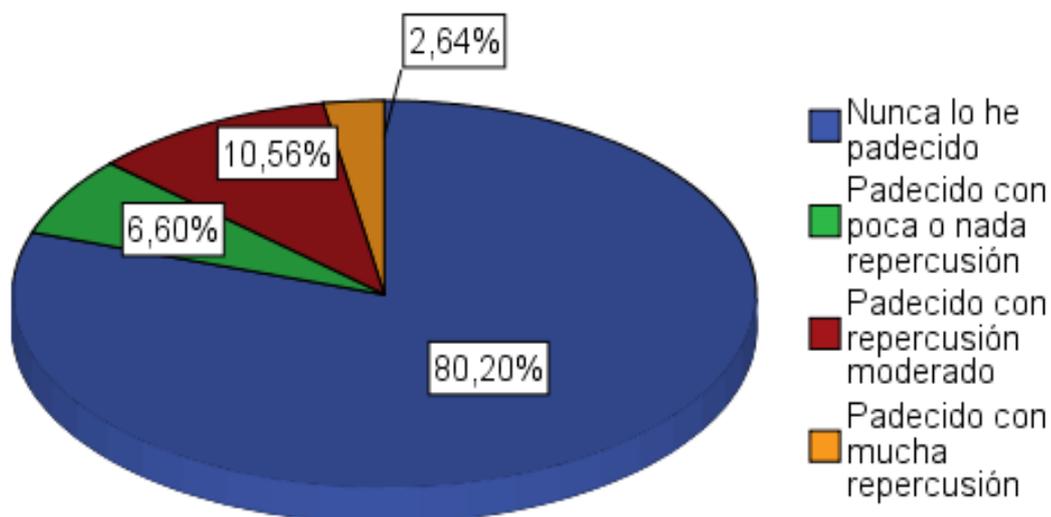


Gráfico 49. Repercusión de la depresión

La depresión no estuvo presente en el 93,3% de los hombres estudiados, ni el 75,9% de las mujeres. Un 2,7% de los varones y un 7,9% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma estuvo presente en un 2,7% de los hombres y en un 13,2% del sexo femenino. El 1,3% de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, al igual que un 3,1% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitud para el sexo y la depresión es de 0,004. (Tabla 117)

Tabla 117. Concepto: Repercusión de la depresión según el sexo

	<b>No padecido</b>	<b>Poca repercusión</b>	<b>Repercusión moderada</b>	<b>Mucha repercusión</b>	<b>Repercusión máxima</b>
<b>Hombre</b>	93,3%	2,7%	2,7%	1,3%	0%
<b>Mujer</b>	75,9%	7,9%	13,2%	3,1%	0%

Razón de verosimilitud: 0,004

- Deterioro cognitivo:

Esta complicación no estuvo presente en un 91,09%. Para un 4,62% de los encuestados las repercusiones fueron mínimas o nulas. Para el 3,63% las consecuencias fueron valoradas como moderadas. El deterioro cognitivo tuvo gran repercusión para un 0,33% y máxima para un 0,33%. (Gráfico 50)

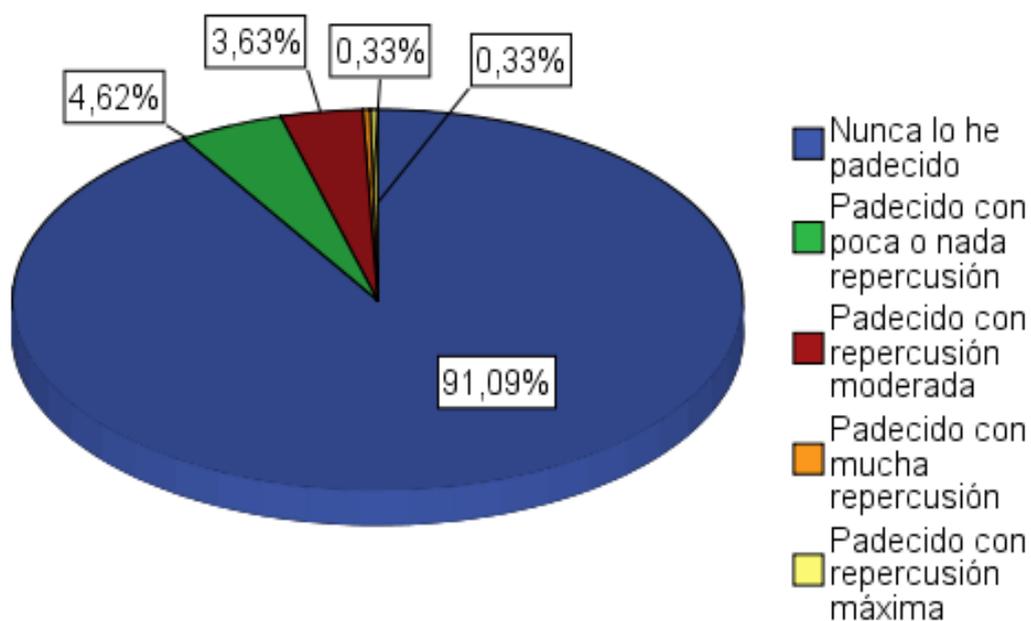


Gráfico 50. Repercusión del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo no estuvo presente en el 92% de los hombres estudiados, ni el 90,8% de las mujeres. Un 6,7% de los varones y un 3,9% de las mujeres, tuvieron repercusiones mínimas relacionadas con esta complicación. La repercusión moderada relacionada con la misma estuvo presente en un 1,3% del sexo masculino y en un 4,4% del sexo femenino. Ninguno de los hombres vio restringida parcialmente su vida cotidiana, sin embargo, sí lo vio un 0,4% de las mujeres. El deterioro cognitivo fue de nivel máximo afectando a un 0,4% de las mujeres. El valor de la razón de verosimilitud para el sexo y el deterioro cognitivo es de 0,440. (Tabla 118)

Tabla 118. Concepto: Repercusión del deterioro cognitivo según el sexo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Hombre</b>	92%	6,7%	1,3%	0%	0%
<b>Mujer</b>	90,8%	3,9%	4,4%	0,4%	0,4%

Razón de verosimilitud: 0,440

Para las variables “Quimioterapia” y “Deterioro cognitivo”, el valor de la razón de verosimilitudes es de 0,448. El mismo parámetro para “Hormonoterapia” obtuvo un valor de 0,306. (Tabla 119)

Tabla 119. Concepto: Tabla de contingencia Tratamientos/ Deterioro cognitivo

Deterioro cognitivo

	No padecido	Poca repercusión	Repercusión moderada	Mucha repercusión	Repercusión máxima
<b>Quimioterapia SI</b>	91,4%	4,3%	3,4%	0,4%	0,4%
<b>Hormonoterapia SI</b>	56,5%	13%	21%	8%	1,4%

% dentro de Tratamientos

Razón de verosimilitud Quimioterapia: 0,440

Razón de verosimilitud Quimioterapia: 0,306

### 3) Complicaciones laborales

La situación laboral de los pacientes en el momento del diagnóstico de cáncer y su reincorporación posterior es la siguiente:

- Vida laboral antes del diagnóstico: Un 42,6% de la muestra sí trabajaba antes de padecer la enfermedad oncológica, mientras que un 57,4% no tenía vida laboral.
- Baja laboral por la enfermedad oncológica: El 85,2% de las personas que sí tenían vida laboral, dejaron de trabajar debido a la enfermedad tumoral. En cambio, un 14,8% no tuvo que dejar su puesto de trabajo.
- Reincorporación laboral: El 73,6% de los encuestados que dejaron de trabajar debido a su enfermedad oncológica, sí se reincorporaron al trabajo. Mientras que el 26,4% no se reincorporó a la vida laboral por distintos motivos.
- Reincorporación al trabajo anterior: De los encuestados que se reincorporaron al trabajo, un 87,6% lo hizo a su anterior puesto laboral, sin embargo, un 12,4% lo hizo a uno distinto.

### Dificultades Físicas:

De la muestra que trabajó tras el tratamiento, o bien que no dejó su vida laboral, el 52% sí tuvo dificultades físicas en el medio de trabajo, mientras que un 48% no las tuvo.

### Cansancio

Teniendo en cuenta los pacientes que sufrieron alguna complicación física en el ámbito laboral, el 5,77% no tuvo cansancio, o si lo padeció no tuvo repercusión alguna. El 15,38% la padeció con poca repercusión, un 30,77% padeció dicha complicación con una repercusión intermedia. El 38,46% de los estudiados refiere cansancio en su medio laboral con gran repercusión, y un 9,62% han tenido una repercusión máxima. (Gráfico 51)

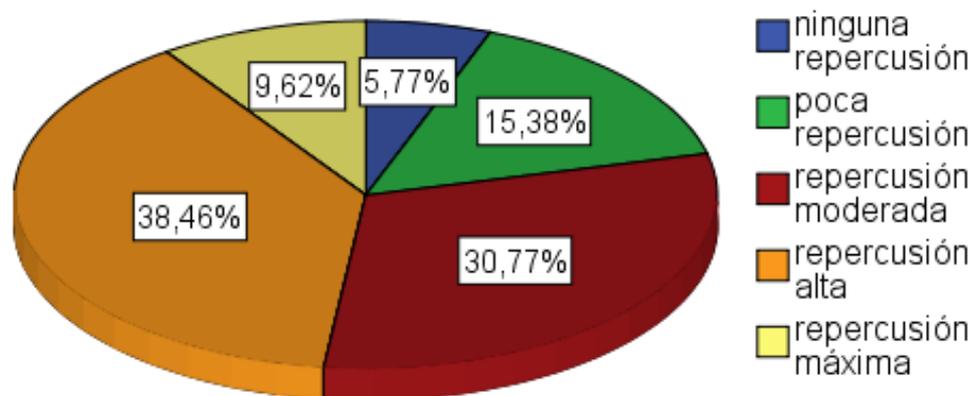


Gráfico 51. Repercusión de complicaciones físicas en medio laboral: cansancio

### Limitación funcional

Teniendo en cuenta los pacientes que sufrieron alguna complicación física en el ámbito laboral, el 23,08% no padeció limitación funcional. El 25% la padeció con poca repercusión, un 32,69% padeció dicha complicación con una repercusión intermedia. El 13,46% de los estudiados refiere limitación funcional con gran repercusión relacionada con la enfermedad tumoral, o con el tratamiento oncológico en su medio laboral, y un 5,77% ha tenido una repercusión máxima. (Gráfico 52)

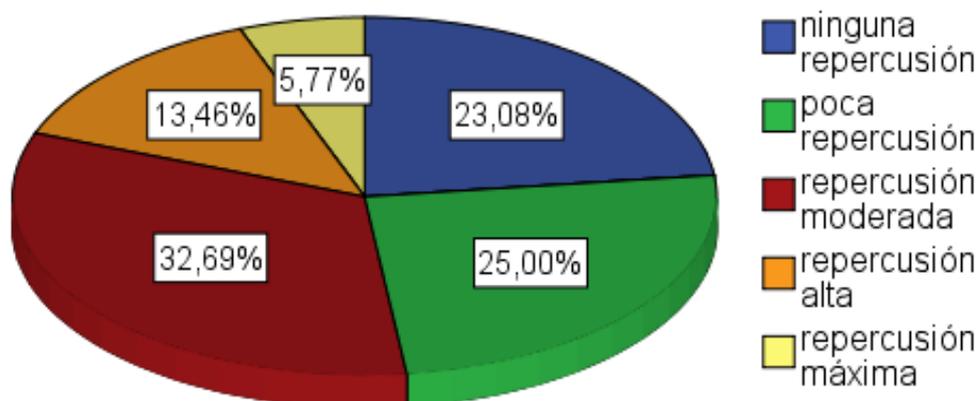


Gráfico 52. Repercusión de complicaciones físicas en medio laboral: Limitación funcional

**Dificultades psicológicas:** De la muestra que trabajó tras el tratamiento, o bien que no dejó su vida laboral, el 37% sí tuvo dificultades psicológicas en el ámbito del trabajo, mientras que un 63% no las tuvo. Las principales dificultades psicológicas se recogen a continuación:

### Inseguridades propias

Teniendo en cuenta los pacientes que refieren alguna complicación psicológica en el ámbito laboral, un 17,14% no padeció inseguridades propias. En cambio, un 8,57% sí las padeció, pero con poca o nula repercusión. Un 34,20% de dicha muestra, las padeció con repercusión moderada, un 31,43% tuvo inseguridades propias con repercusiones altas, y un 8,57% con repercusiones máximas, que llegaron a interferir en el ámbito laboral. (Gráfico 53)

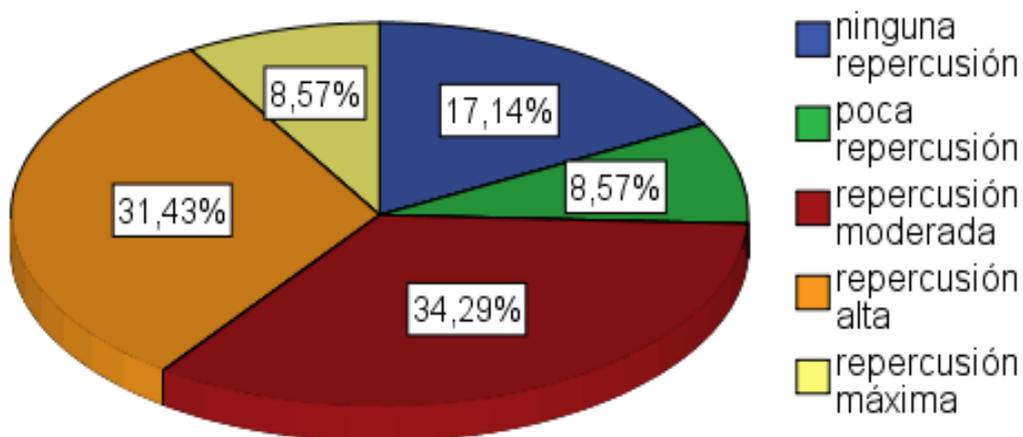
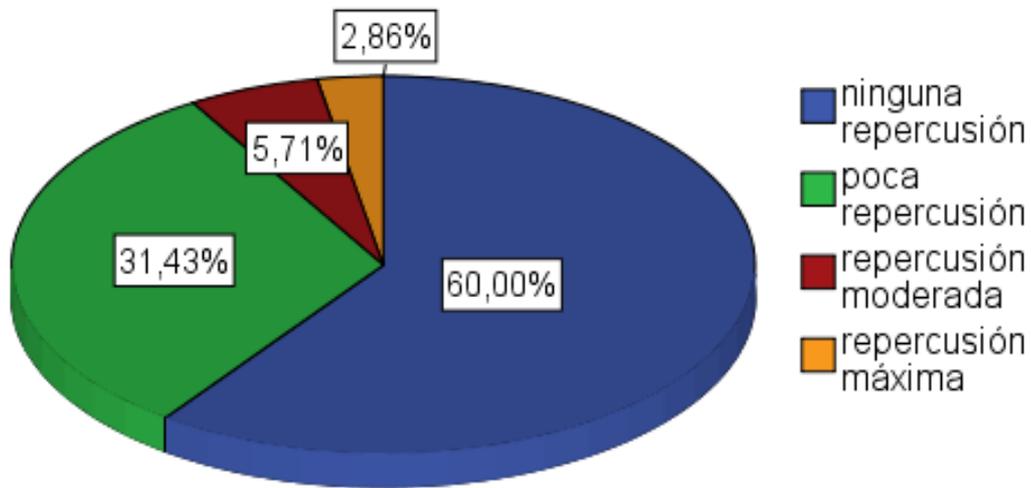


Gráfico 53. Repercusión de complicaciones psicológicas en medio laboral: Inseguridades propias

### Problemas de concentración análisis

De los encuestados que tuvieron alguna de las complicaciones psicológicas, un 60% no padeció problemas de concentración y análisis. En cambio, un 31,43% vio su concentración alterada, aunque con poca o nula repercusión. Un 5,71% de los pacientes, los padeció con repercusión moderada, y un 2,86% tuvo alteración del análisis con repercusiones máximas, que dificultaron el rol laboral. (Gráfico 54)



**Gráfico 54. Repercusión de complicaciones psicológicas en medio laboral: Problemas concentración/análisis**

## Depresión

De la muestra que tuvo alguna de las complicaciones psicológicas, un 51,43% no sufrió depresión. El 17,14% tuvo depresión con nulas o pocas repercusiones, en cambio el 20% la padeció con repercusión moderada. De dicha muestra, el 2,86% y el 8,57% padecieron repercusión alta y máxima respectivamente, viendo comprometido su ámbito laboral. (Gráfico 55)

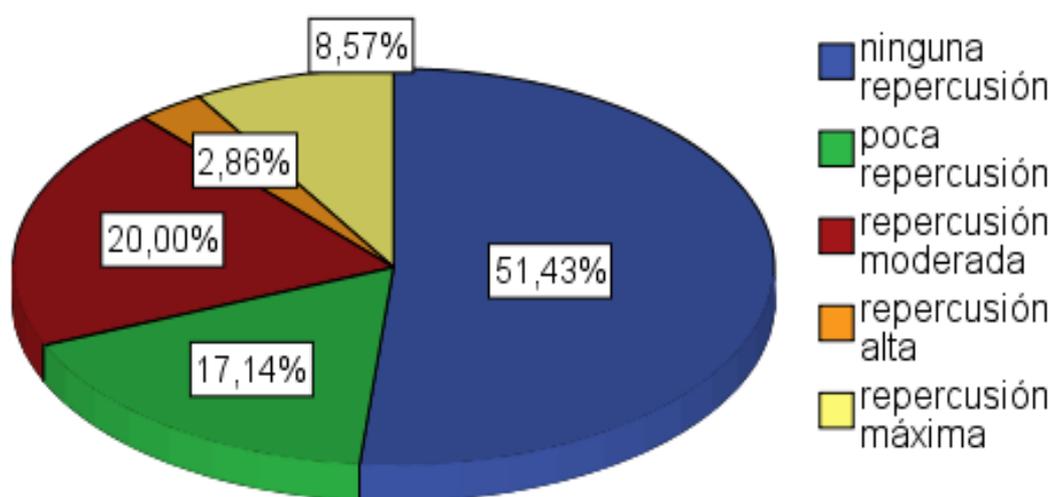


Gráfico 55. Repercusión de complicaciones psicológicas en medio laboral: Depresión

**Dificultades sociales:** De la muestra que volvió a trabajar tras el tratamiento, o bien que no dejó su vida laboral, el 23% sí tuvo dificultades sociales en el medio de trabajo, mientras que un 77% no las tuvo. Las principales dificultades sociales se recogen a continuación:

Dificultad a la reincorporación

De los encuestados que tuvieron complicaciones sociales, un 17,14% no padeció dificultades a la hora de la reincorporación laboral. En cambio, un 39,1% sí las padeció, aunque con poca o nula repercusión. Un 34,8% de dicha muestra, las padeció con repercusión moderada, un 8,7% tuvo complicaciones en la reincorporación laboral con repercusiones altas, viéndose alterado su ámbito de trabajo. (Gráfico 56)

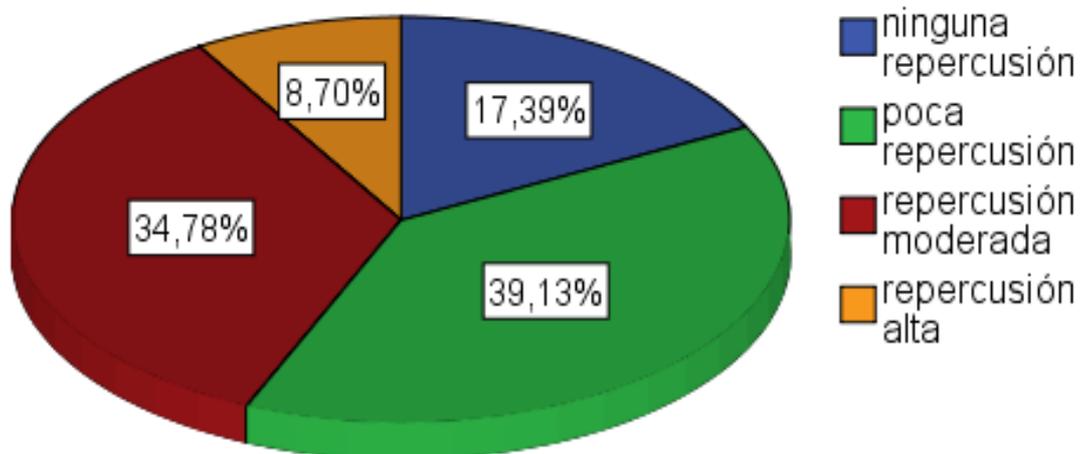


Gráfico 56. Repercusión de complicaciones sociales en medio laboral: dificultad a la hora de reincorporarse

Dificultad para el ascenso

De los encuestados que tuvieron complicaciones sociales, un 60.9% no padeció dificultades para el ascenso laboral. En cambio, un 34,8% sí las padeció con poca o nula repercusión. Un 4,3% de dicha muestra, las padeció con repercusión alta, interfiriendo en el ámbito laboral de la persona. (Gráfico 57)

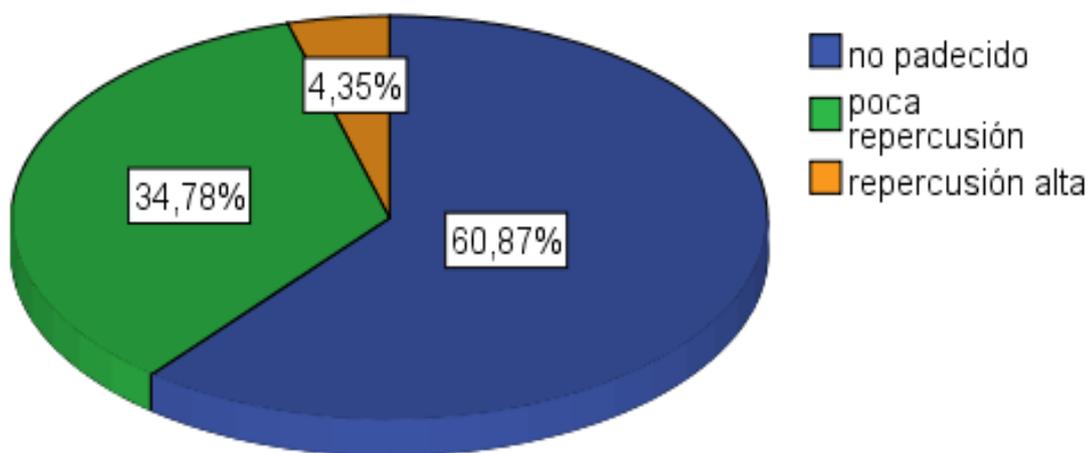


Gráfico 57. Repercusión de complicaciones sociales en medio laboral: dificultad para el ascenso

### Discriminación compañeros y/o jefes

De los encuestados que tuvieron complicaciones sociales, un 26,1% no padeció discriminación alguna, por parte de los compañeros y/o jefes. En cambio, un 17,4% sí la padeció con poca o nula repercusión. Un 30,4% de dicha muestra, la padeció con repercusión moderada, un 8,7% sufrió discriminaciones en el ámbito laboral con repercusión alta, por parte de los compañeros y/o jefes. Y un 17,4% sufrió las discriminaciones con repercusiones máximas, que llegaron a interferir en el ámbito laboral. (Gráfico 58).

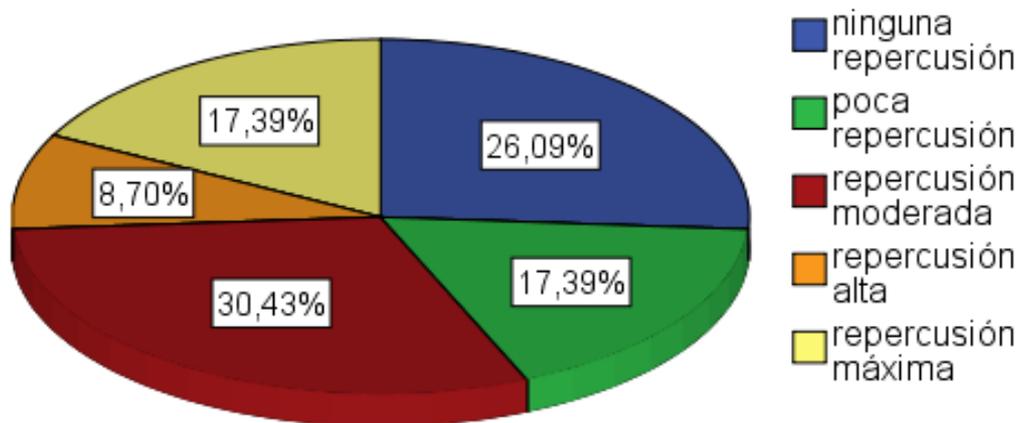


Gráfico 58. Repercusión de complicaciones sociales en medio laboral: discriminación de compañeros y/o jefes

#### 4) Aspectos asistenciales

Se ha evaluado la percepción que tiene el paciente acerca de la presencia de los diferentes profesionales sanitarios implicados en su evolución en las dos etapas diferenciadas (enfermedad activa y/o con tratamiento y, a largo plazo)

##### Durante período de enfermedad activa y/o tratamiento:

- Médico oncólogo: El 0,7% de la muestra valora la frecuencia asistencial del médico oncólogo como no frecuente, el 54,1% la valora como poco frecuente, mientras que el 41,3% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia a lo largo de su enfermedad activa, y un 4% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 120)

Tabla 120. Concepto. Frecuencia asistencial del médico oncólogo

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<u>%</u>	0,7	54,1	41,3	4

- Enfermero de oncología: El 10,6% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 39,6% la valora como poco frecuente, mientras que el 44,6% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia a lo largo de su enfermedad activa, y un 5,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 121)

Tabla 121. Concepto. Frecuencia asistencial del enfermero de oncología

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<u>%</u>	10,6	39,6	44,6	5,3

- Médico de atención primaria: El 9,2% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 76,6% la valora como poco frecuente, mientras que el 13,9% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia a lo

largo de su enfermedad activa, y un 0,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 122)

Tabla 122. Concepto. Frecuencia asistencial del médico de atención primaria

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<b>%</b>	9,2	76,6	13,9	0,3

- Enfermero de atención primaria: El 39,9% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 49,5% la valora como poco frecuente, mientras que el 10,2% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia a lo largo de su enfermedad activa, y un 0,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 123)

Tabla 123. Concepto. Frecuencia asistencial del enfermero de atención primaria

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<b>%</b>	39,9	49,5	10,2	0,3

- Psicólogo: El 77,2% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 12,2% la valora como poco frecuente, mientras que el 9,2% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia a lo largo de su enfermedad activa, y un 1,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 124)

Tabla 124. Concepto. Frecuencia asistencial del psicólogo

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<b>%</b>	77,2	12,2	9,2	1,3

- Psiquiatra: El 84,5% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 8,6% la valora como poco frecuente, mientras que el 6,6% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia a lo largo de su enfermedad activa. Un 0,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 125)

Tabla 125. Concepto. Frecuencia asistencial del psiquiatra

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<u>%</u>	84,5	8,6	6,6	0,3

Desde el fin del tratamiento activo hasta la actualidad

- Médico oncólogo: El 1% de la muestra valora la frecuencia asistencial del médico oncólogo como no frecuente, el 96,7% la valora como poco frecuente, mientras que el 2% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia en esta época, y un 0,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 126)

Tabla 126. Concepto. Frecuencia asistencial del médico oncólogo

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<u>%</u>	1	96,7	2	0,3

- Enfermero de oncología: El 2% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 60,7% la valora como poco frecuente, mientras que el 36% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia en esta época. Un 1,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 127)

Tabla 127. Concepto. Frecuencia asistencial del enfermero de oncología

	No frecuente	Poco frecuente	Frecuente	Muy frecuente
<u>%</u>	2	60,7	36	1,3

- Médico de atención primaria: El 19,5% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 53,8% la valora como poco frecuente, mientras que el 25,7% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia en esta época. Un 1% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 128)

Tabla 128. Concepto. Frecuencia asistencial del médico de atención primaria

	<u>No frecuente</u>	<u>Poco frecuente</u>	<u>Frecuente</u>	<u>Muy frecuente</u>
<u>%</u>	19,5	53,8	25,7	1

- Enfermero de atención primaria: El 89,8% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 8,6% la valora como poco frecuente, mientras que el 1,7% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia en esta época. Un 0% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 129)

Tabla 129. Concepto. Frecuencia asistencial del enfermero de atención primaria

	<u>No frecuente</u>	<u>Poco frecuente</u>	<u>Frecuente</u>	<u>Muy frecuente</u>
<u>%</u>	89,8	8,6	1,7	0

- Psicólogo: El 87,5% de la muestra valora la frecuencia asistencial de este profesional como no frecuente, el 7,9% la valora como poco frecuente, mientras que el 4,3% de los encuestados dice que dicho profesional estuvo presente con frecuencia en esta época. Un 0,3% valora su presencia como muy frecuente. (Tabla 130)

Tabla 130. Concepto. Frecuencia asistencial del psicólogo

	<u>No frecuente</u>	<u>Poco frecuente</u>	<u>Frecuente</u>	<u>Muy frecuente</u>
<u>%</u>	87,5	7,9	4,3	0,3

En lo referente a necesidades cubiertas y calidad asistencial, el 0,3% de los encuestados opina que sus necesidades tras el tratamiento activo y actualmente están poco cubiertas, un 19,5% las valora como parcialmente cubiertas. Un 38,9% opina que sus necesidades asistenciales están bastante cubiertas, y un 41,3% opina que está satisfecho totalmente. En lo que concierne a la calidad asistencial durante su enfermedad por parte de todos los profesionales involucrados y posterior seguimiento: el 0,3% la valora como regular, el 11,6% opina que fue buena, el 42,9% señala que la calidad asistencial fue muy buena, y un 45,2% la valora como perfecta.

Entre “necesidades cubiertas” y “calidad asistencial”, el valor de la razón de verosimilitud es de 0,114. (Tabla 131)

Tabla 131. Concepto: Tabla de contingencia Necesidades cubiertas/ Calidad asistencial

		<u>Calidad asistencial</u>			
		<u>Regular</u>	<u>Buena</u>	<u>Muy buena</u>	<u>Perfecta</u>
	<b>Poco cubiertas</b>	0%	0%	0%	100%
<u>Necesidades cubiertas</u>	<b>Parcialmente cubiertas</b>	1,7%	16,9%	39%	42,4%
	<b>Bastante cubiertas</b>	0%	13,6%	49,2%	37,3%
	<b>Totalmente cubiertas</b>	0%	7,2%	39,2%	53,6%

% dentro de Necesidades cubiertas

Razón de verosimilitudes: 0,114

##### 5) Alta del servicio de oncología y seguimiento desde atención primaria

El alta del largo superviviente oncológico, por parte del Servicio de Oncología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca, fue valorado por un 77,9% de los encuestados como una buena idea, en cambio, no opinó lo mismo el 22,1%.

Respecto a que el seguimiento va a ser ahora llevado a cabo por el médico de atención primaria, el 80,9% de los estudiados dice confiar en dicho profesional, mientras que el 19,1%

desconfía en que sea capaz de llevar a cabo su seguimiento al mismo nivel que el servicio especialista de oncología.

El 92,4% de los encuestados cree que el contacto entre atención primaria y el servicio de oncología será efectivo, en caso de ser necesaria la comunicación entre ambos servicios. En cambio, el 7,6% no cree en la efectividad de dicho contacto.

## **DISCUSIÓN**



## **DISCUSIÓN**

Los pacientes largos supervivientes de cáncer se definen como aquellos pacientes que se encuentran libres de enfermedad transcurridos, al menos, 5 años del diagnóstico y tratamiento de cáncer, lo que en la mayoría de los casos significa la curación. Este periodo puede ser menor en algunos tumores agresivos de la edad infantil y puede ser más extenso en algunos tumores como el cáncer de mama o el de próstata.

El seguimiento a largo plazo de estos pacientes debe de hacerse dentro de un plan integral de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada. Sin embargo, los esfuerzos de la comunidad científica han tratado de mejorar el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con cáncer, mejorando su pronóstico y aumentando la tasa de supervivientes, pero no se ha establecido un modelo de atención integral ni se han evaluado de forma adecuada y suficiente la situación y posibles complicaciones que están presentes en los pacientes largos supervivientes de cáncer.

Entre otros, estos son los motivos por los que en el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario, como proyecto de coordinación con Atención Primaria, se creó la Unidad de Largos Supervivientes de Cáncer (ULSO), que pretende dar cobertura al seguimiento a largo plazo de estos pacientes, estableciendo las líneas de actuación y circuitos interniveles necesarios para que la atención a estos pacientes tenga las mayores cotas de calidad posible.

De esta forma, todos los pacientes largos supervivientes de cáncer son identificados en la ULSO, lo que permite conocer las características de esta población y evaluar su situación a largo plazo así como identificar posibles complicaciones o secuelas propias del proceso oncológico.

Para ello y, a través de una amplia encuesta (Anexo I), se han podido definir las características generales de los pacientes largos supervivientes de cáncer identificados en el Servicio de Oncología del Hospital Universitario de Salamanca. De igual manera, se han evaluado las posibles complicaciones físicas, psicológicas, sexuales, sociales y laborales secundarias a propio tumor así como a los tratamientos recibidos.

Se han diferenciado dos situaciones claramente definidas para evaluar los distintos parámetros a analizar. Por una parte, se valoran las complicaciones inmediatas al proceso oncológico, es decir, las complicaciones sufridas durante el proceso diagnóstico y el tratamiento, definidas como complicaciones inmediatas. Por otro lado, se evalúan las complicaciones a largo plazo, es decir, las propias de pacientes largos supervivientes de cáncer, definidas como complicaciones tardías.

Para hacer una discusión de los principales resultados obtenidos se irán describiendo, en primer lugar, las características de los pacientes y, posteriormente, las complicaciones físicas, sexuales, psicológicas y sociales valorando las posibles diferencias entre la etapa inmediata y la tardía. Finalmente, se atenderá al aspecto laboral y asistencial evaluado.

### **Características generales de la muestra**

Nuestra muestra tiene unas características diferentes a lo que recoge la bibliografía al respecto, debido, entre otras, a las razones que a continuación se desglosan.

La edad de los pacientes largos supervivientes de nuestro estudio es una edad avanzada, en primer lugar porque nuestra población es una población envejecida y los diagnósticos de cáncer se asocian fuertemente con el envejecimiento. Por otro lado, cabe recordar que los pacientes en seguimiento por el Servicio de Oncología han sido subsidiarios de alta y, por tanto, identificados como largos supervivientes, en los últimos años (fecha de inicio de nuestro trabajo); de forma que tanto la edad de los pacientes como el intervalo libre de enfermedad (mediana 12 años) es más alto de lo que cabría esperar y, se estima que ambos valores mermen en los años sucesivos de funcionamiento de la ULSO.

Respecto a la localización de los tumores primarios, destacamos de forma muy importante la frecuencia del cáncer de mama, que representa más de la mitad de la muestra, seguido por el cáncer colorrectal (26%). Según los datos de la bibliografía acerca de los tumores más prevalentes en nuestro país, el cáncer de próstata estaría entre los más prevalentes; sin embargo, en nuestro estudio este tumor no aparece ya que los pacientes con cáncer de próstata largos supervivientes no realizan controles en el Servicio de Oncología, por tratarse de estadios iniciales que son tratados y seguidos en los servicios de Urología y Radioterapia.

Si atendemos a las diferencias por sexos, vemos que en mujeres los tumores más frecuentes de nuestro estudio son cáncer de mama, cáncer colorrectal y cáncer de ovario. Respecto a los datos de población española, los dos primeros puestos se corresponden; sin embargo, el tercer puesto lo ocupa el cáncer de endometrio (y no el de ovario como en nuestro trabajo). Estas diferencias pueden atribuirse a que el cáncer de endometrio es muy prevalente y su supervivencia es alta cuando el diagnóstico se realiza en estadios iniciales, situación en la que los pacientes son tratados y seguidos en el servicio de Ginecología y, por tanto, no son pacientes conocidos en el Servicio de Oncología.

Respecto a los tumores de los varones largos supervivientes de cáncer, el primer puesto lo ocupa el cáncer colorrectal, seguido de cáncer de testículo y cáncer gástrico. Sin embargo, en población española, los tumores más prevalentes son el cáncer de próstata, el cáncer colorrectal y el cáncer de vejiga. Estas diferencias ya están explicadas con anterioridad, los tumores de próstata de los pacientes largos supervivientes de cáncer, son tumores diagnosticados en estadios iniciales y, por tanto, no realizan seguimiento en el Servicio de Oncología; igualmente ocurre con el cáncer de vejiga.

Teniendo en cuenta los tumores que aparecen como más frecuentes en nuestro estudio y que no se recogen entre los más frecuentes en población española, cabe destacar que la frecuencia de estos es muy baja y, probablemente, sean hallazgos debidos al azar (al ser los primeros datos de largos supervivientes del Servicio de Oncología). El cáncer de testículo o germinal no sorprende que se encuentre ya que es un tumor con elevadas tasas de curación, no así lo demás (ovario o gástrico), pero como decimos son casos diagnosticados en estadios iniciales que precisaban seguimiento en el Servicio de Oncología y, probablemente, por azar se encuentran entre los primeros pacientes identificados como largos supervivientes de cáncer. Posiblemente, estos hallazgos cambien a medida que vaya aumentando el número de pacientes largos supervivientes de cáncer identificados en años sucesivos.

### **Complicaciones Físicas**

Aunque es conocido que los pacientes que han sobrevivido al cáncer pueden tener alteraciones físicas en mayor o menor grado, este hecho no está bien cuantificado y descrito en

la literatura<sup>24</sup>. Asimismo, tanto la enfermedad neoplásica como los procedimientos diagnósticos y tratamientos, pueden causar problemas físicos agudos que están mejor descritos y evaluados en la literatura.

En nuestro trabajo hemos querido evaluar las complicaciones físicas más frecuentes o más importantes por su potencial gravedad, analizando y comparando su frecuencia entre el episodio oncológico agudo (denominadas como complicaciones inmediatas) y la situación de larga supervivencia (complicaciones tardías).

Analizaremos los aspectos más destacados de cada una de ellas: alteraciones corporales, alteraciones digestivas, astenia/fatiga, toxicidad acústica, dolor, osteoporosis, cardiotoxicidad y toxicidad respiratoria.

Las **alteraciones corporales** son muy frecuentes en el paciente oncológico. Dentro de este ítem se incluyen diversos síntomas y complicaciones como son la alopecia, toxicidad ungueal, linfedema, lesiones cutáneas por extravasación de fármacos, ostomías, mastectomías y otras alteraciones cutáneas. Para ayudar a los pacientes a dar su respuesta al cuestionario, esto se les explicaba de forma clara y sencilla para que pudieran contestar de forma correcta.

Las alteraciones corporales, en el paciente oncológico, son de gran importancia, ya que alteran estructuras visibles para los demás y, muchas de ellas, tienen gran relevancia social<sup>195</sup>. De esta forma, la alopecia es una de las alteraciones corporales más importantes según la bibliografía<sup>195, 201, 204</sup>. En nuestro trabajo al haber unificado todas éstas en un mismo concepto no se ha podido jerarquizar la importancia que se le da a cada una de ellas, puesto que este no era un objetivo de nuestro trabajo.

La etiología de las diferentes alteraciones corporales que pueden sufrir los pacientes oncológicos es muy diversa entrando en juego diferentes técnicas quirúrgicas, el tratamiento de Radioterapia o los diferentes fármacos utilizados de Quimioterapia, con toxicidades, en ocasiones, específicas y propias de cada agente citotóxico. En nuestro estudio no hemos diferenciado ni técnicas quirúrgicas ni diferentes fármacos de quimioterapia, solamente se ha tenido en cuenta si el paciente ha recibido tratamiento quirúrgico, radioterápico o quimioterápico; de esta forma obtenemos diferencias estadísticamente significativas para la radioterapia y la quimioterapia como causantes de alteraciones corporales en el paciente

oncológico. Sin embargo, el tratamiento quirúrgico no muestra relación causal con estas alteraciones, posiblemente debido a que todos los pacientes que son largos supervivientes de cáncer han sido sometidos a una intervención quirúrgica más o menos agresiva y, por tanto, no podemos encontrar diferencias.

Por otro lado, algunas alteraciones corporales pueden ser más frecuentes en algunos subtipos de cáncer por sus características o de los tratamientos que reciben. En este sentido, hemos evaluado la posible asociación del cáncer de mama, del cáncer colorrectal, el cáncer gástrico y los sarcomas con las alteraciones corporales y se ha encontrado asociación estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ); tal y como refleja la literatura en muchos casos asociado a ostomías, alopecia, amputaciones, etc.

La incidencia de las alteraciones corporales es variable en función del tipo de tratamiento, de la combinación de ellos, dosis recibidas, área de administración de la radioterapia, etc<sup>195-198,207,210,211</sup>. Por poner algún ejemplo, en el caso de la alopecia hay estudios que describen una incidencia del 58%<sup>199</sup>; el linfedema en pacientes con cáncer de mama puede aparecer en el 15-20% de los casos<sup>202-203</sup>, pero si es preciso tratamiento con altas dosis de radioterapia sobre axila, puede aparecer en un 60% de las pacientes<sup>213</sup>. Otras lesiones como alteraciones ungueales u otras lesiones cutáneas se describen hasta en un 10% y 65% de los pacientes, respectivamente<sup>219,199</sup>.

En nuestro trabajo hemos encontrado una incidencia de alteraciones corporales inmediatas cercana al 71% con mayor o menor repercusión. Este resultado superior a lo descrito en la literatura puede ser explicado por la agrupación en un mismo ítem de un variado conjunto de posibles alteraciones. Por otro lado, tampoco se han tenido en cuenta fármacos utilizados, dosis, combinaciones, áreas de exposición a radioterapia, etc.

Atendiendo al sexo, algunas de las alteraciones corporales se describen con mayor frecuencia en el sexo femenino, como son la alopecia y el linfedema asociados, frecuentemente, al cáncer de mama<sup>196,198,200,202,203</sup>. En nuestro estudio el 76,3% de las mujeres describen alteraciones corporales frente al 44,7% de los varones, diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.001$ ).

Algunas complicaciones corporales, como la alopecia, no tienen carácter a largo plazo<sup>196-198</sup>; sin embargo, otras como el linfedema pueden permanecer en el tiempo según qué factores etiológicos estén implicados y de los cuidados terapéuticos o preventivos que se tengan<sup>202,203</sup>.

En nuestro trabajo, hemos identificado que el 35,84% de los pacientes largos supervivientes de cáncer sigue padeciendo alteraciones corporales en mayor o menor grado. No hemos encontrado relación causal con el tipo de terapia recibida (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia). Sin embargo, respecto al sexo, sigue existiendo diferencias estadísticamente significativas entre la frecuencia de mujeres que describen alteraciones corporales a largo plazo (40,4%) y la frecuencia de estas en los varones (21,3%) (p 0,001).

Finalmente, respecto a las alteraciones corporales, comentar que muchas de estas complicaciones pueden comprometer otros aspectos de la vida de la persona, como el ámbito sexual<sup>206,209,2014</sup>. Estos aspectos serán tratados más adelante al comentar los problemas sexuales.

Entre los principales efectos adversos de la enfermedad y tratamientos oncológicos se encuentra las **astenia o fatiga**, definida como cansancio y así explicado a la población para su mayor comprensión.

La astenia puede afectar hasta al 70% de los pacientes oncológicos que han recibido quimioterapia y/o radioterapia<sup>119</sup>, aunque este dato puede variar según las series en función del tipo de tumor y del tratamiento recibido<sup>129</sup>. La astenia tiene gran repercusión en la vida diaria de la persona, algunos autores describen una relación entre la astenia y la pérdida de rendimiento físico y un aumento del consumo de energía necesaria para realizar con normalidad un rutina diaria<sup>123</sup>.

Al igual que en la literatura, en nuestro trabajo hemos encontrado un 74% de pacientes que describen astenia en mayor o menor grado como complicación inmediata, es decir, durante el diagnóstico y tratamiento del cáncer. La astenia con gran repercusión estuvo presente en el 18,15% de nuestros pacientes, sin embargo, en la literatura algunos estudios la describen hasta en el 38% de los pacientes<sup>127</sup>.

Como hemos comentado, la astenia está relacionada con distintos tipos de tratamiento<sup>119,129</sup>, siendo la quimioterapia la que produce mayor impacto en cuanto a astenia se refiere<sup>128</sup>. Nuestro estudio ha analizado la asociación de la astenia con los tratamientos recibidos (cirugía, radioterapia y quimioterapia) y, solamente encontramos relación estadísticamente significativa con el tratamiento de quimioterapia ( $p < 0,05$ ).

Respecto a la diferencias por género, el estudio de Servaes y cols.<sup>129</sup> muestra que el sexo femenino padece con mayor frecuencia astenia; sin embargo en nuestro estudio las diferencias encontrada por género no muestran relación estadísticamente significativa (mujeres 75,4% y hombres 67,9%;  $p > 0,05$ ).

Algunos estudios muestran asociación entre la presencia de astenia y otras manifestaciones físicas y psicológicas, dado el carácter multifactorial de la astenia<sup>122</sup>. Varios autores la relacionan con la presencia de dolor<sup>124</sup>, sin embargo, en nuestro estudio no encontramos diferencias estadísticamente significativas. Por otro lado, también se ha descrito que la ansiedad y la depresión pueden provocar o empeorar la astenia ya existente<sup>121,129</sup>. Nosotros hemos querido analizar estas variables y, concordante con la bibliografía, se encuentra asociación estadísticamente significativa entre la astenia y la depresión y la ansiedad ( $p = 0,002$  y  $p = 0,001$ , respectivamente).

En el paciente largo superviviente de cáncer la astenia puede estar presente hasta en el 30% de los casos; se cree que esta cronicidad es debida a la asociación de diferentes factores (fisiológicos, psicológicos, sociales)<sup>120,121</sup>. Nuestro estudio describe un 53,46% de pacientes que padecen fatiga a largo plazo, siendo este un valor muy superior a lo descrito en la literatura. Este hallazgo es, probablemente, debido a dos razones, la primera de ellas, el carácter multifactorial de la astenia puede hacer que este presente en muchas personas debido al envejecimiento o comorbilidades y no al evento oncológico, sesgando así los datos y, por otro lado, estos datos tan dispares pueden ser debidos a la escasa evaluación de los pacientes largos supervivientes de cáncer y, por tanto, a la escasa evidencia científica al respecto.

Respecto a la astenia en el paciente largo superviviente de cáncer y el género, a diferencia de lo que encontrábamos en la etapa inmediata, si existe relación entre hombres y mujeres, 40% y 59,2%, respectivamente, con asociación estadísticamente significativa.

Respecto a las **alteraciones digestivas**, en nuestro estudio, se han unificado las complicaciones de este tipo en un solo concepto, de manera que cuando hablamos de alteraciones digestivas hacemos referencia, entre otras, a náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento o mucositis.

Al igual que ocurre con otras complicaciones, las alteraciones digestivas, tienen una etiología multifactorial y aparecen con mayor o menor frecuencia en función del tipo de tumor o del tratamiento administrado. Los estudios que referencian la frecuencia de náuseas o vómitos relacionados con la quimioterapia arrojan resultados diferentes según el fármaco administrado, ya que los agentes citotóxicos tienen diferente potencial emetógeno<sup>135-137</sup>. De igual manera que ocurre con otras complicaciones, como la diarrea, a la que también puede contribuir la presencia de infecciones como la producida por la toxina de *C. difficile*<sup>143,144,147</sup>. De forma similar ocurre con la mucositis, diferentes estudios llegan a describir un 40-76% de casos asociados a la quimioterapia, según las series y el tipo de tratamiento. La radioterapia es una causa bien establecida de mucositis cuando el área radiada es la cavidad oral, como en los casos de cáncer de cabeza y cuello, describiéndose en 30-60% de los casos<sup>150,152,153,155</sup>.

En nuestro trabajo, los pacientes describen alteraciones digestivas hasta en el 61,06% de los casos, dato que puede corresponder con lo descrito en la literatura y nos da una idea de la importancia que tienen para el paciente oncológico. Cuando analizamos la presencia de este tipo de alteraciones con los diferentes tratamientos administrados (cirugía, radioterapia y/o quimioterapia), solamente, la quimioterapia refleja asociación estadísticamente significativa; aunque no se han tenido en cuenta los agentes administrados. La radioterapia no presenta asociación estadística, pero cabe destacar que el número de pacientes con tumores de cabeza y cuello fue del 0,7% de la muestra, lo que puede explicar el no encontrar diferencias. Tampoco encontramos diferencias en cuanto al género.

Cuando analizamos la frecuencia de alteraciones digestivas a largo plazo, es decir, como complicaciones tardías en pacientes largos supervivientes de cáncer, encontramos que un 23% de los pacientes las describen en mayor o menor medida. Este dato llama la atención por ser un tipo de alteración frecuente, sobre todo, en la etapa inmediata porque está causada directamente por tratamientos quimio y radioterápicos, con resolución al retirarlos. Sin embargo, son alteraciones multifactoriales y teniendo en cuenta la edad de nuestra población de estudio y la presencia de otras patologías, estos datos podrían estar sesgados y ser atribuidos al proceso

oncológico erróneamente. No obstante, la bibliografía es escasa en este escenario y será necesario más estudios, más específicos para valorar estos datos.

Se analizó la **toxicidad acústica** por ser una toxicidad a largo plazo y propia de algunos agentes de quimioterapia, fundamentalmente, del cisplatino que, según las series se describe en hasta el 100% de los casos. No existe cura eficaz y puede alterar de forma severa la calidad de vida<sup>163-168</sup>.

En nuestro estudio, un 12,8% de los pacientes padece hipoacusia. Aunque no diferenciamos por tipo de agente citotóxico, cuando analizamos la relación con los diferentes tratamientos, únicamente, encontramos relación significativa con la quimioterapia (p 0,014). No obstante, debemos recordar que nuestros pacientes presentan edad avanzada, por lo que es posible que concurren otros factores etiológicos de la hipoacusia.

El **dolor** en el paciente oncológico es un gran problema a nivel mundial, asociado a un deterioro de la salud y calidad de vida. Su prevalencia es directamente proporcional a la progresión de la enfermedad y, dependerá del tipo de tumor o de los tratamientos administrados<sup>177,180-184</sup>. El dolor es multifactorial y multidimensional y se describen distintos tipos en función de diferentes características<sup>178,179</sup>. Nuestro estudio no ha tenido en cuenta los distintos tipos de dolor ya que no era objeto del mismo y podría complicar las respuestas y alargar el cuestionario.

La incidencia del dolor en el paciente oncológico es muy alta, algunos estudios obtuvieron frecuencias del 96% de la muestra que estudiaban, apareciendo dolor irruptivo en la mitad de la misma<sup>192</sup>; sin embargo, como decíamos, es directamente proporcional a la progresión tumoral. Los pacientes incluidos en nuestro estudio, son pacientes libres de enfermedad y, por tanto, la incidencia de dolor debe de ser mucho menor, como reflejan nuestros datos. El 43% de los pacientes refieren dolor en la etapa inmediata del tratamiento, mientras que es ligeramente inferior en la etapa tardía de larga supervivencia (39%). No obstante, para ser pacientes libres de enfermedad, la presencia de dolor en el 39% de los pacientes nos parece una cifra elevada y pensamos que estos datos pueden estar sesgados por la presencia de dolor no oncológico. Como no se ha realizado una evaluación exhaustiva del dolor padecido no podemos discernir el tipo de dolor y su relación o no con la enfermedad neoplásica padecida y los tratamientos recibidos.

Se han evaluado los diferentes tratamientos recibidos (cirugía, radioterapia, hormonoterapia y/o quimioterapia) con la presencia de dolor y, hemos encontrado asociación estadísticamente significativa con la hormonoterapia y con la quimioterapia.

Respecto al análisis por géneros, encontramos diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres en la etapa tardía de larga supervivencia, no así en la inmediata. Esto podría ser explicado por la presencia de otras patologías y comorbilidades que son más frecuentes entre las mujeres como la osteoporosis o la artrosis.

La **osteoporosis** es otra complicación descrita con mayor frecuencia en los pacientes oncológicos, tras el tratamiento, que en la población en general. La bibliografía habla de un 16% de incidencia en los estudios realizados, sin relación con el tumor, ni con el sexo<sup>169</sup>. Nosotros describimos una incidencia de osteoporosis en la época del tratamiento y enfermedad activa del 26,73%; mientras que en la etapa tardía de larga supervivencia, la osteoporosis estuvo presente en un 39,93%. Estos datos están sujetos al sesgo que se viene comentando anteriormente, la subjetividad del estudio, y el envejecimiento de la muestra, que puede influir en los resultados.

La mediana de edad al diagnóstico del tumor ha sido de 57 años (18-83), mientras que el momento de la evaluación (del alta), la mediana de edad es de 71 (35-89). Es de suponer, que la incidencia de osteoporosis en esta población de largos supervivientes de cáncer es mayor por los posibles casos de osteoporosis de etiología no oncológica. Es por ello, que los porcentajes obtenidos son superiores a los de la bibliografía.

En lo que concierne a la distinción de sexos, en el estudio, esta variable sí tiene relación estadística significativa ( $p < 0,05$ ), siendo mayor en el sexo femenino. Esto es debido, entre otras razones a la presencia de menopausia, ya sea precoz debida a terapias, o natural debida a la edad, que se asocia a una disminución de la masa ósea.

Analizando las distintas terapias recibidas, encontramos asociación con la hormonoterapia ( $p 0,00$ ) en la etapa inmediata del diagnóstico y tratamiento; mientras que en la etapa tardía de larga supervivencia es la quimioterapia la que arroja una asociación significativa, además de la hormonoterapia. Posiblemente esto sea debido al efecto tardío de la

quimioterapia sobre la masa ósea, mientras que la hormonoterapia tiene una acción más inmediata al provocar descenso de estrógenos produciendo menopausia precoz o agravando la menopausia natural.

Como ya hemos descrito y es bien conocido, la menopausia precoz que puede ser debida a los tratamientos oncológicos, es un factor de riesgo de padecer disminución de la masa ósea. Algunos trabajos describen una incidencia cercana al 70% para el cáncer de mama<sup>174,175</sup>. En nuestro estudio, la menopausia precoz estuvo presente en un 33,3% de los pacientes, para cualquier cáncer. Seleccionando exclusivamente la muestra que padeció cáncer de mama, obtenemos que el 49,5% tuvo disfunción ovárica. Este valor es inferior al de la bibliografía, esto puede ser debido a la diferencia de tamaño muestral, superior al millar en el caso del estudio referenciado y, porque las pacientes diagnosticadas a edades más tempranas (que son las que pueden padecer menopausia precoz) no han sido subsidiarias de alta por diferentes motivos (alto riesgo por agregación familiar, precisar de pruebas concretas en el seguimiento como la RM, etc.) y, por tanto, no están incluidas en el estudio.

Otra complicación física a destacar, no por la frecuencia sino por la importancia, es la **cardiotoxicidad** en los pacientes con cáncer. Dicha cardiotoxicidad se clasifica en distintos grados según afectación, y comprende distintas afectaciones cardíacas<sup>232,233</sup>. Además se describen dos toxicidades cardíacas asociadas a las terapias antineoplásicas, según el agente causante con características diferenciadas y propias de cada uno de ellos, la toxicidad asociada a las antraciclina y la toxicidad producida por trastuzumab<sup>234,235</sup>. Nuestro trabajo no describe estos subtipos ya que, como se ha comentado, no se han tenido en cuenta los diferentes fármacos que han recibido los pacientes. Por otro lado, existe toxicidad asociada a la radioterapia en función del área de irradiación, las dosis administradas o el tipo de terapia utilizada, aspectos que tampoco hemos evaluado por no ser objeto de nuestro estudio.

En nuestro estudio, un 15,18% de los encuestados señaló haber padecido complicaciones cardíacas en la época del tratamiento, como complicación inmediata. De este porcentaje, más de la mitad, las padeció con repercusión moderada, alterando su día a día, lo que muestra la importancia o impacto de las alteraciones cardíacas en los pacientes oncológicos. Cabe reseñar, además, que dada la subjetividad del estudio, este resultado puede verse comprometido por otras dolencias cardíacas de origen no oncológico.

Analizamos la asociación con las terapias recibidas y, para la quimioterapia, para cualquier tipo de tumor, y para el tumor de mama en particular, no se ha mostrado relación causal alguna con la toxicidad cardíaca. La radioterapia, sin embargo, para cualquier tumor y para el de mama, sí tiene relación causal ( $p = 0,009$  y  $p = 0,019$ , respectivamente).

En la bibliografía no encontramos referencias en cuanto a diferencias según el sexo. Tampoco en nuestro estudio encontramos diferencias estadísticamente significativas.

En los pacientes largos supervivientes de cáncer, los efectos cardiotóxicos pueden aparecer tras varios meses o años de haber finalizado el tratamiento. En nuestro estudio, la valoración de la prevalencia de las alteraciones cardíacas no se ha realizado debido a la subjetividad y envejecimiento de la población que pueden incluir dolencias cardíacas que nada tienen que ver con un origen oncológico.

Otra posible complicación de los pacientes oncológicos por su importancia y no por su frecuencia son las **alteraciones respiratorias**, de carácter multifactorial, pueden aparecer como toxicidad aguda de algunos agentes citotóxicos (gemcitabina, docetaxel), como toxicidad tardía de fármacos como la bleomicina, tras irradiación pulmonar o torácica, o como complicación del propio tumor (tumores pulmonares o mediastínicos)<sup>237</sup>.

En nuestro estudio se describen 13,2% de pacientes que presentan toxicidad respiratoria inmediata al diagnóstico y tratamiento, con mayor o menor repercusión, datos que pueden ser concordantes con lo que refleja la literatura, a pesar de las limitaciones que presenta nuestro estudio por no hacer referencia al tipo de quimioterapia o radioterapia recibida. Además solamente el 1,3% de nuestros pacientes tienen como antecedente un cáncer de pulmón.

Por otra parte, analizamos los tratamientos recibidos con la toxicidad respiratoria y no encontramos asociación significativa ni con la quimioterapia ni con la radioterapia, posiblemente debido a que, en la actualidad, se tienen muy en cuenta las toxicidades de los fármacos y no se llegan administrar dosis potencialmente tóxicas a este nivel.

Finalmente, respecto a las alteraciones respiratorias, no se ha valorado la aparición tardía de estas complicaciones, debido a que el resultado se podría ver comprometido por afecciones ajenas a la enfermedad oncológica, y más propias de la edad envejecida de la muestra.

Más del 97% de los pacientes han tenido alguna complicación física en mayor o menor grado y, sólo el 70,6% de ellos acuden a un profesional para intentar solucionarlos. Cerca del 75% de los pacientes que consultaron vieron solucionados sus problemas, principalmente, en menos de un año. Sin embargo, un porcentaje no desdeñable de pacientes no consulta o, a pesar de consultar, no ve solucionados sus problemas; es, por tanto, una prioridad poder identificar las alteraciones que presentan nuestros pacientes e intentar buscar soluciones para mejorar su calidad de vida.

### **Complicaciones sexuales**

En nuestro estudio hemos querido evaluar los posibles problemas o alteraciones sexuales que pueden padecer los pacientes oncológicos y que aparecen descritos en la literatura. En la aparición de estas alteraciones está muy implicada la localización del tumor primario, así como los tratamientos utilizados.

Las complicaciones que pueden aparecer pueden ser diferentes según el género, por lo que para tratar de explicarlas de forma más clara y concisa se especificarán según el sexo.

En el sexo masculino podemos encontrarnos alteraciones debidas a la localización del tumor primario, siendo los tumores que con mayor frecuencia están asociados, los tumores de próstata y de testículo, responsables de algunos problemas como la disminución de la libido o dolor durante el coito<sup>83,84</sup>.

En relación con las alteraciones que producen los tratamientos recibidos, podemos hacer referencia a los tres pilares básicos de tratamiento de los tumores, la cirugía, la radioterapia y la quimioterapia.

Las cirugías que se asocian a mayor frecuencia de complicaciones en el ámbito sexual de los varones, son las practicadas para el tratamiento del cáncer de recto y del cáncer de próstata, debido a la localización de los tumores, pueden aparecer secuelas como la disfunción eréctil, dificultades para llegar al orgasmo o alteraciones en la eyaculación<sup>106,107,109-111</sup>.

Respecto a la radioterapia, al ser, también, un tratamiento local, puede producir alteraciones sexuales por afectación de las zonas circundantes a la zona radiada pélvica, por

tanto, en este caso la localización del tumor primario también es fundamental, afectando a los varones tratados de tumores de próstata o de recto. Los principales problemas sexuales asociados al tratamiento con radioterapia pélvica en varones son la disfunción eréctil y al alteraciones urinarias, debido a lesiones musculares y vasculares de reversibilidad variable<sup>94,95</sup>. Además estos problemas pueden cronificarse, provocando alteraciones en la eyaculación, azoospermia u oligospermia<sup>101</sup>.

Por último, la quimioterapia se asocia con disminución de las relaciones sexuales por problemas concomitantes, como las alteraciones corporales o la toxicidad digestiva; además, en varones puede provocar alteración de la espermatogénesis, en función del fármaco y la dosis administrada<sup>113,114,117,118</sup>.

Nuestro estudio ha evaluado la frecuencia de las diferentes alteraciones sexuales en los varones y su relación con los tratamientos; solamente encontramos asociación significativa entre la presencia de disfunción eréctil y pérdida de deseo sexual con la radioterapia. Sin embargo, ninguna de las demás complicaciones estudiadas obtuvo asociación causal con las terapias recibidas. Estos datos han de ser interpretados con precaución ya que nosotros no hemos evaluado los diferentes tipos de tratamientos en cada uno de los tumores y, además la muestra no incluye tumores de próstata y, respecto a los tumores colorrectales, no se diferencian los tumores de recto que reciben terapias locales que, como hemos dicho, se asocian con estas complicaciones.

Por otra parte, se evaluó la posible asociación entre la presencia de pérdida de deseo sexual con otras alteraciones como la toxicidad digestiva, la astenia o las alteraciones corporales, sin encontrar asociación significativa con ninguna de ellas.

Finalmente, se analizó la búsqueda profesional de soluciones de los varones que tuvieron alguna complicación sexual. El 70,7% de los varones refiere algún problema de este tipo y solamente la mitad buscó ayuda profesional (51%). El 30,6% refiere ver solucionados los problemas, generalmente, en un tiempo menor a un año (86,6%). De esto podemos extraer que las complicaciones sexuales en los varones tras una enfermedad oncológica son frecuentes, pero muchos de ellos no consultan con los profesionales en busca de soluciones y, por tanto, la resolución de los mismo se ve dificultada.

Atendiendo a estos mismos problemas, pero en la etapa de larga supervivencia, no se asocian a ninguna terapia de forma significativa; además cabe destacar que el envejecimiento de la población y otras comorbilidades pueden contribuir a la aparición o empeoramiento de las mismas.

Por su parte, en el sexo femenino, los problemas de ámbito sexual también pueden estar causadas por la propia localización del tumor primario, además de por los tratamientos recibidos (cirugía, radioterapia y quimioterapia).

Los tumores que están más asociados a los problemas sexuales de la mujer son los tumores localizados en los órganos genitales, como el cáncer de vulva, vagina o cérvix, por las alteraciones anatómicas que pueden producir, responsables de disminución de la libido y dispareunia<sup>83,84</sup>. Cabe destacar el cáncer de mama como especialmente vinculado a estas alteraciones sexuales, ya que como se describe en la literatura, tiene una gran repercusión sobre la imagen corporal y la sexualidad<sup>85-87</sup>.

Respecto a los tratamientos recibidos, la cirugía y la radioterapia sobre la región pélvica pueden provocar cicatrices o adherencias, fibrosis o sequedad vaginal, lo que puede conducir a disminución de la libido o dispareunia, lo que se traduce en una disminución de las relaciones sexuales<sup>100</sup>. Por su parte, la radioterapia sobre el endometrio puede ser causa de abortos espontáneos por alteraciones musculares y vasculares del tejido<sup>98</sup>. Igualmente, la radioterapia, sobre todo, en combinación con otras terapias, puede conducir a amenorrea por disfunción ovárica.

En el caso de la quimioterapia es responsable de disminución de las relaciones sexuales, generalmente, por sequedad vaginal y dispareunia asociado a menopausia precoz y otras complicaciones como la toxicidad digestiva o las alteraciones corporales<sup>67</sup>.

Hemos querido evaluar la asociación de la localización del tumor primario y de los distintos tratamientos con las complicaciones sexuales en las mujeres. Se han evaluado las mujeres que han presentado cáncer de mama, aquellas que presentaban alteraciones corporales y, se ha encontrado asociación estadísticamente significativa con la disminución de las relaciones sexuales (p 0,009). Por el contrario, la radioterapia y la cirugía no se han asociado con ninguna de las alteraciones sexuales estudiadas; esto puede explicarse por la heterogeneidad

de la muestra, incluyendo todas las pacientes que reciben radioterapia independientemente de la localización y, porque la cirugía está presente en todas las pacientes y, tampoco, se tiene en cuenta la localización de la cirugía.

Por el contrario, la quimioterapia si obtiene asociación significativa con la sequedad vaginal, la dificultad para alcanzar el orgasmo, la pérdida de deseo sexual y la disminución de las relaciones sexuales.

Como se comentaba previamente, algunas otras complicaciones pueden estar implicadas en la pérdida del deseo sexual como la toxicidad digestiva, las alteraciones corporales o la astenia<sup>113,114</sup>. Nosotros hemos encontrado asociación significativa con todas ellas.

Globalmente, el 58,8% de las mujeres ha sufrido alguna complicación en el ámbito de la sexualidad y, solamente, el 48,4% han buscado ayuda profesional para tratar de solucionarlas. Más del 60% de estas complicaciones tienen solución y cerca del 60% de estas encuentran resuelto el problema en menos de un año. Por tanto, estas complicaciones son frecuentes en las mujeres que han padecido una enfermedad oncológica, sin embargo, son pocas las que buscan ayuda a pesar de que muchos de estos problemas pueden solucionarse. De manera que, al igual que en el caso de los varones, los profesionales sanitarios implicados en el manejo de estos pacientes deberíamos prestar más atención a estos problemas y no esperar a que sean los pacientes los que consulten, con el fin de buscar diagnósticos y tratamientos específicos lo antes posible.

### **Complicaciones psicosociales**

Muchas complicaciones psicosociales que pueden sufrir los pacientes oncológicos están descritas en la literatura<sup>32</sup>. Los miedos, las relaciones sociales, la ansiedad y la depresión o los déficits cognitivos son algunos de los problemas que nos podemos encontrar.

Cuando hablamos de “miedos” podemos hacer referencia a varios de ellos relacionados con la enfermedad, como el miedo a la recaída o a los tratamientos, pero también el miedo al futuro, a realizar planes a largo plazo.

El **miedo a la recaída** es uno de los más frecuentes entre los pacientes oncológicos y largos supervivientes de cáncer y, además, puede tardar en desaparecer<sup>32,38</sup>. También es frecuente que se asocie, con mayor frecuencia, a algunos tipos tumorales por su importancia social u otras complicaciones propias como las amputaciones<sup>32-34,36</sup>. El miedo a la recaída puede tener una asociación con otras complicaciones físicas como las toxicidades digestivas, las alteraciones corporales o la astenia y con la ansiedad.

En nuestro estudio el miedo a la recaída estuvo presente en el 58,42% de los pacientes en la etapa inmediata a diagnóstico y tratamiento y, en el 41,25% de los pacientes en la etapa de larga supervivencia, por lo que es una complicación, como dice la bibliografía, de larga duración y difícil de solucionar. Atendiendo al género, aunque las cifras son superiores para el sexo femenino en ambas etapas de la evolución oncológica, solamente hubo diferencias estadísticamente significativas en la etapa tardía.

Los análisis de asociación de esta variable con otras complicaciones descritas en la bibliografía se llevo a cabo en nuestro estudio y encontramos asociación significativa entre el miedo a la recaída y las alteraciones corporales, la astenia y el dolor. Igualmente, quisimos evaluar la presencia de algunos tumores con gran relevancia social, como el cáncer de mama y el cáncer colorrectal, con el miedo a la recaída y encontramos asociación estadísticamente significativa ( $p 0.029$ ), datos superponibles a la bibliografía revisada.

El miedo a una recaída puede conllevar en algunos casos al **miedo al futuro** y a la **dificultad de planificar metas futuras**.

En nuestro estudio, el miedo al futuro ha estado presente en un 29,37% de los estudiados, en mayor o menor medida y, la dificultad para hacer planes en el 26,07% de los mismos; ambos problemas presentan asociación estadísticamente significativa con el miedo a la recaída. Es lógico pensar que el miedo a volver a estar enfermo, merme la capacidad de mirar hacia el futuro.

Respecto a las diferencias de género, el miedo al futuro estuvo más presente en las mujeres con diferencias estadísticamente significativas; sin embargo, la dificultad para hacer planes, aunque numéricamente también mayor en mujeres, no hubo diferencias significativas con los hombres.

Respecto al **miedo a los tratamientos**, en los pacientes oncológicos y largos supervivientes de cáncer, hace referencia a sentimientos de preocupación, angustia o incertidumbre por los tratamientos que puede recibir o incluso por las revisiones médicas<sup>32,36,38</sup>.

Nosotros encontramos un 44,54% de pacientes que experimentan ese miedo, siendo más frecuente en mujeres (47,8%) que en varones (30,7%), con diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.00$ ). Si atendemos al tipo de tratamiento (cirugía, radioterapia o quimioterapia), vemos relación, solamente, con el tratamiento de quimioterapia ( $p < 0.028$ ), lo que nos hace pensar en que, todavía, existe un miedo a los fármacos de quimioterapia, posiblemente, por el desconocimiento y la alarma social, donde aún están presentes imágenes de eventos adversos muy negativos como puede ser la emesis o consecuencias en la imagen corporal como la alopecia. Nuestro trabajo encuentra asociación significativa entre el miedo a los tratamientos y las alteraciones corporales en aquellos pacientes que recibieron quimioterapia y, también en aquellas pacientes con cáncer de mama, lo que nos hace pensar en la magnitud de la importancia social que se le da a algunos tipos de cáncer.

Otro sentimiento presente, en ocasiones, en los pacientes oncológicos es el **miedo a depender de los demás** que, conlleva un sentimiento de malestar, de incomodidad con uno mismo o de culpabilidad por la autopercepción de ser una carga, produciéndose un rechazo a la dependencia <sup>24,36,38</sup>.

En nuestro trabajo, el 30,36% de los pacientes describen ese miedo con mayor o menor grado de repercusión, sin encontrar diferencias significativas en cuanto al género. Además, indagando en la posible etiología del miedo, como recoge la bibliografía, encontramos asociación estadísticamente significativa con la astenia y las alteraciones corporales ( $p < 0,02$  y  $p < 0,01$ , respectivamente). Por tanto, el paciente oncológico que presenta astenia o alteraciones corporales siente mayor grado de dependencia.

Otros cambios descritos en la bibliografía que puede provocar la enfermedad oncológica en todo su espectro (enfermedad, tratamiento, situación social, familiar o laboral, etc) pueden ser sentimientos de aislamiento social, de alteración con uno mismo o con los demás<sup>32,38,53</sup>. Nuestro estudio ha querido reflejar estos problemas concretándolos en dos: los relacionados

con la autoestima y la inseguridad de estar en sitios públicos y, los relacionados con las relaciones familiares y de pareja.

La **autoestima y la inseguridad para estar en sitios públicos** son cambios que están ligados, ya que una persona con problemas de autoestima presenta inseguridad para enfrentarse al medio externo. Nuestro trabajo comprueba, también, dicha asociación ( $p < 0,001$ ). Encontramos que la disminución de la autoestima estuvo presente en el 30,69% de los pacientes en la etapa inmediata y, la inseguridad para estar en sitios públicos, en un 31,68%. Sin embargo, esto se reduce en la etapa tardía, de larga supervivencia, hasta un 14,85%.

Estas alteraciones se han visto asociadas de forma estadísticamente significativa con las alteraciones corporales, tanto en la etapa inmediata al diagnóstico y tratamiento, como en la etapa tardía de larga supervivencia.

Si atendemos al género, aunque en la bibliografía no se describe relación alguna, nuestro trabajo muestra relación significativa (mayor para las mujeres) con los problemas de la autoestima en la etapa inmediata y no así en la etapa tardía. Probablemente, en nuestro estudio, esto se pueda explicar porque más de la mitad de la muestra son mujeres con cáncer de mama que, por otro lado, asocian alteraciones corporales y, por tanto, la relación venga definida por la presencia de alteraciones corporales. El no encontrar dicha asociación en la etapa tardía, viene a reflejar que con el paso del tiempo estos problemas desaparecen o aminoran y, en muchos casos, existe una situación de adaptación a esas alteraciones, por tanto, se minimiza la repercusión sobre la autoestima.

Las **relaciones familiares y de pareja** son indispensables durante todo el proceso oncológico, sin embargo, la personalidad de cada uno de los miembros y del propio enfermo, así como sus vivencias, hacen que aparezcan distintos roles o vínculos entre ellos<sup>32,33,39</sup>. Las principales situaciones que podemos encontrar son las relaciones de familiares o parejas que apoyan adecuadamente al enfermo, aquellas relaciones en las que el enfermo anima a los familiares o pareja porque estos se ven desbordados o aquella situación en la que familiares o pareja sobre-protegen al enfermo.

Los problemas en las relaciones familiares los ha descrito el 17,16% de los pacientes, mientras que los problemas de pareja los describen el 12,54%, en la etapa inmediata de

diagnóstico y tratamiento; sin embargo, en la etapa tardía, de larga supervivencia, estos problemas descienden a la mitad (8,91% problemas familiares y 7,6% problemas de pareja). Según la literatura, estos problemas necesitan mucho tiempo para que encuentren estabilidad, no obstante, el impacto de este tipo de vivencias puede llevar a conductas defensivas eficaces contra otro tipo de traumas y, además, fortalecer las relaciones interpersonales<sup>35,36,38</sup>.

En nuestro estudio no podíamos recoger las experiencias personales de cada uno de los pacientes incluidos, sin embargo, si podíamos establecer relaciones con otras posibles complicaciones con el fin de buscar situaciones favorecedoras de los problemas en las relaciones sociales. De esta manera, en la etapa inmediata de diagnóstico y tratamiento, los problemas en las relaciones familiares se ven asociados a la presencia de ansiedad y depresión (p 0.008 y p 0.011, respectivamente) y, los problemas de pareja, se asocian a las alteraciones corporales, la astenia y la ansiedad (p 0.046, p 0.029 y p 0.004, respectivamente); sin embargo, las relaciones de pareja no se han visto afectadas por alteraciones del ámbito sexual, en nuestro estudio.

En la etapa tardía, la ansiedad y la depresión siguen estando vinculadas a los problemas familiares, a pesar del tiempo transcurrido. Por el contrario, para las relaciones de pareja en esta etapa, la ansiedad no estuvo asociada y si lo estuvieron la depresión, la astenia y el deterioro cognitivo. Estos datos hay que tomarlos con precaución, ya que la muestra presenta una edad avanzada y, este envejecimiento, lleva a los pacientes a presentar otras comorbilidades, como patología cerebrovascular y otras vivencias y experiencias traumáticas que pueden condicionar las relaciones sociales con la familia y con la pareja.

Otras complicaciones psicosociales que pueden presentar los pacientes oncológicos, son **la ansiedad y la depresión**. Según datos bibliográficos, cerca de la mitad de los pacientes oncológicos tendrán algún trastorno psiquiátrico, normalmente con tendencia depresiva; otros estudios consideran que el 25% de estos pacientes cumplen algún criterio de trastorno adaptativo con ansiedad, generalmente debido a un alto nivel de incertidumbre<sup>56-59</sup>.

Ansiedad y depresión están presentes en nuestros pacientes en la etapa inmediata en un 20,79% y 24,1%, respectivamente. Datos bastante parecidos a la bibliografía, con magnitud significativamente inferior en el caso de la depresión. Es importante recordar que, para estos pacientes, ha pasado mucho tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad y es posible que

pueda haber un sesgo, al no recordar con exactitud aquella época y, concretamente para estos trastornos, la memoria puede dejarlos en el olvido.

En largos supervivientes de cáncer, la ansiedad y la depresión estuvieron presentes en un 14,52% y un 19,80%, respectivamente. Como se puede ver, sus valores han disminuido comparados con los respectivos de la época del diagnóstico. Aunque, también, es importante tener en cuenta que habiendo transcurrido bastante tiempo desde el inicio de la enfermedad oncológica, en muchos casos estos trastornos han tenido una etiología diferente, propia de otras vivencias de la persona como la muerte de un ser querido.

Los estudios revisados señalan que en torno a un 25% de los pacientes oncológicos sienten la necesidad de ayuda y tratamiento profesional, siendo necesario un período de tiempo de resolución del problema de entre un trimestre y dos años<sup>38,60,61</sup>. En nuestro estudio el 25,4% de los largos supervivientes de cáncer necesitó su correspondiente ayuda profesional y, el 81% de los que se curaron, lo hicieron en menos de dos años, coincidiendo todo ello con la literatura.

Hemos observado que la ansiedad y la depresión han afectado más al sexo femenino con valores de 21,5% y 26,3% respectivamente, mientras que los varones lo han padecido con un 19,7% y un 13,3%, respectivamente, con diferencias estadísticamente significativas, en la etapa inmediata. Sin embargo, en la de larga supervivencia, solamente, la depresión muestra asociación con el género femenino ( $p < 0.05$ ).

Por último, en relación con las complicaciones psicosociales, la bibliografía referencias problemas en varios procesos cognitivos, como son la atención, la memoria, la imaginación, la percepción o el pensamiento<sup>64-66</sup>. Nuestro estudio ha querido evaluar el déficit cognitivo centrado en dos aspectos: **la memoria y la atención**, dado que son más fáciles de reconocer.

El deterioro cognitivo ha estado presente en el 8,91% de nuestros pacientes, con mayor o menor repercusión. Dada la complejidad del concepto y la posible asociación con otros factores de confusión como el envejecimiento y las comorbilidades, se insistió en la explicación de la alteración cognitiva y su posible etiología oncológica; sin embargo, no podemos dejar de reseñar los posibles errores de subjetividad y heterogeneidad en la etiología del déficit.

Sabemos que la quimioterapia puede causar estos problemas a largo plazo en un proceso conocido como “chemobrain”, la radioterapia craneal también recoge esta secuela a largo plazo y, muchas son las referencias al déficit cognitivo del paciente oncológico y muy escasas las razones fisiopatológicas conocidas hasta el momento<sup>67-69</sup>. Nuestro estudio no encuentra relación estadísticamente significativa con ninguna de estas terapias, posiblemente y como ya hemos comentado en otras ocasiones, por la heterogeneidad de la muestra que recibe diferentes esquemas de tratamiento quimioterápico y/o de radioterapia.

Todas las complicaciones psicosociales que hemos comentado y analizado en nuestro estudio permanecen, como hemos visto, a largo plazo; aunque, generalmente, en menor magnitud. Para ello, el 25,4% de los pacientes acudió a un profesional para intentar solucionar sus problemas, frente al 59,4% que, teniendo algún problema psicosocial, no buscó ayuda (el 15,2% restante no sufrió ningún tipo de complicación psicosocial). Es importante reseñar el alto número de pacientes que, aún reconociendo que tienen un problema, no acuden a buscar ayuda profesional quizás porque le dan poca importancia en su vida habitual, por sentimientos de vergüenza o por incredulidad a ser ayudados. Más del 75% de los pacientes que consultaron vieron solucionados sus problemas y, la mayoría de ellos en un periodo inferior a dos años.

Por tanto, los problemas psicosociales que padecen nuestros pacientes son de etiología diversa, afectan a diferentes aspectos de la vida cotidiana y pueden durar largos periodos de tiempo; sin embargo, la mayoría los resuelve, sobre todo, cuando acuden a buscar ayuda profesional (aunque son pocos los que consultan). De modo que, es posible que los profesionales sanitarios implicados en el cuidado de los pacientes oncológicos deban prestar más atención a los problemas de este ámbito y, aunque el paciente no consulte, preguntar para actuar lo antes posible y minimizar las consecuencias.

### **Aspectos de ámbito laboral en el paciente largo superviviente de cáncer**

El 40% de los pacientes oncológicos se diagnostican por debajo de los 65 años, es decir, en periodo laboral activo; esto supone, en ocasiones, un problema añadido para el paciente porque puede sufrir dificultades físicas, psicológicas o sociales para hacer frente a su puesto de trabajo, siempre que este pueda ser conservado. Según estas mismas fuentes, la reincorporación laboral oscila entre el 30% y el 92% según las series<sup>49-51</sup>.

En nuestro estudio, el 42,6% de los pacientes tenía vida laboral al diagnóstico de la enfermedad oncológica, coincidiendo con lo descrito en la literatura. El 14,8% continuó trabajando a pesar del diagnóstico, mientras que más de un 85% dejó de trabajar; sin embargo, cerca del 75% de estos se reincorporó al mundo laboral y, el 87,6% lo hace en su puesto habitual.

Hemos analizado los principales problemas que pueden sufrir los pacientes oncológicos al reincorporarse a la vida laboral destacando los siguientes. Los pacientes presentaron dificultades físicas destacando la astenia (94%) y limitaciones funcionales en distinto grado (77%), dificultades psicológicas destacando los problemas de concentración y análisis (40%) y dificultades sociales como los problemas para la reincorporación (83%), dificultad para el ascenso (39%) o discriminación de jefes y compañeros (74%).

La bibliografía recoge que cerca del 90% de los pacientes sufrirán discriminación de jefes o compañeros, causado por las dudas que presentan acerca de la eficacia del superviviente de cáncer para llevar a cabo su trabajo o por incapacidad de los compañeros para estar a la altura de la situación padecida por el superviviente de cáncer<sup>21,51</sup>. En nuestro trabajo, los pacientes hacen referencia a sentimientos de envidia por parte de los compañeros derivados de una menor carga de trabajo impuesta por sus superiores al tener una percepción de debilidad del superviviente de cáncer.

A estos problemas, se suman otros problemas de los pacientes oncológicos ya descritos previamente como la depresión o la disminución de la autoestima y de estar en sitios públicos, lo que puede contribuir a los problemas de reinserción laboral.

### **Aspectos asistenciales**

La frecuentación a los distintos profesionales de la salud por parte del paciente oncológico difiere en función de la etapa evolutiva del proceso; así durante la etapa inmediata al diagnóstico y tratamiento del cáncer, los pacientes acuden con mayor frecuencia al equipo de oncología (médico, enfermería y psico-oncología); sin embargo, a medida que el proceso avanza, finaliza el tratamiento y comienza el periodo de larga supervivencia, el equipo de oncología disminuye sus visitas y, al contrario ocurre con el equipo de atención primaria.

En nuestro estudio vemos como en la etapa inmediata, el paciente frecuentaba el servicio de oncología (casi el 100% médico oncólogo y el 90% los servicios de enfermería oncológica), también se observa una elevada frecuentación a los equipos de atención primaria (90% al médico de atención primaria y 60% a enfermería de atención primaria). Estos datos nos dan una idea de la importancia de la asistencia multidisciplinar.

Los psicólogos y psiquiatras fueron visitados con mucha menor frecuencia, el 22,7% y el 15,5% de los pacientes, respectivamente. Este dato puede llamar la atención teniendo en cuenta la elevada incidencia de problemas psicosociales que hemos visto que presentan estos pacientes. Sin embargo, es posible que en esta etapa inmediata, se de prioridad a otros aspectos y se prefieran evitar consultas, terapias, etc si no es estrictamente necesario, es decir, si permite hacer una vida aceptablemente normal.

En la etapa de larga supervivencia, los profesionales sanitarios siguen estando presentes, pero con menor frecuencia. Las visitas al oncólogo médico siguen estando presentes en casi el 100% de los casos pero con una frecuencia, valorada por los pacientes como poco frecuente, algo similar ocurre con la enfermería oncológica. Sin embargo, el médico de atención primaria cobra mayor relevancia y su frecuentación es mayor por parte del 80% de los pacientes, aunque se describa como poco frecuente por problemas oncológicos.

Todos estos datos son congruentes con la asistencia sanitaria del paciente oncológico en su proceso de enfermedad hasta la etapa de larga supervivencia, así durante el primer periodo el diagnóstico y tratamiento del cáncer es lo prioritario, pero a medida que el proceso avanza, el tratamiento finaliza y comienza la etapa de supervivencia, comienza a tener más relevancia la salud a largo plazo, los procesos de prevención y las comorbilidad, aspectos asistenciales que recaen en los equipos de atención primaria, fundamentalmente.

Por otra parte, hemos querido hacer una breve evaluación de la calidad asistencial y la cobertura a las necesidades de los pacientes oncológicos, de manera que más del 80% hace una valoración muy positiva, el 80% refiere que ha tenido sus necesidades cubiertas en su mayoría y, cerca del 90% valora la calidad asistencial como buena o perfecta.

Por tanto, globalmente, los pacientes perciben tener sus necesidades cubiertas y una alta calidad asistencial. Sin embargo, hay que destacar que la mejoría siempre es posible y debemos de tener en cuenta los aspectos que perciben como negativos para cambiarlos o mejorar la comunicación con el paciente para minimizar sus inquietudes y cubrir sus necesidades.

### **Valoración del alta del servicio de oncología y seguimiento por atención primaria**

El proyecto de coordinación entre atención primaria y atención especializada (oncología médica) para la atención a los pacientes largos supervivientes de cáncer, identificado en la figura de la ULSO (Unidad de Largos Supervivientes de Cáncer), ha iniciado su actividad poco antes que comenzara este estudio, por ello entre nuestros objetivos se encuentra la valoración del alta de oncología y el seguimiento por los equipos de atención primaria, desde el punto de vista del paciente oncológico.

Cerca del 80% de los encuestados, valora como positiva, el alta del servicio de oncología médica del Hospital Universitario de Salamanca y, la misma cifra de pacientes confía en su equipo de atención primaria para llevar a cabo su seguimiento. Además, la mayoría de pacientes (92,4%) piensa que la comunicación entre ambos niveles asistenciales es efectiva y de calidad.

Sin embargo, a pesar de estos buenos resultados, existe un porcentaje no desdeñable de pacientes que no cree que sea una buena idea el alta del servicio de oncología, que no cree en su médico de atención primaria para realizar sus controles o piensa que no hay buena comunicación interniveles. Estos pacientes, explican sus temores porque durante años el seguimiento lo han hecho en el servicio de oncología médica y sienten que ese seguimiento será más efectivo, más frecuente o mejor cuando se hace a nivel hospitalario que en su centro de salud, probablemente por la falta de información o conocimiento del proceso y la falta de confianza en sus equipos de atención primaria, por malas experiencias previas o por mala relación con estos profesionales y, así lo refleja la descripción que hacen los pacientes a este respecto.

Por tanto, es importante que el paciente oncológico conozca su hoja de ruta desde el diagnóstico, sabiendo cuando es precisa la valoración por el especialista en oncología médica y cuando por su médico de atención primaria y, los tiempos de seguimiento por cada uno de

ellos, garantizando, en cualquier caso, el seguimiento adecuado y de calidad y, para ello es fundamental la información.

Finalmente tenemos que recoger las principales **limitaciones de nuestro estudio**. En primer lugar comentamos las limitaciones metodológicas, el trabajo se ha realizado a partir de una encuesta de valoración personal y, por tanto, subjetiva, algunos pacientes presentaban sentimientos de vergüenza, inseguridad o inferioridad frente a algunas complicaciones y, es posible que los datos estén falseados o se haya omitido información. Sirva de ejemplo algunas de las complicaciones del ámbito sexual, apartado en el que hay un porcentaje de pacientes que no quiere contestar.

Otra limitación a considerar es la amplitud de información y el tiempo transcurrido entre la etapa inmediata y la etapa de larga supervivencia. En ocasiones, los problemas o complicaciones ocurridos en la etapa inmediata se pueden magnificar o minimizar porque con el paso del tiempo la percepción es diferente. En este sentido podría ser interesante realizar un trabajo con dos cohortes diferentes, una con pacientes en el momento de finalizar los tratamientos y otra con pacientes largos supervivientes de cáncer, de manera que se pueda realizar un análisis comparativo de los problemas que ocurren inicialmente y las secuelas que pueden quedar a largo plazo, sin tener el “sesgo del olvido”.

Por otra parte, la heterogeneidad de la muestra nos ha permitido hacer una descripción general de lo que le ocurre a nuestros pacientes largos supervivientes de cáncer, sin embargo, algo que puede ser positivo, puede ser una limitación a la hora de interpretar los resultados, estableciendo asociaciones o no asociaciones difíciles de valorar.

Este trabajo es, por tanto, el primer trabajo realizado en una población de largos supervivientes de cáncer donde se han evaluado los problemas y necesidades que presentan y, pone de manifiesto que, a pesar de los avances y el incremento en supervivencia, hay muchos aspectos que mejorar en el seguimiento y en la atención multidisciplinar a estos pacientes largos supervivientes de cáncer, lo que debe de constituir una motivación para continuar trabajando en este campo con el fin último de garantizar un atención adecuada y de calidad al paciente largo superviviente de cáncer.

## **CONCLUSIONES**



- 1- En nuestro estudio, los pacientes largos supervivientes de cáncer describen problemas físicos, sexuales y psicosociales en la etapa inmediata al diagnóstico y tratamiento del cáncer.
  - 1a) Los problemas más frecuentes a destacar son las alteraciones corporales, la astenia y la toxicidad digestiva que se asocian con problemas de ámbito sexual como la disminución de las relaciones sexuales.
  - 1b) Además, el paciente oncológico presenta con frecuencia alteraciones psicosociales, como la ansiedad, la depresión o los miedos que dificultan su vida cotidiana.
  - 1c) Muchos de los problemas que presentan los pacientes en esta etapa están interrelacionados, por lo que la asociación entre ellos debe tenerse en cuenta en la valoración global de los pacientes.
- 2- En nuestro estudio, los pacientes largos supervivientes de cáncer también afrontan problemas de diversa índole en la etapa tardía, como consecuencia del proceso oncológico y los tratamientos recibidos, aunque no hemos podido discernir la influencia de cada uno de ellos. No obstante, el envejecimiento de la población y la presencia de comorbilidades puede contribuir, también, a la presencia de los mismos.
- 3- La mayoría de los pacientes en edad laboral mantienen su trabajo o se reincorporan tras los tratamientos oncológicos. A pesar de ello, en nuestro estudio, muchos pacientes afrontan dificultades en la reinserción laboral, sobre todo, astenia y dificultades sociales con compañeros y jefes.

- 4- Los pacientes oncológicos de nuestro estudio pocas veces buscan ayuda profesional para resolver los problemas detectados; sin embargo, cuando consultan con el especialista los ven solucionados con frecuencia.
  
- 5- Los pacientes largos supervivientes de cáncer valoran positivamente el alta del servicio de oncología y el seguimiento a largo plazo por los equipos de atención primaria; sin embargo, debemos de insistir en la información clara y concisa y, garantizar un seguimiento adecuado y de calidad.

## **BIBLIOGRAFÍA**



## **BIBLIOGRAFÍA**

- (1) Cabanes A, Vidal E, Aragonés N et al.: El cáncer en España 2011. *Ann Oncol.* 2010; 21 Suppl 3: iii14-20.
- (2) Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, et al. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer.* 2010 Dec 15; 127 (12) 2893-917.
- (3) Cabanes Doménech A, Pérez-Gómez B, Aragonés N et al. "La situación del cáncer en España, 1975-2006". 2009
- (4) International Agency for Research on Cancer. EUCAN. [Acceso Abril 2014] Disponible en: <http://eco.iarc.fr/eucan>.
- (5) GLOBOCAN 2012. Estimated Cancer Incidence Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. [Acceso Abril 2014] Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
- (6) Sanitaria, Planificación. "La situación del cáncer en España." Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo 89 (2005). Disponible en: [https://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CANCER/opsc\\_est2.pdf](https://msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/cancer-cardiopatía/CANCER/opsc_est2.pdf)
- (7) Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. La situación del cáncer en España. 2014. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2011/EL\\_CANCER\\_EN\\_ESPANA\\_2011.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/salaprensa/notasprensa/2011/EL_CANCER_EN_ESPANA_2011.pdf)
- (8) Bray F, Ren JS, Masuyer E, Ferlay J. Estimates of global cancer prevalence for 27 sites in the adult population in 2008. *Int J Cancer.* 2013 Mar 1; 132(5): 1133-45.
- (9) Clèries R, Ribes J, Gálvez J, et al. Cálculo automatizado de la supervivencia relativa vía web. El proyecto WAERS del Instituto Catalán de Oncología. *Gac Sanit.* 2005; 19(1): 71-75
- (10) Jemal A, Siegel R, Xu J et al. Cancer statistics, 2010. *CA Cancer J Clin.* 2010; 60(5): 277-300.
- (11) Sant M, Allemani C, Santaquilani M et al. EUROCORE-4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary. *Eur J Cancer.* 2009; 45(6): 931-991.
- (12) Berrino F, De Angelis R, Sant M, et al. Survival for eight major cancers and all cancers combined for European adults diagnosed in 1995-99: results of the EUROCORE-4 study. *Lancet Oncol.* 2007 Sep; 8(9): 773-83.
- (13) EUROCORE-5. Survival of cancer patients in Europe. Survival Analysis 2000-2007. Disponible en: <http://www.eurocare.it/>.

- (14) EUROCARE-4. Survival of cáncer patients in Europe. Survival Analysis 1995-1999. Disponible en <http://www.eurocare.it/>
- (15) Grunfeld E, Earle CC. The interface between primary and oncology specialty care: treatment through survivorship. *J Natl Cancer Inst Monogr.* 2010; (40):25– 30.
- (16) USNational Institute of Health /[www.cancer.gov](http://www.cancer.gov)
- (17) Mullan F. Seasons of survival: reflections of a physician with cancer. *N Engl J Med.* 1985; 313(4):270-3.
- (18) Etapas de supervivencia en el cáncer | MD Anderson Cancer Center Madrid. Disponible en: <http://www.mdanderson.es/el-cancer/vivir-con-el-cancer/etapas-de-supervivencia-en-el-cancer>
- (19) Feliu J, Viricuela J.A. El seguimiento en los supervivientes de cáncer: una responsabilidad compartida. *Med Clin (Barc).* 2011; 137(4): 163-5.
- (20) Ferro T, Borràs Josep M. Una bola de nieve está creciendo en los servicios sanitarios: los pacientes supervivientes de cáncer. *Gac Sanit.* 2011; 25(3): 240-245
- (21) Evaluación de la Calidad de la Asistencia Oncológica en España. Publicaciones Universidad de los Pacientes. Fundació Joseph Laporte. 2008. Disponible en: <http://www.fbjoseplaporte.org/docs/repositori/080605120842.pdf>
- (22) 20 Years of Advocating for Quality Cancer Care. National Coalition for Cancer Survivorship USA. 2005. Disponible en: <http://www.canceradvocacy.org/wp-content/uploads/2012/12/2005-annual-report.pdf>
- (23) Kew F, Galaal K, Bryant A, Naik R. Evaluation of follow-up strategies for patients with epithelial ovarian cáncer following completion of primary treatment. *Cochrane Database of Syst Rev.* 2011; (6): CD006119.
- (24) Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer 1ª Parte. Sociedad Española de Oncología Médica. SEOM. Disponible en: [http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO\\_SEOM\\_LARGOS\\_SUPERVIVIENTES\\_I.pdf](http://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/infopublico/publicaciones/MONOGRAFICO_SEOM_LARGOS_SUPERVIVIENTES_I.pdf).
- (25) Cáncer Familiar y Hereditario. Centro Nacional de Investigaciones Oncológicas. Disponible en: <http://www.cnio.es/es/programas/prog504a1.asp>
- (26) Onco Guía del consejo y asesoramiento genéticos en el cáncer hereditario. Versión breve para la aplicación en la práctica clínica. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Barcelona: Departament de Salut. Generalitat de Catalunya (2006). Disponible en: <http://www.breastsurgeonsweb.com/wp-content/uploads/downloads/2012/10/604.pdf>
- (27) Las Heras Alonso M.M. Gelabert Mas A. Tumores primarios múltiples independientes y segundas neoplasias primarias. Relación con el hábito de fumar. *Actas Urol Esp.* 2010; 34(6) :516–521.

- (28) Benites Benites M.P. Relación entre la aparición de una segunda neoplasia y el uso de quimioterápicos con agentes alquilantes en pacientes oncológicos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen- Lima, Perú- Periodo: enero 1998- diciembre 2000. 2003. Disponible en: [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/benites\\_bm/cap1.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/benites_bm/cap1.pdf)
- (29) Rojas May G. Estrategias de intervención psicológica en pacientes con cáncer de mama. *Rev Med Clin Condes*. 2006; 17(4): 194-97.
- (30) Barroilhet Díez S. Forjaz M.J. Garrido Landivar E. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Esp Psiquiatr*. 2005; 33(6):390-397.
- (31) Efectos secundarios de la Quimioterapia. Fundación para la Excelencia y la Calidad de la Oncología. Disponible en: [https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/3.Toxicidad\\_de\\_Quimioterapia.pdf](https://www.fundacioneco.es/wp-content/uploads/2014/04/3.Toxicidad_de_Quimioterapia.pdf)
- (32) Andrés Solana C. Aspectos psicológicos en el paciente superviviente. *Cuidados continuos en oncología radioterápica. Oncología (Barc.)*. 2005; 28(3)
- (33) Martínez I L, Tomás, C L, Chamorro M J M. Aspectos psicosociales de las enfermedades crónicas en niños y adolescentes. *Informaciones psiquiátricas: Publicación científica de los Centros de la Congregación de Hermanas Hospitalarias del Sagrado Corazón de Jesús*. 2002 (170), 425-434.
- (34) Mouren-Siméoni M C, Vila G, Bouvard M P et al. Aspects psychopathologiques liés à certaines affections psychiatriques. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale* 1998; 37: 203-210.
- (35) Dow K H, Ferrell B R, Haberman M R, Eaton L. The meaning of quality of life in cancer survivorship. *Oncol Nurs Forum*. 1999; 26(3):519–528.
- (36) Koocher G P, O'Malley J E. *The Damocles syndrome: Psychosocial consequences of surviving childhood cancer*. McGraw-Hill Companies. 1981.
- (37) Torres Barrenechea R. Interconsultas y enlace en psiquiatría. *Bol. Esc. Med. P.*. 1995; 24(2):92-6.
- (38) National Cancer Institute. *Facing Forward: Life After Cancer Treatment: Your Feelings*. 2011. Disponible en: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/life-after-treatment.pdf>
- (39) National Cancer Institute. *Facing Forward: Life After Cancer Treatment: Social and Work Relationships*. 2011. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/coping/life-after-treatment>.
- (40) Derogatis LR, Kourlesis SM. An approach to evaluation of sexual problems in the cancer patients. *CA Cancer J Clin*. 1981; (1): 46-50.

- (41) García Padilla D R, García Padilla P. Sexualidad y Comunicación de pareja en mujeres con cáncer de cérvix: una intervención psicológica. Univ. Psychol. Bogotá. 2003;2(2):199-214
- (42) Olivares Crespo M E. Aspectos psicológicos en el cáncer ginecológico. Avances en Psicología Latinoamericana. 2004; 22(1):29-48
- (43) Olmeda-García B, Chavelas Hernández D, Arzate Mireles C E, et al. Desgenitalización, sexualidad y cáncer. GAMO. 2010;9(5):208-214
- (44) Green HJ, Pakenham KI, Headley BC et al. (2002) Coping and health-related quality of life in men with prostate cancer randomly assigned to hormonal medication or close monitoring. Psychooncology.2002; 11(5): 401-14.
- (45) Althof SE, Rosen RC, DeRogatis L, et al. Outcome measurement in female sexual dysfunction clinical trials: review and recommendations. J Sex Marital Ther. 2005; 31(2):153-66.
- (46) Meston CM, DeRogatis LR. Validated instruments for assessing female sexual function. J Sex Marital Ther. 2002; 28 Suppl 1: 155-64.
- (47) Grau Abalo JA, Llantá Abreu MC, Chacón Roger M, Fleites González G. La sexualidad en pacientes con cáncer: algunas consideraciones sobre su evaluación y tratamiento. Rev. Cubana Oncol. 1999; 15(1):49-65.
- (48) Kunz M, Dizon D. Sexuality and Intimacy Following Cancer. US Obstetrics & Gynecology. 2008; 3(2):21-23.
- (49) Ochoa C, Sumalla Enric C, Maté J, Castejón V et al. Psicoterapia positiva grupal en cáncer. Hacia una atención psicosocial integral del superviviente de cáncer. Psicooncología. 2010;7(1):7-34.
- (50) Molina R, Feliu J. La reinserción laboral: un nuevo reto en el paciente con cáncer. Psicooncología. 2010; 8(1):45-51.
- (51) Hoffman B. Cancer survivors al work: a generation of progress. CA Cancer J Clin. 2005; 55: 271-80.
- (52) Molina Villaverde R, Feliu Batle J, Villabla Yllan A et al. Actividad laboral en una cohorte de pacientes con linfoma non Hodgkin. Med Segur Trab. 2008; 54(210):19-24

- (53) Osorio Noriega R. Aspectos psicosociales en el paciente con dolor por cáncer. Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor (Ed.) Libro de Dolor y Cáncer. 2009:37-48.
- (54) Arbizu JP. Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales Sis San Navarra*. 2000; 4(1):173-178.
- (55) Sirera R, Sánchez PT, Camps C. Inmunología, estrés, depresión y cáncer. *Psicooncología*. 2006; 3(1):35-48.
- (56) Sklar LS, Anisman H. Stress and Cancer. *Psychol Bull*. 1981; 89(3):369-406.
- (57) Massie MJ, Holland JC. Consultation and liaison issues in cancer care. *Psychiatr Med*. 1987; 5(4):343-59.
- (58) Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004; 1(2):211-230.
- (59) Padierna C, Fernández C, Amigo I, et al. Estudio longitudinal de los parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos. *Psicooncología*. 2004; 1(2):191-204.
- (60) Gaviria AM, Vinaccia S, Riveros MF, et al. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol Caribe*. 2007; 20:50-75.
- (61) Benedito Monleón MC, López Andreu JA, Serra Estellés I, et al. Secuelas psicológicas en los supervivientes a largo plazo de cáncer. *An Esp Pediatr*. 2000;53(6): 553-560.
- (62) Martínez Echeverri MR, Méndez Porras C, Patricia Ballesteros B. Características espirituales y religiosas de pacientes con cáncer que asisten al centro Javeriano de Oncología. *Univ Psychol: La Revista*. 2004; 3(2):231-246.
- (63) Núñez P, Enríquez D, Irrarázaval ME. La espiritualidad en el paciente oncológico: una forma de nutrir la esperanza y fomentar un afrontamiento positivo a la enfermedad. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología*. 2012; 10(1):84-100.
- (64) Díaz Atienza J. Introducción a la psicooncología pediátrica. *Psiquiatría infantil*. 2012.
- (65) Portellano J. Capítulo 4, Evaluación Neuropsicológica Introducción a la Neuropsicología. 2005: 111-139.
- (66) Los procesos cognitivos. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos75/procesos-cognitivos/procesos-cognitivos3.shtml#imaginacia>.

- (67) López Santiago S, Cruzado JA, Feliú J. Chemobrain: revisión de estudios que evalúan el deterioro cognitivo de supervivientes de cáncer tratados con quimioterapia. *Psicooncología*. 2011; 8(2/3):265-280.
- (68) López S, Cruzado JA, Feliú J. Rendimiento cognitivo, estado emocional y calidad de vida en pacientes de cáncer de colon previamente a recibir tratamiento de quimioterapia. *Psicooncología* 2009; 6(1): 121-137.
- (69) Rubio B, Sirgo A, Forcadell E, et al. Deterioro cognitivo inducido por los tratamientos oncológicos sistémicos en el cáncer de mama no metastásico: revisión de estudios. *Psicooncología*. 2009; 6(1): 83-120
- (70) Gómez Cruz M. Déficit neuropsicológicos asociados a alteraciones cerebrales secundarias a tratamientos oncológicos. *Psicooncología*. 2011; 8(2/3):215-229.
- (71) Feliú J, López Santiago S, Martínez Marín V, et al. Bases biológicas del deterioro de la función cognitiva inducido por los tratamientos antineoplásicos. *Psicooncología*. 2011; 8(2/3): 201-213.
- (72) López Santiago S. Estudio prospectivo del funcionamiento cognitivo en pacientes de cáncer de colon tratados con quimioterapia adyuvante. Tesis doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Servicio de Publicaciones. 2011.
- (73) Seigers R, Timmermans J, van der Horn HJ, et al. Methotrexate reduces hippocampal blood vessel density and activates microglia in rats but does not elevate central cytokine release. *Behav Brain Res*. 2010; 207(2):265-72.
- (74) Becerra Puebla S. Cancer and venous thrombosis. *Medwave*. 2007; 7(1).
- (75) Shilling V, Jenkins V, Fallowfield L, Howell T. The effects of hormone therapy on cognition y breast cancer. *J Steroid Biochem Mol Biol*. 2003; 86(3-5):405-12.
- (76) Hermelink K, Henschel V, Untch M, et al. Short-Term Effects of Treatment-Induced Hormonal Changes on Cognitive Function in Breast Cancer Patients. 2008; 113(9): 2431-2439.
- (77) Estévez González A, García Sánchez C, Barranquer Bordas L. Los lóbulos frontales: el cerebro ejecutivo. *Rev neurol*. 2000; 31(6):566-77.
- (78) Sundermann EE, Maki PM, Bishop JR. A review of Estrogen Receptor  $\alpha$  Gene (ESR1) Polymorphisms, Mood, and Cognition. *Menopause*. 2010; 17(4):874-86.
- (79) Solé Padullés C, Clemente IC, Bartres Faz D. Marcadores genéticos relacionados con el déficit cognitivos en el envejecimiento. *An Psicol*. 2004; 20(2): 187.
- (80) Nathoo N, Chetty R, Van Dellen JR, Barnett GH. Genetic vulnerability following traumatic brain injury: the role of apolipoprotein E. *Mol Path*. 2003; 56(3):132-136.

- (81) Vardy J, Wefel J.S, Ahles T, Tannock I.F, Schagen S.B. Cancer and cancer-therapy related cognitive dysfunction: an international perspective from the Venice cognitive workshop. *Ann Oncol.* 2008; 19(4): 623-629.
- (82) Neurowikia. Síndromes neurológicos. Bases neurobiológicas de las funciones cognitivas. Evaluación neuropsicológica. Disponible en: <http://www.neurowikia.es/content/evaluacion-neuropsicologica>.
- (83) Greenwald HP, Mc Corkle R. Sexuality and sexual function in long-term survivors of cervical cancer. *J Women Health.* 2008; 17(6): 955-63.
- (84) Lindau ST, Gavrilova N, Anderson D. Sexual morbidity in very long term survivors of vaginal and cervical cancer. A comparison to national norms. *Gynecol Oncol.* 2007; 106(2): 413-8.
- (85) Ferreira Simone MA, de Oliveira Gozzo T, Sanches Panobianco M, et al. Barreras en la inclusión de la sexualidad en el cuidado de enfermería de mujeres con cáncer ginecológico y de mama: perspectiva de las profesionales. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2015; 23(1): 82-89.
- (86) Dorval M, Maunsell E, Desxhenes L, Brisson J, Masse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Onc.* 1998; 16(2): 487-494.
- (87) García Vivar C. Calidad de vida en supervivientes a largo plazo de cáncer de mama: un área olvidada en la investigación enfermera española. *Index Enferm.* 2005; 14(50): 30-34.
- (88) Braña-Marcos B, Carrera-Martínez D, De La Villa-Santoveña M, et al. Breast cancer survivors: quality of life and prevailing diagnoses. *Enferm Clin.* 2012; 22(2): 65-75.
- (89) Celis-Amórtegui M, Aldas-Gracia J, Toro-Moreno FA. A cohort study of the impact of a diagnosis of cervical dysplasia and human papilloma virus infection on the sexual functioning of females in a second-level hospital in Bogotá, Colombia. *Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología.* 2010; 61(4): 303-309.
- (90) Stinesen Kollberg K, Waldenström AC, Bergmark K, et al. Reduced vaginal elasticity, reduced lubrication, and deep and superficial dyspareunia in irradiated gynecological cancer survivors. *Acta Oncologica.* 2015; 54(5): 772-779.
- (91) Bergmark K, Avall-Lundqvist E, Dickman PW, et al. Vaginal changes sexuality in women with a history of cervical cancer. *N Eng J Med.* 1999; 304(18): 1383-9
- (92) Ros C, Espuna M. Impacto del tratamiento del cáncer de cérvix sobre la función miccional y sexual. *Actas Urol Esp.* 2013; 37(1): 40-6
- (93) Incrocci L, Jensen, PT. Pelvic Radiotherapy and Sexual Function in Men and Women. *J Sex Med.* 2013. Suppl 1: 53–64.
- (94) Do Nascimento Barreira JV. Tratamento da disfunção erétil após prostatectomia radical. 2013.

- (95) Mazzola C, Mulhall JP. Penile rehabilitation after prostate cancer treatment: outcomes and practical algorithm. *Urol Clin North Am*. 2011; 38(2): 105–18.
- (96) Eduardo AHA, Napoleao AA. de Carvalho EC. Nursing interventions for patients with erectile dysfunction after radical prostatectomy: integrative review. *Enfermería Global*. 2016; 15(2): 456.
- (97) Pérez Moreno LE, Rodríguez Rodríguez LL, Gallo Favelo A, Pérez Villarreal J. Complicaciones del tratamiento radiante en el área sexual en el cáncer de próstata. *Acta Médica del Centro*. 2013; 7(1):112-116.
- (98) Lorenzo García A. Alteraciones sexuales en las mujeres con cáncer ginecológico. Revisión bibliográfica. *Trabajos académicos de la Universidad de Jaén*. 2015
- (99) Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, et al. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2003; 56(4): 937-49.
- (100) Montes LM, Mullins MJ, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006; 71(2): 129-134
- (101) Samper Ots PM, Pérez-Escutia MA, Cabezas MA. Toxicidad en tratamientos de abdomen y pelvis: tipo de toxicidad y escalas de valoración. *Oncología (Barc.)*. 2005; 28(2): 35-41.
- (102) Hernández V. Sexualidad en la patología neoplásica ovárica. *Psicooncología*. 2003; (1): 57-73.
- (103) Portela ES, Soto González M. Problemas sexuales derivados de la histerectomía. *Clínica e investigación en Ginecología y Obstetricia*. 2016; 43(2): 25-32.
- (104) Martínez M, Bustos H, Ayala R, et al. Evaluación de la función sexual en mujeres sometidas a histerectomía total y supracervical por vía laparoscópica. *Rev chil obstet ginecol*. 2010; 75(4): 247-252.
- (105) Urrutia MT, Araya A, Padilla O. Sexualidad e histerectomía: diferencias entre un grupo de mujeres con y sin ooforectomía. *Rev chil obstet ginecol*. 2011; 76(3): 138-146.
- (106) Juan Escudero, JU, Ramos de Campos M, Ordoño Domínguez, F, et al. Radical prostatectomy complications: evolution and conservative management of urinary incontinence. *Actas Urol Esp*. 2006; 30(10): 991-7.
- (107) Mavrich Villavicencio H, Esquena S, Palou Redorta J, Gómez Ruíz JJ. Robotic radical prostatectomy: overview of our learning curve. *Actas Urol Esp*. 2007; 31(6): 587-92.

- (108) Portillo Martín JA, Rado Velázquez M, Gutiérrez Baños JL, et al. Complicaciones de una serie consecutiva de 133 casos de prostatectomía radical. *Actas Urol Esp.* 2001; 25(8):559-66
- (109) Zugor V, Miskovic I, Lausen B, et al. Sexual dysfunction after rectal surgery: a retrospective study of men without disease recurrence. *J Sex Med.* 2010; 7(9): 3199-3205.
- (110) Leveckis J, Boucher NR, Parys BT, et al. Bladder and erectile dysfunction before and after rectal surgery for cancer. *Brit J Urol.* 1995; 76(6): 752-756.
- (111) Hendren SK, O'Connor BI, Liu M, et al Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Ann Surg* 2005; 242(2):212-23
- (112) Nesbakken A, Nygaard, K, Bull-Njaa T, et al. Bladder and sexual dysfunction after mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg.* 2000; 87(2):206-10.
- (113) Dohle GR. Male infertility in cancer patients: Review of the literature. *Int J Urol.* 2010; 17(4): 327-31.
- (114) Meistrich ML. Male gonadal toxicity. *Pediatr Blood Cancer.* 2009; 53(2):261-6.
- (115) Trottmann M, Becker AJ, Stadler T, et al. Semen quality in men with malignant diseases before and after therapy and the role of cryopreservation. *Eur Urol.* 2007; 52(2):355-67.
- (116) Jacob A, Barker H, Goodman A, Holmes J. Recovery of spermatogenesis following bone marrow transplantation. *Bone Marrow Transplant.* 1998; 22(3): 277-9.
- (117) Meirow D, Biederman H, Anderson RA, Wallace WH. Toxicity of Chemotherapy and Radiation on Female Reproduction. *Clin Obstet Gynecol.* 2010; 53(4): 727-39
- (118) Hamre H, Kiserud CE, Ruud E, et al. Gonadal function and parenthood 20 years after treatment for childhood lymphoma: A cross-sectional study. *Pediatr Blood Cancer.* 2012; 59(2): 271-7.
- (119) Irvine DM, Vincent L, Bubela N, et al. A critical appraisal of the research literature investigating fatigue in the individual with cancer. *Cancer Nurs.* 1991; 14(4): 188-99.
- (120) Devlen J, Maguire P, Phillips P, et al. Psychological problems associated with diagnosis and treatment of lymphomas. I: Retrospective study. *Br Med J (Clin Res Ed).* 1987; 295(6604):953-4.
- (121) Smets EM, Garssen B, Schuster-Uitterhoeve AL, de Haes JC. Fatigue in cancer patients. *Br J Cancer.* 1993; 68(2): 220-4.

- (122) Barsevick A, Frost M, Zwinderman A, et al. I'm so tired: biological and genetic mechanisms of cancer-related fatigue. *Quality of Life Research*. 2010; 119(10): 1419-1427.
- (123) Dimeo FC, Stieglitz RD, Novelli-Fischer U, et al. Effects of physical activity on the fatigue and psychologic status of cancer patients during chemotherapy. *Cancer*. 1999; 85(10): 2273-7.
- (124) Aghabati N, Mohammadi E, Pour Esmail Z. The effect of therapeutic touch on pain and fatigue of cancer patients undergoing chemotherapy. *Evid Based Complement Alternat Med*. 2010; 7(3): 375-81.
- (125) Dimeo F, Fetscher S, Lange W, Mertelsmann R, Keul J. Effects of aerobic exercise on the physical performance and incidence of treatment-related complications after high-dose chemotherapy. *Blood*. 1997; 90(9): 3390 – 4.
- (126) Font A, Buscemi V, Rodríguez E. Fatiga, expectativas y calidad de vida en cáncer. *Psicooncología*. 2004; 1(2): 45-56.
- (127) Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. The Fatigue Coalition. *Semin Hematol*. 1997; 34(3 Suppl 2):4-12.
- (128) Schmidt ME, Chang-Claude J, Vrieling A, et al. Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: temporal courses and long-term pattern. *J Cancer Surviv*. 2012; 6(1): 11-9.
- (129) Servaes P, Verhagenb C, Bleijenberga G. Fatiga en pacientes con cáncer, durante y después del tratamiento: prevalencia, factores correlacionados e intervenciones. *European Journal of Cancer (Ed. Española)*. 2002; 2: 151-168.
- (130) Kucharczyk J, Miller AD. Nausea and vomiting: recent research and clinical advances. by Kucharczyk J, Stewart DJ, Miller AD. CRC Press, New York. 1991: 1-12.
- (131) Frytak S, Moertel CG. Management of Nausea and Vomiting in the Cancer Patient. *JAMA*. 1981; 245(4): 393-396.
- (132) Janelsins MC, Tejani MA, Kamen C, et al. Current pharmacotherapy for chemotherapy-induced nausea and vomiting in cancer patients. *Expert Opin Pharmacother*. 2013; 14(6): 757-66.
- (133) Morrow GR, Dobkin PL. Anticipatory nausea and vomitin in cancer patients undergoing chemotherapy treatment: Prevalence, etiology and behavioral interventions. *Clin Psycholog Rev*. 1998; 8(5): 517-556
- (134) Morrow GR, Morrell C. Behavioral Treatment for the Anticipatory Nausea and Vomiting Induced by Cancer Chemotherapy. *N Engl J Med*. 1982; 307(24): 1476-80.

- (135) Hilarius DL, Kloeg PH, Van der Wall E, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in daily clinical practice: a community hospital-based study. *Support Care Cancer*. 2012; 20(1): 107-17
- (136) Farrell C, Brearley SG, Pilling M, Molassioti A. The impact of chemotherapy-related nausea on patients' nutritional status, psychological distress and quality of life. *Support Care Cancer*. 2013; 21(1): 59-66.
- (137) Vera R, Martínez M, Salgado E, et al. Tratamiento de la emesis inducida por quimioterapia. *An Sis San Navarra*. 2004; 27: 117-123.
- (138) Hirsh V, Blais N, Burkes R, et al. Management of diarrhea induced by epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors. *Curr Oncol*. 2014; 21(6): 329-36.
- (139) Bowen Joanne M. Mechanisms of TKI-induced diarrhea in cancer patients. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2013; 7(2): 162-7.
- (140) Jamil MO, Rizwan M, Carpenter JT. Prophylactic use of antidiarrheal agents to control diarrhea associated with lapatinib therapy in breast cancer patients. *J Clin Oncol*. 2015; 33(29): 205.
- (141) Hendler RC, Wu S. Risk of severe diarrhea associated with ipilimumab in cancer patients. *J Clin Oncol*. 2014; 32(15): 9634
- (142) Andreyev J, Ross P, Donnellan C, et al. Guidance on the management of diarrhoea during cancer chemotherapy. *Lancet Oncol*. 2014; 15(10): 447-60.
- (143) Robertson JP, Wells CI, Vather R, Bissett IP. Effect of Diversion Ileostomy on the Occurrence and Consequences of Chemotherapy-Induced Diarrhea. *Dis Colon Rectum*. 2016; 59(3): 194-200.
- (144) Hoff PM, Saragiotto DF, Barrios CH, et al. Randomized phase III trial exploring the use of long-acting release octreotide in the prevention of chemotherapy-induced diarrhea in patients with colorectal cancer: The LARCID trial. *J Clin Oncol*. 2014; 32(10): 1006-11.
- (145) Sutiman N, Ramasamy S, Ng CHM, et al. Evaluation of severe neutropenia and diarrhea in Asian cancer patients receiving UGT1A1 genotype-guided irinotecan dosing. In *ASCO Annual Meeting Proceedings*. 2015; 33(15): e13572.
- (146) Holma R, Korpela R, Sairanen U, et al. Colonic methane production modifies gastrointestinal toxicity associated with adjuvant 5-Fluorouracil chemotherapy for colorectal cancer. *J clin gastroenterol*. 2013; 47(1): 45-51.
- (147) Keefe DM, Elting LS, Nguyen HT, et al. Risk and outcomes of chemotherapy-induced diarrhea (CID) among patients with colorectal cancer receiving multi-cycle chemotherapy. *Cancer Chemother Pharmacol*. 2014; 74(4): 675-680.

- (148) Cornely OA, Miller MA, Fantin B, et al. Resolution of Clostridium difficile-associated diarrhea in cancer patients treated with fidaxomicin or vancomycin. *J Clin Oncol*. 2012; 30(15): 2493-9.
- (149) Yang A, Brown J, Mak E. Persistent Diarrhea after Celiac Plexus Block in a Pancreatic Cancer Patient: Case Report and Literature Review. *Journal of Palliative Medicine*. 2016; 19(1): 83-86.
- (150) Naidu MU, Ramana GV, Rani PU, et al. Chemotherapy-induced and/or radiation therapy-induced oral mucositis-complicating the treatment of cancer. *Neoplasia*. 2004; 6(5): 423-31.
- (151) Sonis ST. The pathobiology of mucositis. *Nature Reviews Cancer*. 2004; 4(4): 277-84.
- (152) Pico JL, Avila-Garavito A, Naccache P. Mucositis: its occurrence, consequences, and treatment in the oncology setting. *Oncologist*. 1998; 3(6): 446-51.
- (153) Lalla RV, Bowen J, Barasch A, et al. MASCC/ISOO clinical practice guidelines for the management of mucositis secondary to cancer therapy. *Cancer*. 2014; 120(10): 1453-61.
- (154) Campos, MI, Neiva Campos C, Monteiro Aarestrup F, Vieira Aarestrup BJ. Oral mucositis in cancer treatment: Natural history, prevention and treatment. *Mol clin oncol*. 2014; 2(3): 337-340.
- (155) Kanagalingam J, Wahid MIA, Lin JC, et al. 393POral mucositis in cancer treatment: perspectives from patients in Asia. *Ann Oncol*. 2015; 26(suppl 9): ix118-ix118.
- (156) Khaw A, Liberali S, Logan R, et al. Influence of periodontitis on the experience of oral mucositis in cancer patients undergoing head and neck radiotherapy: a pilot study. *Support Care Cancer*. 2014; 22(8): 2119-25.
- (157) Rodríguez-Caballero A, Torres-Lagares D, Robles-García M, et al. Cancer treatment-induced oral mucositis: a critical review. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2012; 41(2):225-38.
- (158) Nicolatou-Galitis O, Sarri T, Bowen J, et al. Systematic review of amifostine for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013; 21(1): 357-64.
- (159) Raber-Durlacher JE, von Bültzingslöwen I, Logan RM, et al. Systematic review of cytokines and growth factors for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013; 21(1): 343-55.
- (160) McGuire DB, Fulton JS, Park J, et al. Systematic review of basic oral care for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013; 21(11): 3165-77.

- (161) Yarom N, Ariyawardana A, Hovan A, et al. Systematic review of natural agents for the management of oral mucositis in cancer patients. *Support Care Cancer*. 2013; 21(11): 3209-21.
- (162) Dodd MJ, Dibble SL, Miaskowski C, et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of 3 commonly used mouthwashes to treat chemotherapy-induced mucositis. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000; 90(1): 39-47.
- (163) Rubio F, Torrente M. Efecto otoprotector de N acetilcisteína en pacientes sometidos a quimioterapia con cisplatino. Revisión de la literatura. *Rev Hosp Clin Univ Chile*. 2015; 26(1): 19-23.
- (164) Green D, Chavez-Mac Gregor M, Sosa-Sanchez, R, et al. Fosfomycin prevents cisplatin-induced ototoxicity: Results of a randomized, double blind, placebo controlled trial. *J Clin Oncol*. 2007; 25(8): 9041.
- (165) Toral-Martiñón R, Shkurovich-Bialik P, Collado-Corona MA, et al. Distortion product otoacoustic emissions test is useful in children undergoing cisplatin treatment. *Arch Med Res*. 2003; 34(3): 205-8.
- (166) Strose A, Hyppolito MÁ, Colombari GC, et al. Lack of protection against gentamicin ototoxicity by auditory conditioning with noise. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2014; 80(5): 390-396.
- (167) Kluba J, Kluba U, von Specht H, Mittler U. Monitoring hearing during ototoxic cisplatin therapy. *Pediatr Grenzgeb*. 1989; 29(1): 19-23.
- (168) Toral-Martiñón R, Collado-Corona MA, Mora-Magaña I, et al. Evaluación de la ototoxicidad del cisplatino por el área bajo la curva audiométrica en retinoblastoma. *Cir Cir*. 2006; 74(2): 79-82.
- (169) Reuss-Borst M, Hartmann U, Scheede C, Weiss J. Prevalence of osteoporosis among cancer patients in Germany: prospective data from an oncological rehabilitation clinic. *Osteoporos Int*. 2012; 23(4): 1437-44.
- (170) Rinaldi RZ. Aromatase inhibitor adjuvant chemotherapy of breast cancer results in cancer therapy induced bone loss. *Curr Osteoporos Rep*. 2013; 11(1): 61-4.
- (171) Ronn S, Hald JD, Thisted M, et al. Women with hormone sensitive breast cancer who have received chemotherapy including prednisolone have reduced bone mass. *Bone Abstracts*. 2013; 1: 349
- (172) Henault D, Chang SL, Dumitra, S, Kramer R, et al. Adherence to osteoporosis screening guidelines in seniors with breast cancer treated with anti-estrogen therapy: A population-based study. In *ASCO Annual Meeting Proceedings*. 2015, 33(28): 72.
- (173) Markopoulos C, Koukouras D, Venizelos V, et al. Impact of chemotherapy followed by aromatase inhibitors on bone health of women with ER-positive early breast cancer in real world clinical settings in Greece: Results of the POCHARBI trial conducted by the Hellenic Society of Breast Surgeons. *Breast*. 2016; 27: 27-34.

- (174) Vehmanen LK, Elomaa I, Blomqvist C, Saarto T. The effect of ovarian dysfunction on bone mineral density in breast cancer patients 10 years after adjuvant chemotherapy. *Acta Oncol.* 2014; 53(1): 75-9.
- (175) Tretyakova NY, Chizhikov AV. Osteoporosis and pain severity in reproductive age patients with breast cancer. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal.* 2016; 97(2): 207-212.
- (176) Peterlik M, Kállay E, Cross HS. Calcium nutrition and extracellular calcium sensing: relevance for the pathogenesis of osteoporosis, cancer and cardiovascular diseases. *Nutrients.* 2013; 5(1): 302-327.
- (177) Rodon Redondo B, Sisto Sastre L. Los bloqueos neurolíticos en el dolor oncológico. *Rev Cub Oncol.* 1999; 13(1): 37-43.
- (178) Puebla Díaz F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología Barc.* 2005; 28(3): 33-37. Disponible en: <http://www.cancer.gov/cancertopics/coping/life-after-treatment/page6#e2>
- (179) Ibarra E. Una nueva definición de dolor. Un imperativo de nuestros días. *Rev. Soc Esp Dolor.* 2006; 13(2): 65-72.
- (180) Barrientos Lezcano FJ, Peral Cagigal B, la Peña Varela GD, et al. Osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos: prevención y actitud terapéutica. *Rev Esp Cirug Oral Maxilofac.* 2007; 29(5): 309-317.
- (181) Martínez LM, Urgellés AS, de Victoria LOM, et al. La enterocolitis neutropénica en el niño con cáncer. *An Esp Pediatr.* 1997; 46: 367-371.
- (182) Cruciani RA, Nieto MJ. Fisiopatología y tratamiento del dolor neuropático: avances más recientes. *Rev Soc Esp Dolor.* 2016; 13(5): 312-327.
- (183) Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, et al. Management of cancer pain: ESMO clinical practice guidelines. *Annals Oncol.* 2012; 23(suppl 7): (vii139-vii154).
- (184) Lozano-Ondoua AN, Symons-Liguori AM, Vanderah TW. Cancer-induced bone pain: Mechanisms and models. *Neuroscience letters.* 2013; 557:52-59.
- (185) Reyes Chiquete D, González Ortiz JC, Mohar Betancourt A, Meneses García, A. Epidemiología del dolor por cáncer. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011; 18(2): 118-134.
- (186) Plancarte-Sánchez R, Mille-Loera JE, Mayer-Rivera FJ. Manejo del dolor en cáncer. *Cir Cir.* 2002; 70(5): 356-368.
- (187) Schrijvers, D. Pain control in cancer: recent findings and trends. *Ann Oncol Engl Ed.* 2007; 18(9): ix37.

- (188) Jacox A, Carr DB, Payne R. New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. *New Engl J Med*. 1994; 330(9): 651-655.
- (189) Nightingale, S. The neuropathic pain market. *Nature Reviews Drug Discovery*. 2012; 11(2): 101-2.
- (190) Bennett MI, Rayment C, Hjermstad M, et al. Prevalence and etiology of neuropathic pain in cancer patients: a systematic review. *Pain*. 2012; 153(2): 359-65.
- (191) Fallon MT. Neuropathic pain in cancer. *Brit J Anaesthes*. 2013; 111(1): 105-111.
- (192) Bedard G, Hawley P, Zhang L, et al. A survey of Canadian cancer patients' perspectives on the characteristics and treatment of breakthrough pain. *Supp Care Cancer*. 2013; 21(9):2557-2563.
- (193) Davies A, Buchanan A, Zeppetella G, et al. Breakthrough cancer pain: an observational study of 1000 European oncology patients. *J Pain Symptom Managem*. 2013; 46(5): 619-628.
- (194) Cleary J, Gelband H, Wagner, J. *Cancer Pain Relief*. 2015
- (195) Batchelor D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care—a literature study. *Europ J Cancer Care*. 2001; 10(3):147-163.
- (196) Albán ALP, González MT, Alcívar KS. Alteraciones del pelo inducidas por quimioterapia. *Dermatol Rev Mex*. 2013; 57(5): 382-388.
- (197) Yun SJ, Kim SJ. Hair loss pattern due to chemotherapy-induced anagen effluvium: a cross-sectional observation. *Dermatology*. 2007; 215(1): 36-40.
- (198) Bahçetepe UDN, Kutlubay UDZ, Engin B, Tüzün Y. Kemoterapi Ajanlarının Kutan Etkileri. *Dermatoz*. 2013; 4: 69-76.
- (199) Panta Vivar ME, Plaza Vargas JA. Toxicidad dermatológica en pacientes bajo tratamiento radioquimioterapéutico del hospital" Teodoro Maldonado Carbo", Guayaquil. *Rev Med*. 2001; 17(4): 244-250.
- (200) Hesketh PJ, Batchelor D, Golant M, et al. Chemotherapy-induced alopecia: psychosocial impact and therapeutic approaches. *Supp Care Cancer*. 2004; 12(8): 543-9.
- (201) Cicogna EDC, Nascimento LC, Lima RAGD. Children and adolescents with cancer: experiences with chemotherapy. *Revista latino-americana de enfermagem*. 2010; 18(5):864-872.
- (202) Blasco T, Fuentes S. Preocupaciones de las pacientes con cáncer de mama que reciben atención psicooncológica. *Psicooncología*. 2010; 7(1):51-60.

- (203) Ortiz Coronado EL. Estudio preliminar de prevención de la alopecia en las cejas mediante la administración de gel frío en pacientes con cáncer de mama sometidas a quimioterapia adyuvante/neoadyuvante. Campus de excelencia internacional. Repositorio documental Gredos. Universidad de Salamanca. 2015.
- (204) Petrek JA, Heelan MC. Incidence of breast carcinoma-related lymphedema. *Cancer*. 1998; 83(S12B):2776-2781.
- (205) Petrek JA, Pressman PI, Smith RA. Lymphedema: Current issues in research and management. *CA Cancer J Clin*. 2000; 50(5): 292–307.
- (206) Pressman PI. Surgical treatment and lymphedema. *Cancer*. 1998; 83(S12B): 2782-87.
- (207) Pérez JA, Salem C, Henning E. Linfedema de miembro superior secundario al tratamiento de cáncer de mama. *Cuad cir*. 2001; 15(1): 107-115.
- (208) Arias-Cuadrado A, Álvarez-Vázquez MJ, Martín-Mourelle R, Jiménez CVD. Clínica, clasificación y estadiaje del linfedema. *Rehabilitación*. 2010; 44: 29-34.
- (209) Passik SD, McDonald MV. Psychosocial aspects of upper extremity lymphedema in women treated for breast carcinoma. *Cancer*, 1998; 83(S12B): 2817-2820.
- (210) Meek AG. Breast radiotherapy and lymphedema. *Cancer*. 1998; 83(S12B): 2788-2797.
- (211) Larson D, Weinstein M, Goldberg I, et al. Edema of the arm as a function of the extent of axillary surgery in patients with stage I–II carcinoma of the breast treated with primary radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1986; 12(9): 1575-1582.
- (212) Ivens D, Hoe AL, Podd TJ, et al. Assessment of morbidity from complete axillary dissection. *Br J Cancer*. 1992; 66(1): 136.
- (213) Segerström K, Bjerle P, Graffman S, Nyström Å. Factors that influence the incidence of brachial oedema after treatment of breast cancer. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg*. 1992; 26(2): 223-7.
- (214) Dorval M, Maunsell E, Deschenes L, Brisson J, Masse B. Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol*. 1998; 16(2):487-494.
- (215) Vignes S. Linfedemas de los miembros. *EMC-Dermatología*. 2009; 43(3):1-13.
- (216) Gómez-Sadornil AM, Martín-Nogueras AM. Eficacia de la fisioterapia en el linfedema posmastectomía. *Fisioterapia*. 2014; 36(5): 225-236.

- (217) Torres Lacomba M. Eficacia de la aplicación precoz de fisioterapia en la prevención de linfedema tras cirugía mamaria con linfadenectomía. 2009. Disponible en: <http://dspace.uah.es/dspace/handle/10017/6350>
- (218) Jaén Olasolo P, Truchuelo Díez MT, Sanmartín Jiménez O, et al. Cáncer y la Piel. Guía de cuidados dermatológicos del paciente oncológico. Disponible en: [http://gedet.aedv.es/wp-content/uploads/2015/09/El\\_cancer\\_y\\_la\\_piel.pdf](http://gedet.aedv.es/wp-content/uploads/2015/09/El_cancer_y_la_piel.pdf)
- (219) Farina Sabaris MC. Manifestaciones cutáneas en relación con la administración de quimioterapia. Estudio clinicopatológico. Actas dermo-sifiliográficas. 2000; 91(4): 121-144.
- (220) Fariña MC, Andrade J, Soriano ML, et al. Eritema acral inducido por quimioterapia. Descripción de cuatro casos y revisión de la literatura. Actas dermo-sifiliográficas, 89(7-8): 385-391.
- (221) Burgdorf WH, Gilmore WA, Ganick RG. Peculiar acral erythema secondary to high-dose chemotherapy for acute myelogenous leukemia. Ann Intern Med. 1982; 97(1): 61-62.
- (222) Fitzpatrick JE. New histopathologic findings in drug eruptions. Dermatol Clin. 1992; 10(1):19-36.
- (223) Zimmerman GC, Keeling JH, Burris HA, et al. Acute cutaneous reactions to docetaxel, a new chemotherapeutic agent. Arch Dermatol. 1995; 131(2): 202-6.
- (224) Millán GG, Sánchez CA, García LE, Simarro PS. Síndromes paraneoplásicos cutáneos. SEMERGEN-Medicina de Familia. 2004; 30(10): 506-13.
- (225) Yuste-Chaves M, Unamuno-Pérez P. Alertas cutáneas en malignidades sistémicas (parte I). Actas Dermo-Sifiliográficas. 2013; 104(4):285-298.
- (226) Martínez AAR, Hernández MAL. Dermatitis paraneoplásicas. Revisión de la bibliografía. Med Intern Méx. 2011; 27(6): 586.
- (227) Chang P, Leiva CAB. Onicopatía por capecitabina. Dermatología Cosmética Médica y Quirúrgica. 2009; 7(2): 141-144.
- (228) Calderón L, Tirado-Sánchez A, Lázaro-León JM, et al. Frecuencia de alteraciones ungueales secundarias a la administración de taxanos en pacientes mexicanos. Dermat Rev Mex. 2015; 59 (6):493-503.
- (229) Tejera A, Bosch RJ, López N, Herrera E. Onicolisis con exudado del hiponiquio secundaria a quimioterapia con paclitaxel y capecitabina. Actas Dermo-Sifiliográficas. 2006; 97(8): 536-538.

- (230) Ionescu-Silva EF, Espinosa-Viamonte HT, Pérez-Terán JJ. Comparación de la ecocardiografía convencional y el método Strain en la evaluación de la cardiotoxicidad por agentes antineoplásicos. *La Sociedad Venezolana de Cardiología*. 2014; 34(2): 119.
- (231) Peña TLV, Badager PLV. Prevención y tratamiento de cardiotoxicidad en pacientes con cáncer. *Anales Médicos*. 2014; 59(1):54-60.
- (232) Martínez WSM, González DG. Biomarcadores en la detección temprana de cardiotoxicidad inducida por quimioterapia; estado actual. *Archivos de Medicina (Manizales)*. 2015; 15(1): 126-137.
- (233) Lax J, Piñeiro D, Falconi M, et al. Consenso de diagnóstico, prevención y tratamiento de la cardiotoxicidad por tratamiento médico del cáncer. Versión resumida. *Revista Argentina de Cardiología*. 2013; 81(6): 530-36.
- (234) Velásquez CA, González M, Berrouet MC, et al. Cardiotoxicidad inducida por la quimioterapia desde las bases moleculares hasta la perspectiva clínica. *Revista Colombiana de Cardiología*. 2011; 23(2): 104-111.
- (235) Rojas MB, González ELS, Sotolongo WG. Cardiotoxicidad por Antraciclinas. Presentación de un caso Anthracycline-induced cardiotoxicity. A case presentation. *Mediciego*. 2013; 19(2).
- (236) Zavaleta NE, Herrera EL. El papel del ecocardiograma en la valoración de la cardiotoxicidad por quimioterapia. *Anales Médicos*. 2015; 60(3):199-205.
- (237) Valero FC, Pardo JM. Toxicidad pulmonar por fármacos. *Archivos de Bronconeumología*. 1999; 35(11): 550-59.
- (238) Arnello M, Quintana JA, Barraza P. Neutropenia febril en niños con cáncer en un centro asistencial en Santiago, Chile. *Revista chilena de infectología*. 2007; 24(1): 27-32.
- (239) Rabagliati R, Fuentes G, Orellana E, et al. Etiología de episodios de neutropenia febril en pacientes adultos con cáncer hematológico y de órganos sólidos en el Hospital Clínico Universidad Católica, Santiago-Chile. *Revista chilena de infectología*. 2009; 26(2): 106-113.
- (240) Politi PM. Neumonitis por docetaxel. Disponible en: [http://www.cancerteam.com.ar/poli164\\_neumonitis\\_por\\_docetaxel.html](http://www.cancerteam.com.ar/poli164_neumonitis_por_docetaxel.html)
- (241) Wang GS, Yang KY, Perng RP. Life-threatening hypersensitivity pneumonitis induced by docetaxel (taxotere). *Brit J cancer*. 2001; 85(9): 1247.
- (242) Read WL, Mortimer JE, Picus J. Severe interstitial pneumonitis associated with docetaxel administration. *Cancer*. 2002; 94(3): 847-853.

- (243) García M, Gutiérrez G, Benítez F, Garrido Arévalo M. Toxicidad pulmonar grave relacionada con la administración de gemcitabina. *Farmacia Hospitalaria*. 2012; 36(6).
- (244) Pavlakis N, Bell DR, Millward MJ, et al. Fatal pulmonary toxicity resulting from treatment with gemcitabine. *Cancer*. 1997; 80.2: 286-291.
- (245) Arrieta O, Gallardo-Rincón D, Villarreal- Garza C, et al. High frequency of radiation pneumonitis in patients with locally advanced non-small cell lung cancer treated with concurrent radiotherapy and gemcitabine after induction with gemcitabine and carboplatin. *J Thoracic Oncolog*. 2009; 4(7): 845-852.
- (246) Malambo García D, Veloza Cabrera L, Tuñón Pitalúa M, et al. Construcción de un modelo animal de fibrosis pulmonar inducido por Bleomicina. *Salud Barranquilla*. 2016; 32( 1 ): 73-83.
- (247) Cabrera Benítez S. Bleomicina: un modelo de fibrosis pulmonar. *Rev Inst Nal Enf Resp Mex*. 2006; 19( 1 ): 53-61.
- (248) Karlen H, Martín V, Quadrelli S. Uso del PET-TC en toxicidad pulmonar por bleomicina. *Rev Am Med Resp*. 2016; 16( 3 ): 271-272
- (249) Carreres-Prieto M, López-Sisamón D, Layos-Romero L. Interstitial lung disease induced by raltitrexed-oxaliplatin based chemotherapy for colorectal cancer: a case report. *Farm Hosp*. 2015; 39( 2 ): 118-119.
- (250) Álvarez JL, Griñán NP, Vegas AS, et al. Nota clínica Toxicidad pulmonar por gemcitabina. *Rev Patolog Resp*. 2016; 19(2).
- (251) Tenorio Téllez L, Flores Conde E, Green SL, et al. Neumonitis por radiación en pacientes con cáncer de mama tratados con radioterapia. *Rev Inst Nac Cancerol*. 1992; 38(3): 1619-23.
- (252) Michelli P, Finol H, González N, et al. Efecto experimental de las radiaciones ionizantes en el pulmón: Estudio histopatológico, ultraestructural y de análisis elemental. *Rev Soc Med Quir Hosp Emerg Perez de Leon*. 2002; 33(1-2): 1-6.
- (253) Cheung WY, Neville BA, Cameron DB, et al. Comparisons of patient and physician expectations for cancer survivorship care. *J Clin Oncol*. 2009; 27 (15): 2489-2495.
- (254) Plan de acción nacional para la supervivencia al cáncer. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Disponible en: [http://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivorship/what\\_cdc\\_is\\_doing/action\\_plan.htm](http://www.cdc.gov/spanish/cancer/survivorship/what_cdc_is_doing/action_plan.htm)
- (255) Escenarios de Futuro de la Oncología en España: 2010-2015: Consulta Prospectiva Delphi. Disponible en: <http://www.fundsis.org>

- (256) Nord C, Ganz PA, Aziz N, et al. Follow-up of long-term cancer survivors in the Nordic countries. *Acta Oncol.* 2007; 46: 433-40
- (257) Grunfeld E. Looking beyond survival: how are we looking at survivorship?. *J Clin Oncol.* 2006; 24:5166-9.

# **ANEXOS**



## ANEXO I

### Encuesta Largos Supervivientes

Edad actual:

Sexo: H / M

Tipo de Tumor:

Edad de Diagnóstico:

Intervalo Libre de Enfermedad:

- ¿Qué tipos de tratamientos le fueron administrados o efectuados?

- Quimioterapia SI / NO
- Radioterapia SI / NO
- Hormonoterapia SI / NO
- Quirúrgico (Cirugía) SI / NO
- Otros SI / NO

### Complicaciones INMEDIATAS tras finalizar el tratamiento activo y quedar libre de enfermedad

- Dentro de las secuelas-complicaciones físicas indique cuál estuvo presente en su caso, y valore su repercusión. Para ello marque un número del 0 al 4, siendo 0 “nunca lo he padecido” y el 4 “lo he padecido y tuvo una repercusión máxima”.

<u>Complicación</u>	<u>Nunca lo he padecido</u>	<u>Padecido con poca repercusión</u>	<u>Padecido con repercusión normal</u>	<u>Padecido con mucha repercusión</u>	<u>Padecido con repercusión máxima</u>
Alteraciones corporales	0	1	2	3	4
Cansancio	0	1	2	3	4
Disminución de peso	0	1	2	3	4
Digestivas (diarrea, mucositis..)	0	1	2	3	4
Ósteoporosis	0	1	2	3	4
Dolor	0	1	2	3	4
Polineuropatía	0	1	2	3	4

Ante las complicaciones anteriores:

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1 año / 1-2años / > 2años
- Dentro de las complicaciones en su vida de pareja y/o sexual indique cuál estuvo presente en su caso, y valore su repercusión. Para ello marque un número del 0 al 4, siendo 0 “nunca lo he padecido” y 4 “lo he padecido y tuvo una repercusión máxima”.

**Si es mujer**

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con máxima repercusión</b>
Sequedad vaginal	0	1	2	3	4
Dolor durante el coito	0	1	2	3	4
Dificultad para alcanzar el orgasmo	0	1	2	3	4
Pérdida del deseo sexual	0	1	2	3	4
Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales	0	1	2	3	4

**Si es varón**

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con máxima repercusión</b>
Disfunción eréctil	0	1	2	3	4
Dificultad para llegar al orgasmo	0	1	2	3	4
Pérdida del deseo sexual	0	1	2	3	4
Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales	0	1	2	3	4
Alt. en la eyaculación	0	1	2	3	4

Ante las complicaciones anteriores:

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1año / 1-2años / > 2años

- Dentro de las complicaciones psicológicas y sociales indique cuál estuvo presente en su caso, y valore su repercusión. Para ello marque un número del 0 al 4, siendo 0 “nunca lo he padecido” y 4 “lo he padecido y tuvo una repercusión máxima”.

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con máxima repercusión</b>
Miedo a una recaída de la enfermedad	0	1	2	3	4
Miedo a los tratamientos administrados	0	1	2	3	4
Miedo a depender de los demás	0	1	2	3	4
Alteración de la autoestima	0	1	2	3	4
Inseguridad al estar en sitios públicos	0	1	2	3	4
Miedo al futuro	0	1	2	3	4
Alteración de las relaciones familiares	0	1	2	3	4
Dificultades en la relación de pareja	0	1	2	3	4
Ansiedad	0	1	2	3	4
Depresión	0	1	2	3	4

Ante las complicaciones anteriores:

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1 año / 1-2años / > 2años

**Complicaciones a partir de los CINCO AÑOS libre de enfermedad**

- Dentro de las secuelas-complicaciones físicas indique cuál estuvo presente en su caso, y valore su repercusión. Para ello marque un número del 0 al 4, siendo 0 “nunca lo he padecido” y el 4 “lo he padecido y tuvo una repercusión máxima”.

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión máxima</b>
Alteraciones corporales	0	1	2	3	4
Cansancio	0	1	2	3	4
Disminución de peso	0	1	2	3	4
Digestivas (diarrea, mucositis..)	0	1	2	3	4
Ósteoporosis	0	1	2	3	4
Dolor	0	1	2	3	4
Problemas respiratorios	0	1	2	3	4
Problemas cardíacos	0	1	2	3	4

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1 año / 1-2años / > 2años

- Dentro de las complicaciones en su vida de pareja y/o sexual indique cuál estuvo presente en su caso, y valore su repercusión. Para ello marque un número del 0 al 4, siendo 0 “nunca lo he padecido” y 4 “lo he padecido y tuvo una repercusión máxima”.

**Si es mujer:**

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con máxima repercusión</b>
Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales	0	1	2	3	4
Menopausia precoz	0	1	2	3	4

Ante las complicaciones anteriores:

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1año / 1-2años / > 2años

**Si es varón:**

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con máxima repercusión</b>
Disminución de la frecuencia de las relaciones sexuales	0	1	2	3	4
Esterilidad	0	1	2	3	4
Alt. en la eyaculación	0	1	2	3	4

Ante las complicaciones anteriores:

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1año / 1-2años / > 2años

- Dentro de las complicaciones psicológicas y sociales indique cuál estuvo presente en su caso, y valore su repercusión. Para ello marque un número del 0 al 4, siendo 0 “nunca lo he padecido” y 4 “lo he padecido y tuvo una repercusión máxima”.

<b><u>Complicación</u></b>	<b>Nunca lo he padecido</b>	<b>Padecido con poca repercusión</b>	<b>Padecido con repercusión normal</b>	<b>Padecido con mucha repercusión</b>	<b>Padecido con máxima repercusión</b>
Miedo a una recaída de la enfermedad	0	1	2	3	4
Alteración de la autoestima	0	1	2	3	4
Dificultades en la relación de pareja	0	1	2	3	4
Dificultades en las relaciones familiares	0	1	2	3	4
Alt.memoria/concentración/análisis	0	1	2	3	4
Ansiedad	0	1	2	3	4
Depresión	0	1	2	3	4

Ante las complicaciones anteriores:

- ¿Buscó ayuda profesional para tratarlas? SI / NO
- ¿La ayuda profesional solucionó dichas complicaciones? SI / NO
- ¿Cuánto tardaron en solucionarse? < 1 año / 1-2años / > 2años

## **ASPECTOS GENERALES**

### **Vida laboral**

- ¿Tenía vida laboral activa antes del diagnóstico de cáncer? SI / NO
- ¿Tuvo que dejar de trabajar debido a su enfermedad? SI / NO
- Al finalizar su proceso de enfermedad, ¿se reincorporó al ámbito laboral? SI / NO
- En caso afirmativo, ¿continuó con su trabajo anterior? SI / NO
- Al intentar reincorporarse al mundo laboral, ¿con qué tipo de dificultades se encontró?
  - Físicas (cansancio, limitaciones funcionales) SI / NO

- Psicológicas (inseguridades, falta de concentración, etc.) SI / NO

- Sociales (dificultades para reincorporarse, discriminaciones) SI / NO

- Determine la repercusión que ha tenido para usted, cada una de las siguientes limitaciones. Para ello enumere de 0 al 5 (siendo 0 “ninguna repercusión” y 5 “gran repercusión”):

- <u>Físicas:</u>	Cansancio	0-1-2-3-4-5
	Limitación funcional	0-1-2-3-4-5
	Otras: _____	0-1-2-3-4-5
- <u>Psicológicas:</u>	Inseguridades propias	0-1-2-3-4-5
	Problemas de concentración/análisis	0-1-2-3-4-5
	Depresión / ansiedad	0-1-2-3-4-5
- <u>Sociales:</u>	Dificultad para la reincorporación	0-1-2-3-4-5
	Dificultad para el ascenso	0-1-2-3-4-5
	Discriminaciones de compañeros/jefe	0-1-2-3-4-5
	Otras: _____	0-1-2-3-4-5

### **Aspecto Asistencial**

- Durante su enfermedad, ¿cómo de frecuente ha sido la atención recibida por los siguientes profesionales? Para ello enumere de 0 al 3, siendo 0 “Nada frecuente” y 3 “Muy frecuente”:

- Médico especialista (oncólogo)	0 1 2 3
- Enfermero de oncología	0 1 2 3
- Médico de atención primaria	0 1 2 3
- Enfermero de atención primaria	0 1 2 3
- Psicólogo	0 1 2 3
- Trabajador Social	0 1 2 3
- Psiquiatra	0 1 2 3
- Otros:	0 1 2 3

- Tras finalizar el tratamiento recibido y hasta la fecha actual, ¿cómo de frecuente ha sido la atención recibida por los siguientes profesionales? Para ello enumere de 0 al 3, siendo 0 “Nada frecuente” y 3 “Muy frecuente”:

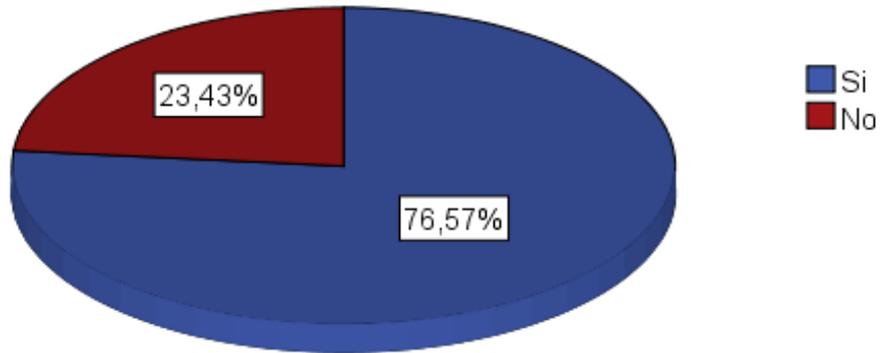
- Médico especialista (oncólogo)	0 1 2 3
- Médico de atención primaria	0 1 2 3
- Enfermero de atención primaria	0 1 2 3
- Psicólogo	0 1 2 3
- Trabajador Social	0 1 2 3
- Psiquiatra	0 1 2 3
- Otros:	0 1 2 3



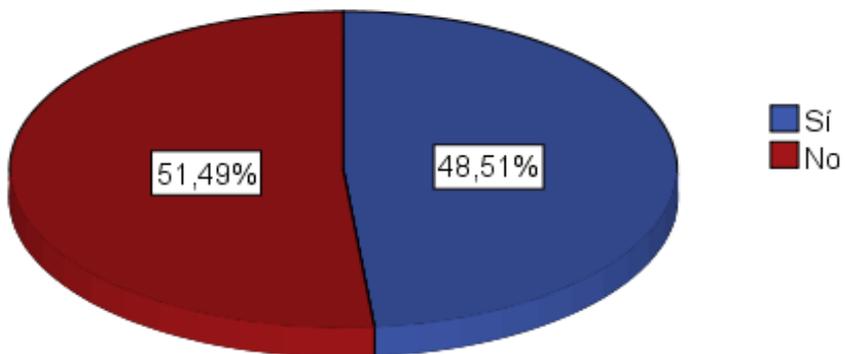


## Anexos II

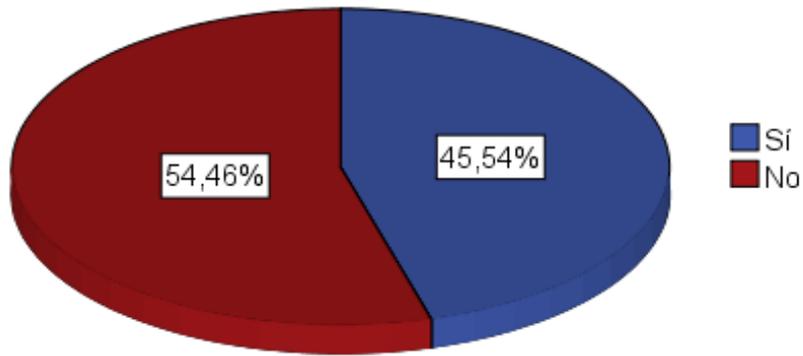
### Quimioterapia



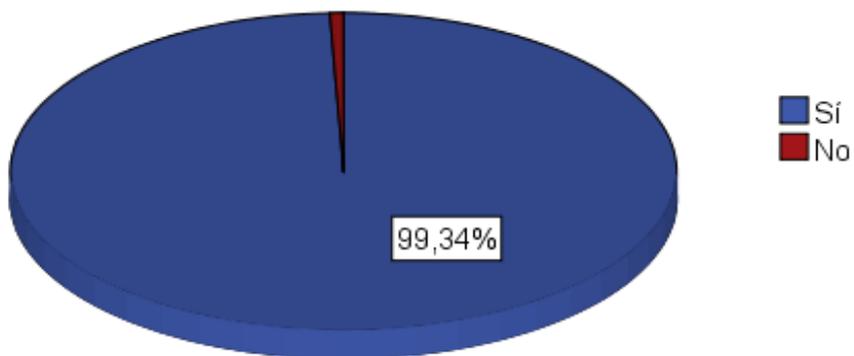
### Radioterapia



### Hormonoterapia



### Quirúrgico



## **Anexo III**



# ¿QUÉ PIENSAN LOS PACIENTES CUANDO SE LES DA EL ALTA DEL SERVICIO DE ONCOLOGÍA MÉDICA?

Diego García Cantero<sup>1</sup>, Rosario Vidal Tocino<sup>1,2</sup>, Amalia Gómez Bernal<sup>1,2</sup>, Arantza Amores Martín<sup>1,2</sup>, Lorena Bellido Hernández<sup>1,2</sup>, Elvira del Barco Morillo<sup>1,2</sup>, Rocío A. García Domínguez<sup>1,2</sup>, Miguel Navarro Martín<sup>1,2</sup>, Teresa Martín Gómez<sup>1,2</sup>, Juan Jesús Cruz Hernández<sup>1,2</sup>

1- Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Salamanca  
2- Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL)

## INTRODUCCIÓN

Cada vez más pacientes sobreviven al cáncer; sin embargo, no existen protocolos de actuación ni atención estándar para estos pacientes.

En el Hospital Universitario de Salamanca, se ha iniciado un proyecto de atención a largos supervivientes de cáncer (LS), como un proyecto de coordinación entre atención primaria (AP) y oncología médica (OM); basado en el plan elaborado por la SEOM. Se ha creado la Unidad de Largos Supervivientes (ULSO), que pretende dar cobertura a las necesidades de estos pacientes de una forma eficaz y eficiente.

Entre las funciones de la ULSO, los pacientes LS, son dados de alta de OM y pasan a realizar seguimiento por AP, con el apoyo del “oncólogo de enlace”.

## OBJETIVOS

Este estudio pretende evaluar la percepción de los pacientes tras ser dados de alta del Servicio de OM.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta breve, voluntaria y confidencial, de forma consecutiva a los pacientes que recibían la noticia del alta por parte de la ULSO. (Figura 1.)

Figura 1. Encuesta utilizada en el estudio.

- 1- El Alta del Servicio de Oncología Médica, ¿Le ha parecido buena idea?
- 2- ¿La información recibida y documentación aportada en la consulta ULSO le pareció adecuada y suficiente?
- 3- ¿Confía en su médico de atención primaria, ante posibles problemas futuros con su seguimiento?
- 4- ¿Cree que su equipo de atención primaria sabrá contactar con la ULSO en caso necesario?

## RESULTADOS (Figura 2.)

La muestra es N=170.

La participación del estudio es del 97,6%.

### Características de los encuestados

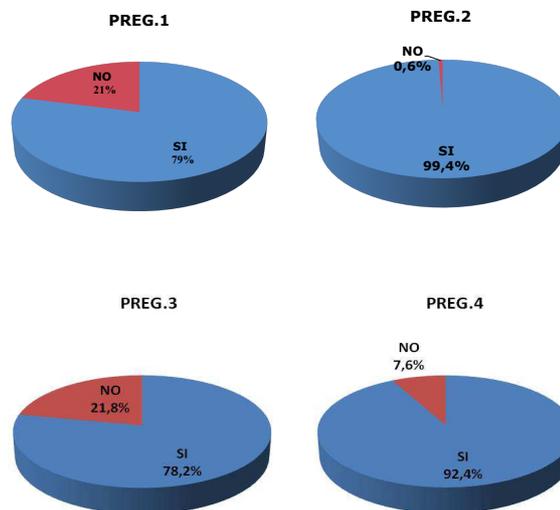
- **Sexo:** Mujeres 129 (76%) – Hombres 41 (24%)
- **Edad diagnóstico:** Mediana 58 años (18 - 79)
- **Edad alta:** Mediana 73 años (35 - 89)
- **IIE:** Mediana 13 años (5 - 32)
- **Antecedentes oncológicos:** Mama (54,7%), Colorrectal (25,9%), Otros (19,4%)

La mayoría de pacientes, tienen una percepción positiva de la noticia, siendo pocos los pacientes con disconformidad ante la noticia del alta. Los principales sentimientos que transmiten los LS son:

**Satisfacción:** sentimientos de alegría, felicidad, al ser “alta” de un servicio hospitalario por una patología tan importante.

**Disconformidad:** sentimientos de desconfianza o dudas de sus equipos de atención primaria y de “abandono” por el servicio de Oncología.

Figura 2. Resultados



## CONCLUSIONES

Mayoritariamente, los pacientes creen que el alta es una buena idea, cuyo procedimiento es adecuado, confiando tanto en el equipo ULSO como en AP. Sin embargo, existe un porcentaje no desdeñable de pacientes, que no están de acuerdo debido, principalmente, a la falta de confianza en sus equipos de atención primaria.

# ¿QUÉ PROBLEMAS TIENEN LOS LARGOS SUPERVIVIENTES DE CÁNCER?

Diego García Cantero<sup>1</sup>, Rosario Vidal Tocino<sup>1,2</sup>, Amalia Gómez Bernal<sup>1,2</sup>, César A. Rodríguez Sánchez<sup>1,2</sup>, Emilio Fonseca Sánchez<sup>1,2</sup>, Germán Martín García<sup>1,2</sup>, Rebeca Lozano Mejorada<sup>1,2</sup>, Arantza Amores Martín<sup>1,2</sup>, Oliver Rúa Fernández<sup>1,2</sup>, Juan Jesús Cruz Hernández<sup>1,2</sup>  
 1- Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Salamanca  
 2- Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL)

## INTRODUCCIÓN

Cada vez más pacientes sobreviven al cáncer, sin embargo, algunos de ellos se enfrentan a consecuencias físicas, psicosociales, laborales o económicas, derivadas de la propia enfermedad o de los tratamientos recibidos.

Estas secuelas son difícilmente cuantificables y, aunque mucho se habla de ello, no sabemos que les ocurre a nuestros pacientes en particular.

Desde el Servicio de Oncología Médica (OM) del Hospital Universitario de Salamanca, se ha puesto en marcha un proyecto de coordinación entre Atención Primaria y OM, para dar cobertura a las necesidades de los largos supervivientes de cáncer (LS).

## OBJETIVOS

Este estudio contrasta la repercusión de algunas complicaciones físicas inmediatas al tratamiento frente a la repercusión de complicaciones físicas tardías al mismo, en pacientes LS.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta breve, voluntaria y confidencial, de forma consecutiva a los pacientes valorados en la Unidad de Largos Supervivientes en Oncología (ULSO).

Las complicaciones inmediatas así como las secuelas tardías, se valoraron tanto si aparecían como si no y, en el caso de existir, la repercusión que tenían en la vida habitual de los pacientes, utilizando una escala del 1 (no altera la vida cotidiana) al 4 (necesita ayuda/apoyo de terceros).

## RESULTADOS

Las características de estos pacientes se resumen en la **Figura 1**.

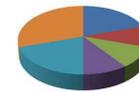
La muestra es N=170.

La participación del estudio es del 97,6%.

Resto resultados en **Figura 2** y **Figura 3**.

**Figura 1. Características de los encuestados**

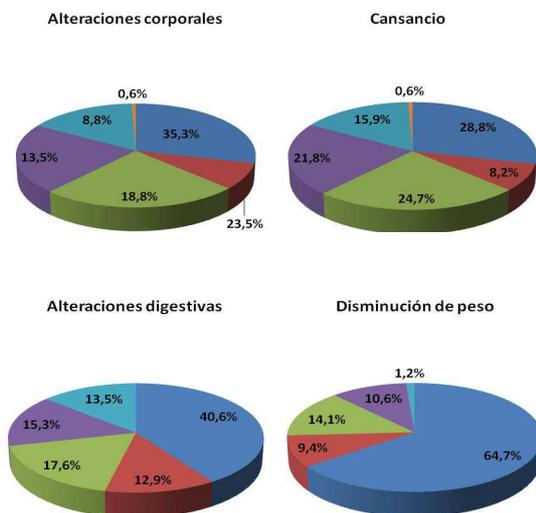
- **Sexo:** Mujeres 129 (76%) – Hombres 41 (24%)
- **Edad diagnóstico:** Mediana 58 años (18 - 79)
- **Edad alta:** Mediana 73 años (35 - 89)
- **ILE:** Mediana 13 años (5 - 32)
- **Antecedentes oncológicos:** Mama (54,7%), Colorrectal (25,9%), Otros (19,4%)



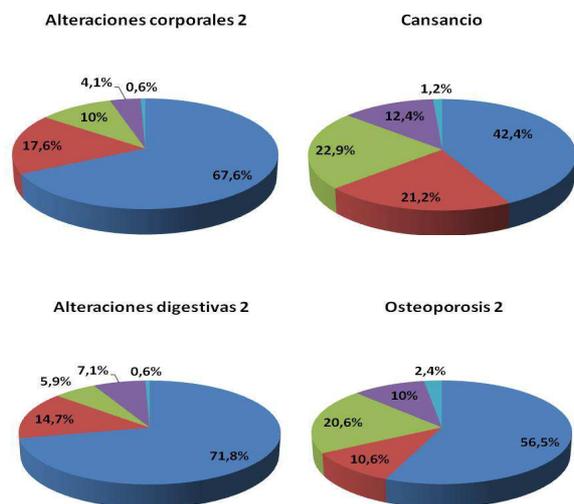
## LEYENDA

- Nunca padecido
- Padecido con poca o nada repercusión
- Padecido con repercusión intermedia
- Padecido con mucha repercusión
- Padecido con repercusión máxima
- NS/NC

**Figura 2. Complicaciones inmediatas**



**Figura 3. Complicaciones tardías**



## CONCLUSIÓN

La mayoría de los encuestados refiere haber padecido complicaciones físicas inmediatas derivadas de los tratamientos. Las de mayor repercusión son: cansancio, alteraciones corporales y alteraciones digestivas. Un número no desdeñable de pacientes refirió complicaciones tardías. Las más frecuentes son: cansancio, alteraciones corporales y osteoporosis.

# ¿QUÉ DIFICULTADES LABORALES DEBEN AFRONTAR LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS?

Diego García Cantero<sup>1</sup>, Rosario Vidal Tocino<sup>1,2</sup>, Amalia Gómez Bernal<sup>1,2</sup>, Rebeca Lozano Mejorada<sup>1,2</sup>, Sara Alfonso Hernández<sup>1,2</sup>, Ignacio Matos García<sup>1,2</sup>, Rosa Ana Marcos Sánchez<sup>1,2</sup>, Cecilia Guillén Sacoto<sup>1,2</sup>, Alba Nogueirido Castro<sup>1,2</sup>, Juan Jesús Cruz Hernández<sup>1,2</sup>.

1- Servicio de Oncología Médica Hospital Universitario de Salamanca  
2- Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca (IBSAL)

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es una enfermedad que afecta sobre todo a la población adulta. Es decir, a personas que son potencialmente activas en el ámbito laboral. Pero, ¿Cómo afecta el cáncer y sus tratamientos a este campo de la persona?

## OBJETIVOS

Con este estudio se pretende ver las distintas complicaciones físicas, psicológicas y sociales y su grado de repercusión en el ámbito laboral de las personas, que han sufrido una enfermedad neoplásica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una encuesta breve, voluntaria y confidencial, de forma consecutiva a los pacientes valorados en la Unidad de Largos Supervivientes en Oncología (ULSO).

La primera parte de la encuesta consta de preguntas cuya función es ver las características de la vida laboral de los encuestados. Las complicaciones físicas, psicológicas y sociales, a la hora de la reincorporación, se valoraron tanto si aparecían como sí no y, en el caso de existir, la repercusión que tuvieron, utilizando una escala del 0 (ninguna repercusión) al 4 (repercusión máxima necesitó apoyo de terceros).

## RESULTADOS

Las características de estos pacientes se resumen en la **Figura 1**.

La muestra es N=170.

La participación del estudio es del 97,6%.

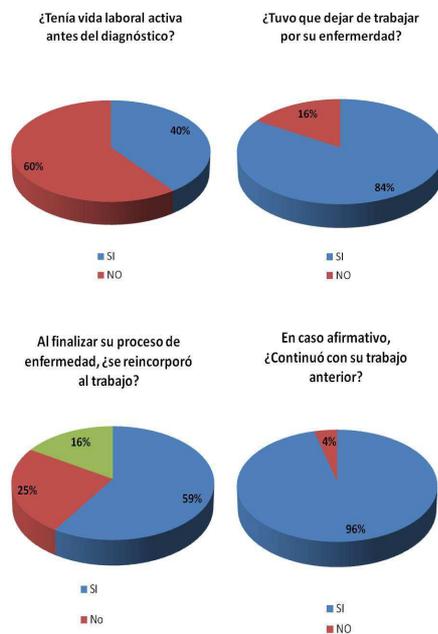
Resto resultados en **Figura 2**. **Figura 3**. **Figura 4**.

**Figura 1. Características de los encuestados**

- **Sexo:** Mujeres 129 (76%) – Hombres 41 (24%)
- **Edad diagnóstico:** Mediana 58 años (18 - 79)
- **Edad alta:** Mediana 73 años (35 - 89)
- **ILE:** Mediana 13 años (5 - 32)
- **Antecedentes oncológicos:** Mama (54,7%), Colorrectal (25,9%), Otros (19,4%)

**Figura 2.**

### Características laborales de los encuestados

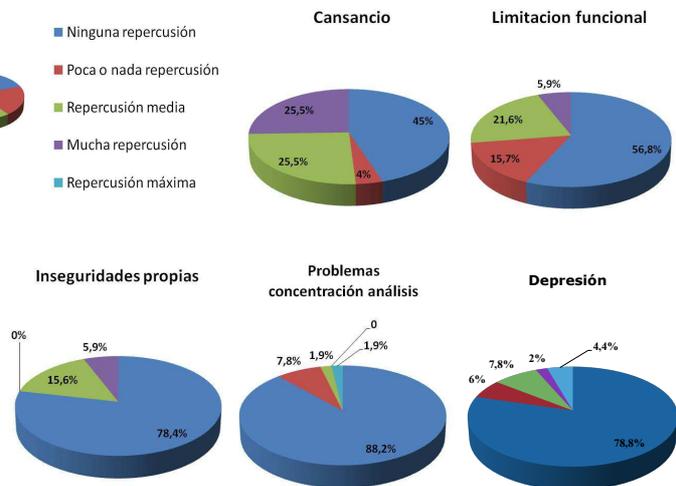


**Figura 3.**

### LEYENDA



### Complicaciones físicas y psicológicas



**Figura 4.**

### LEYENDA



### Complicaciones sociales (27,4%)



## CONCLUSIONES

Los tratamientos antineoplásicos y la propia enfermedad provocan que la mayoría de los pacientes tengan que dejar de trabajar. Sin embargo, la mayoría vuelve a reincorporarse a su anterior trabajo. No obstante, se encuentran con diversas complicaciones físicas y psicológicas como: cansancio, limitación funcional, inseguridades, depresión.

Resaltar la escasa aparición de discriminaciones en el medio laboral.