

Rev. Latino-Am. Enfermagem
2016;24:e2688
DOI: 10.1590/1518-8345.0564.2688
www.eerp.usp.br/rlae



Artículo de Revisión

Calidad de vida de pacientes brasileños y españoles con cáncer en tratamiento de quimioterapia: revisión integradora de la literatura

Namie Okino Sawada¹
Adriana Cristina Nicolussi²
Juliana Maria de Paula³
Maria Paz Garcia-Caro⁴
Celia Marti-Garcia⁵
Francisco Cruz-Quintana⁵

Objetivo: caracterizar la producción científica de Brasil y España en lo que se refiere a los aspectos metodológicos y a los aspectos de la calidad de vida relacionada a la salud, presentados por el paciente con cáncer en tratamiento de quimioterapia de los dos países. **Método:** revisión integradora de la literatura en las bases de datos: CINAHL, MEDLINE, SCOPUS y CUIDEN y bibliotecas electrónicas PubMed y SciELO, realizado en septiembre de 2013. **Resultados:** fueron analizados 28 artículos que atendieron los criterios de inclusión. La síntesis del conocimiento fue hecha por tres categorías de análisis: evaluación de la calidad de vida en diferentes tipos de cáncer, factores sociodemográficos que influenciaron la calidad de vida y tipo de cáncer y las intervenciones que mejoraron la calidad de vida. Se evidenció que el tratamiento de quimioterapia afecta la calidad de vida relacionada a la salud, y los factores que más influenciaron fueron edad, sexo, tipo de protocolo de quimioterapia, tipo de cirugía, estado de la enfermedad, nivel de escolaridad e inteligencia emocional. Las terapias complementares, como acupuntura, visualización con imagen guiada, oración y ejercicios, tuvieron efectos positivos en la disminución de los efectos colaterales. **Conclusión:** los resultados demostraron un nivel de evidencias débil, ya que 86% de los estudios son descriptivos de corte transversal; el instrumento de calidad de vida relacionado a la salud más utilizado fue el EORTC QLQ C-30; y la producción fue predominantemente realizada en Brasil.

Descriptores: Calidad de Vida; Neoplasias; Quimioterapia; Revisión.

¹ PhD, Profesor Asociado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.





² RN, PhD, Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, SP, Brasil.

³ Estudiante de Doctorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador de la OPAS/OMS para el Desarrollo de la Investigación en Enfermería, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Profesor Asistente, Departamento de Enfermagem, Universidade de Granada, Granada, Andalucía, España.

⁵ PhD, Profesor Titular, Departamento de Enfermagem, Universidade de Granada, Granada, Andalucía, España.

Cómo citar este artículo

Sawada NO, Nicolussi AC, Paula JM, Garcia-Caro MP, Marti-Garcia C, Cruz-Quintana F. Quality of life of Brazilian and Spanish cancer patients undergoing chemotherapy: an integrative literature review. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;24:e2688. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0564.2688>.

Introducción

Tanto en Brasil como en España, el cáncer ha sido una enfermedad creciente y de relevancia para la salud pública. El cuadro de incidencia, prevalencia y mortalidad por cáncer en Brasil es semejante al de España, así como también las políticas de salud en el área oncológica. La Política Nacional de Atención Oncológica de Brasil, instituida por la Ordenanza nº 2.439/GM, de 8 de diciembre de 2005⁽¹⁾ y la Estrategia en Cáncer del Sistema Nacional de Salud, del Ministerio de Sanidad y Política Social de España (2010)⁽²⁾, tienen como objetivo optimizar la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer, así como mejorar la información e incentivar la investigación científica. Las líneas de actuación también son convergentes, enfatizando la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos, calidad de vida e investigación.

El tratamiento quirúrgico del cáncer y los otros procedimientos terapéuticos (radioterapia y quimioterapia) han resultado en la disminución de la mortalidad y de la morbilidad; entre tanto, existe la preocupación con el *status* funcional y la calidad de vida de esas personas.

Así, la rehabilitación del paciente con cáncer es un proceso continuo, con la finalidad de maximizar las capacidades de los individuos dentro de las limitaciones impuestas por la enfermedad y por el tratamiento. Dentro de ese contexto, se destaca la importancia de la investigación sobre la calidad de vida relacionada a la salud de los pacientes brasileños y españoles con cáncer, en tratamiento de quimioterapia.

A pesar de que los estudios realizados a lo largo del tiempo no demuestran consenso sobre el concepto de Calidad de Vida (CV), tres aspectos son comunes en todas las definiciones que son: subjetividad, dimensionalidad y bipolaridad. Como muestra la revisión de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), muchas veces es utilizado como estado de salud percibido y se refiere a cuanto la enfermedad o el estado crónico, además de sus síntomas, pasa a interferir en la vida diaria de un individuo⁽³⁾.

Delante de lo expuesto, en esta Revisión Integradora (RI) se tuvo como objetivo investigar lo que la literatura ha producido a respecto de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud de los pacientes con cáncer, en tratamiento de quimioterapia, en Brasil y España, buscando las mejores evidencias disponibles para subsidiar las discusiones de un proyecto mayor, que compara la CV de pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia de Brasil y España, y analizar los resultados de investigación de forma crítica para obtener informaciones relevantes que contribuyeran para integrar las evidencias encontradas con la práctica de la salud.

Los objetivos específicos de esta RI son: caracterizar la producción científica de Brasil y España en lo que se refiere a las características metodológicas; caracterizarlas en lo que se refiere a los aspectos relacionados a la CVRS, presentados por el paciente con cáncer, en tratamiento de quimioterapia de los dos países; identificar los dominios de CVRS afectados en esa población y los factores sociodemográficos y clínicos que afectan la CVRS; e, identificar cuáles son los instrumentos utilizados para evaluar la CVRS, en esas publicaciones.

Método

El método utilizado fue la Revisión Integradora de la literatura (RI), considerada una estrategia para identificar las evidencias existentes para fundamentar las prácticas de salud. La RI es un método de investigación que proporciona la búsqueda, evaluación crítica y la síntesis de las evidencias disponibles sobre el tema investigado⁽⁴⁾. El método de la RI permite la inclusión de diversas metodologías (por ejemplo, investigaciones experimentales y no experimentales) y contribuye para la presentación de variadas perspectivas en un fenómeno de interés y ha sido defendida como importante medio para integrar el conocimiento científico de determinado tema, contribuyendo, así, para la práctica clínica.

De esa forma, esta revisión fue conducida según el método que propone seis etapas: seleccionar la hipótesis o cuestión de la revisión; seleccionar la muestra a ser estudiada; definir las características del estudio; analizar los estudios incluidos en la revisión; interpretar los resultados; y, presentar la revisión con la síntesis del conocimiento⁽⁴⁾.

En la primera etapa, se formuló la siguiente pregunta orientadora: "¿Cuál es el conocimiento producido sobre CVRS de pacientes brasileños y españoles con cáncer, en tratamiento de quimioterapia?"

En la segunda etapa, es importante caracterizar la muestra a ser estudiada con los criterios de inclusión y exclusión. Para eso, fueron utilizadas las bases de datos: CINAHL, MEDLINE, SCOPUS y CUIDEN y las bibliotecas electrónicas PubMed y SciELO, utilizando las plataformas EBSCOhost, ProQUEST y la plataforma de la Fundación Index para búsqueda en la base de datos CUIDEN. La elección de esas bases de datos se debió al hecho de la gran amplitud de las mismas y las bibliotecas SciELO y la base de datos CUIDEN para atender el criterio de inclusión de artículos en que participen muestras de pacientes brasileños y españoles. La biblioteca SciELO fue creada en 2002 y reúne amplia colección de periódicos científicos brasileños y la base de datos CUIDEN fue creada en 1991, bajo los auspicios del Centro de Documentación

en Enfermería Comunitaria (CEDEC) y más tarde por la Fundación Index, con la finalidad de mejorar la difusión del conocimiento científico especializado en cuidados de salud de España⁽⁵⁾.

Los descriptores/palabras-clave utilizados en las cuatro bases de datos y dos bibliotecas electrónicas fueron: calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud, cáncer y quimioterapia. Los operadores booleanos adoptados fueron "and" y "or".

Los criterios de inclusión fueron: artículos sobre CV de pacientes brasileños y españoles con cáncer en quimioterapia, población con muestra de pacientes mayores de 18 años, brasileños o españoles, artículos en los idiomas portugués, inglés o español, indexados en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, SCOPUS y CUIDEN y en las bibliotecas electrónicas PubMed y SciELO, publicados en el período de los últimos cinco años (de enero de 2009 a septiembre de 2013) y con resúmenes disponibles.

Los criterios de exclusión fueron: tesis y disertaciones, artículos relacionados a la investigación metodológica, como creación y/o validación de instrumentos de CV, artículos de estudios multicéntricos que no tuvieron como población exclusiva la brasileña y española, revisiones sistemáticas y aquellos en que no participaron seres humanos.

Para la tercera etapa, que consiste en definir las características del estudio, fue adoptado para el análisis de los artículos y extracción de los datos, el mismo instrumento utilizado en estudio anterior⁽⁶⁾, que fue sometido a la validación aparente y de contenido por tres jueces con *expertise* en el instrumento. El instrumento contempla la identificación de los artículos (periódico publicado, formación e institución a la cual los autores están vinculados, idioma y país), los aspectos metodológicos del estudio (diseño de investigación, objetivos, muestreo, tratamiento de los datos, resultados, conclusiones y nivel de evidencia) y

las características de la CV investigada (definición de CV, instrumentos y dominios evaluados). Fue modificado el ítem relacionado a las características de la ostomía por protocolo de quimioterapia, que es uno de los puntos de interés de esa revisión.

Para el nivel de evidencia, fue considerada la siguiente clasificación: nivel 1 evidencias provenientes de revisiones sistemáticas o metanálisis de Ensayos Clínicos Aleatorios Controlados (ECAC), nivel 2 evidencias obtenidas de por lo menos un ECAC bien diseñado, nivel 3 originadas de ensayos clínicos bien diseñados no aleatorios, nivel 4 provenientes de estudio de caso-control y de cohorte bien diseñados, nivel 5 obtenidas de revisiones sistemáticas de estudios descriptivos o cualitativos, nivel 6 provenientes de un único estudio descriptivo o cualitativo y nivel 7 evidencias originarias de opinión de autoridades y/o comité de especialistas⁽⁷⁾.

En la cuarta etapa, se realizó un análisis minucioso de los artículos, prestando atención para los ítems de inclusión y exclusión de los mismos. En la quinta etapa, fue realizada un análisis profundo de los artículos, objetivando alcanzar los objetivos de este estudio y comparar los datos encontrados con la literatura y se finalizó (sexta etapa) con la síntesis del conocimiento de la revisión, que será presentada por categorías temáticas, tabla y figuras.

Resultados

El levantamiento de los artículos en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, EBSCO y CUIDEN y en las bibliotecas *online* SciELO y PubMed fue realizado concomitantemente en septiembre de 2013, utilizando las palabras clave calidad de vida, calidad de vida relacionada a la salud, cáncer y quimioterapia con combinaciones de dos o tres palabras.

La Tabla 1 demuestra la cantidad de artículos encontrados, repetidos y seleccionados, de acuerdo con cada base de datos.

Tabla 1 – Número de artículos obtenidos en las bases de datos. Brasil/España, 2009-2013

| Base de datos | Artículos encontrados | Artículos excluidos | Artículos seleccionados | Artículos duplicados en las bases | Total de artículos analizados |
|---------------|-----------------------|---------------------|-------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| MEEDLINE | 330 | 322 | 08 | 04 | 08 |
| CINAHL | 489 | 478 | 11 | 10 | 09 |
| SCOPUS | 218 | 201 | 17 | 09 | 08 |
| SciELO | 45 | 33 | 12 | 09 | 03 |
| PubMed | 100 | 100 | 0 | 0 | 0 |
| CUIDEN | 03 | 03 | 0 | 0 | 0 |
| Total | 1185 | 1137 | 48 | 32 | 28 |

En las bases de datos, se delimitaron previamente los criterios de inclusión, referentes a pacientes adultos mayores de 18 años, brasileños y españoles, artículos

publicados en los últimos cinco años (enero de 2009 a octubre de 2013), en los tres idiomas (inglés, portugués y español) artículos de investigación con seres humanos y

fue encontrado un total de 1.185 artículos. Después de la lectura de los resúmenes, fueron seleccionados 48 artículos para ser leídos en su totalidad, 32 estaban duplicados en una o más bases de datos y solamente 28 atendieron los criterios de inclusión y constituyeron esta RI.

La Figura 1 demuestra la referencia de los artículos, la base de datos en que fueron encontrados, el diseño y nivel de evidencia, la formación y el local de trabajo del autor principal y el idioma y el país en que la investigación fue desarrollada.

| Estudio | Autor y referencia | Base de datos | Diseño y nivel de evidencia | Formación e institución del autor principal | País e idioma |
|---------|---|---------------------------|--|---|-------------------|
| 01 | Jorge, Silva. Rev. Latino-Am. Enfermería 2010;18(5):849-55 | MEDLINE + SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ Universidad | Brasil/ español |
| 02 | Sawada et al. Cáncer Nursing 2010;33(5):E21-28 | MEDLINE + CINAHL + SCOPUS | Estudio clínico no aleatorio Nivel III | Enfermero/ universidad | Brasil/ inglés |
| 03 | Sawada et al. Rev. Esc Enferm USP 2009;43(3):581-7 | MEDLINE + SCOPUS + SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ portugués |
| 04 | Tejido-Sánchez et al. Actas Urol Esp. 2013;37.http://dx.doi.org/10.1016/j.acuro.2013.04.006 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ hospital universitario | España/ español |
| 05 | Campos, Palma, Leite. J Clin Exp Dent. 2013;5(3):122-7 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ universidad | Brasil/ inglés |
| 06 | Arraras et al. Psycho-Oncol. DOI 10.1002/pon.3307, 2013 | CINAHL + SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ hospital | España/ inglés |
| 07 | Paiva et al. J Relig Health. DOI 10.1007/s10943-013-9770-6, 2013 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ hospital | Brasil/ inglés |
| 08 | Oliveira et al. Rev. Latino-Am. Enfermería 2013;21(3):787-94 | CINAHL + SCOPUS + SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ español |
| 09 | França Neto et al. J.Colooproctol. 2013;33(2):50-7 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ universidad | Brasil/ inglés |
| 10 | Rey, Extremera y Trillo. Psychosocial Oncol 2013;31:51-64 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Sicólogo/ universidad | España/ inglés |
| 11 | López-Jornet et al. J Cranio-Maxillo-Facial Surg 2012;40:614-20 | CINAHL + SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico /universidad | España/ inglés |
| 12 | Mansano-Scholoser y Ceolim. Texto Contexto Enfer. 2012;21(3):600-7 | CINAHL + SCOPUS+ SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ portugués |
| 13 | Evangelista y Santos, Supportive Care Cáncer 2012;20:1499-1506 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ inglés |
| 14 | Azevedo et al. J of Voice 2012;26(2):e 63-e 71 | CINAHL + SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Fonoaudiólogo / hospital | Brasil/ inglés |
| 15 | Baena-Cánada et al. Rev Calid Asist 2011;26(5):299-305 | CINAHL + SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ hospital universitario | España/ español |
| 16 | Manganiello et al. Europ J Oncol Nurs.2011;15:167-72 | CINAHL + SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ inglés |
| 17 | Borges et al. Rev. Nutr.2010;23(5):745-53, 2010 | SCOPUS | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Nutricionista/ universidad | Brasil/ inglés |
| 18 | Moros et al. RevMed Chile 2010;138:715-22 | SCOPUS | Estudio clínico aleatorio Nivel II | Fisioterapeuta/ hospital universitario | España/ español |
| 19 | Nicolusi, Sawada. Acta Paulenferm.2009;22(2):155-61 | CINAHL + SCOPUS + SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ portugués |
| 20 | Cueva et al. Inv.New Drugs 2012;30:688-94 | MEDLINE | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ universidad | España/ inglés |
| 21 | Costa-Pequena y Gil. Psycho Oncol.2009;18:1053-9 | MEDLINE | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Sicólogo/ universidad | España/ inglés |
| 22 | Cavalheiro et al. BMC Womne's Health 2012;12:28 | MEDLINE | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Médico/ universidad | Brasil/ portugués |
| 23 | Nicolusi, Sawada. Rev Gaucha Enferm.2011;32(4):759-66 | MEDLINE + CINAHL + SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ portugués |
| 24 | Chaves, Gorini. Rev Gaucha Enferm.2011;32(4):767-73 | MEDLINE + CINAHL + SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ portugués |
| 25 | Campos et al. J Alterna Complem Medicine 2012;17(6):505-12 | CINAHL | Estudio clínico aleatorio Nivel II | Médico/ universidad | Brasil/ inglés |
| 26 | Andrade, Sawada, Barichello. Rev Esc Enferm USP.2013;47(2):355-61 | SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Enfermero/ universidad | Brasil/ portugués |
| 27 | Verde et al. Rev Nutr.2009;22(6):795-807 | SciELO | Estudio descriptivo, exploratorio Nivel VI | Nutricionista/ universidad | Brasil/ portugués |
| 28 | Souza, Araujo. Est Psicología 2010;27(2):187-96 | SciELO | Estudio clínico no aleatorio Nivel III | Sicólogo/ universidad | Brasil/ portugués |

Figura 1 – Descripción de los estudios incluidos en la RI, según autores, año de publicación, base de datos, tipo de diseño y nivel de evidencia, formación e institución del autor principal, país de los autores e idioma de publicación. Brasil/España, 2009-2013

De acuerdo con el año de publicación de los artículos seleccionados, se puede notar un aumento creciente en los dos últimos años (2012-2013), con 15 (51,7%) artículos. Con relación al país de los autores, (71,4%) son publicaciones brasileñas y apenas ocho (28,5%) españolas. De los 28 artículos analizados, 11 (39,2%) tuvieron como autor principal enfermeros, 10 (35,7%) médicos, tres (10,7%) sicólogos, dos (7,1%) nutricionistas, uno (7,1%) fonoaudiólogo y 1 (7,1%) fisioterapeuta. La mayoría de ellos vinculados a universidades, 22 (78,5%), tres (10,7 %) en hospitales universitarios y tres (10,7%) en hospitales.

Las características metodológicas, en lo que se refiere al diseño de investigación y nivel de evidencia, 28 (100%) de los artículos son investigaciones cuantitativas, siendo apenas dos (7,1%) estudios clínicos aleatorios controlados, nivel de evidencia II, dos (7,1%) estudios clínicos no aleatorios, nivel III, y 24 (85,7%) estudios descriptivos y exploratorios de nivel VI⁽⁷⁾.

En lo que se refiere al idioma, la mayoría (14; 50%) era de publicaciones en inglés, nueve (32,2%) en portugués y cinco (17,8 %) en español. Con relación a la definición del concepto de calidad de vida, 13 artículos (46,4%) definieron el concepto, siendo que seis artículos definieron como un concepto general y siete definieron CVRS, los otros 15 (53,5 %) artículos no definieron.

Todos los 28 (100%) artículos utilizaron uno o varios instrumentos. De esos, 24 (85,7%) justificaron su elección y cuatro (14,2%) no justificaron, siendo que 13 estudios tuvieron coherencia en la definición de CV y la utilización del instrumento y en 15 estudios los autores no definieron el concepto de CV.

Para medir la CV, los instrumentos más utilizados fueron: 11 (39,2%) *European Organization for Research*

and Treatment of Cancer- EORTC QLQ-C30 y módulos específicos, el EORTC module- BR23 para cáncer de mama fue utilizado en tres (10,7%) y el *Functional Assessment of Cancer Therapy- Breast- FACT-B* en dos (7,1%) artículos, el EORTC module- HN35 para cáncer de cabeza y cuello fue usado en un (3,5%) artículo y el EORTC module-CR38 para cáncer colorrectal en uno (3,5%). El *World Health Organization Quality of Life Assessment-WHOQOL-100* o WHOQOL-bref fueron utilizados en cinco (17,8%), el *Short Form Health Survey-SF-36* en dos (7,1%) artículos y los demás instrumentos FSFI, FACT-F, EUROQOL 5D 3L, GHQ, UWQOL y SWAL QOL en apenas un artículo en cada uno.

Después de la lectura y análisis de los artículos fueron formuladas las categorías para realizar la síntesis del conocimiento de esta RI, mostrada a seguir. Categoría 1 – evaluación de la CV en diferentes tipos de cáncer; Categoría 2 – factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la CV y Categoría 3 – tratamientos e intervenciones que mejoraron la CV. En la Categoría 1 fueron incluidos ocho artículos (28,57 %), de los cuales siete fueron desarrollados en Brasil y uno en España, en la Categoría 2 fueron incluidos 14 (50%) artículos, de los cuales 10 fueron realizados en Brasil y cuatro en España y en la Categoría 3, seis (10,7 %) artículos, siendo cuatro brasileños y dos españoles. El análisis de los artículos y la síntesis del conocimiento fueron realizadas según el tipo de cáncer para comprender mejor los resultados.

La Figura 2 demuestra los estudios incluidos en la Categoría 1, el tipo de diseño, el tipo de cáncer estudiado y los dominios de CV afectados.

| Estudios | Diseño | Tipo de cáncer | Dominios afectados |
|----------------|---|------------------|--|
| 1, 16, 22 y 27 | No experimental, exploratorio descriptivo | Ginecológico | Físicos, ambientales y sexuales |
| 5 y 11 | No experimental, exploratorio descriptivo | Cabeza y cuello | Físicos, con comprometimiento de la alimentación y habla |
| 24 | No experimental, exploratorio descriptivo | Colorrectal | Sociales y desempeño de papel, siendo que en aquellos con colostomía la calidad de vida se mostró peor que aquellos sin colostomía |
| 8 | No experimental, exploratorio descriptivo | Cáncer de pulmón | Síntomas de fatiga, náuseas y vómitos, constipación y pérdida de apetito y desempeño de papel |

Figura 2 – Categoría 1: evaluación de la CV en diferentes tipos de cáncer

Los cuatro estudios de cáncer ginecológico fueron desarrollados en Brasil y las características sociodemográficas y clínicas fueron semejantes, como la edad promedio arriba de 50 años, la mayoría casada y con la enfermedad predominantemente en el estado II y nivel de escolaridad mayor que nueve años de estudio.

En los estudios de cáncer de cabeza y cuello, a pesar de haber sido realizados uno en Brasil y otro en España, son semejantes en lo que se refiere al

promedio de edad arriba de 50 años, la mayoría del sexo masculino, con nivel educacional predominantemente básico. En lo que se refiere a las características clínicas, en el estudio 5 la mayoría era de cáncer de laringe en estado II con tratamiento predominante de radioterapia y quimioterapia y, en el artículo 11, la mayoría de la localización del tumor era en la cavidad oral, estado II y como tratamiento predominante el quirúrgico.

El estudio de cáncer de pulmón fue desarrollado en Brasil con caracterización sociodemográfica de edad promedio de 68 años, predominio del sexo masculino, fumadores con estado de la enfermedad IV

y el protocolo predominante de la quimioterapia fue la cisplatina+gemcitabine.

La Figura 3 demuestra los estudios situados en la Categoría 2, el objetivo y el tipo de cáncer del estudio y los factores sociodemográficos que influenciaron la CV.

| Estudios | Objetivo | Tipo de cáncer | Factores que influyen la calidad de vida |
|--------------|---|---------------------------------|--|
| 3, 4, 12, 21 | Evaluación de la calidad de vida en tratamiento de quimioterapia | General, no específica el tipo | Edad, sexo, estado de la enfermedad, protocolo de quimioterapia, presencia de metástasis, tipo de tumor |
| 6 | Satisfacción de los pacientes con la atención en el hospital | General, no específica un tipo | Atención por enfermeros fueron importantes para la satisfacción del paciente |
| 10 | Influencia de la inteligencia emocional en la calidad de vida | General, no específica un tipo | Mayor inteligencia emocional influyó en las escalas funcionamiento mental, emocional y social |
| 13, 15 y 23 | Evaluar la calidad de vida en mujeres con cáncer de mama | Cáncer de mama | Factores psicosociales, síntomas físicos y gastrointestinales, nivel de escolaridad, protocolo de quimioterapia, tipo de cirugía, estado de la enfermedad y radioterapia |
| 14 | Influencia de la calidad de la voz en los pacientes con cáncer de laringe y hipofaringe | Cáncer de laringe y hipofaringe | Calidad de la voz y buena comunicación mejor calidad de vida |
| 17 | Evaluar la influencia de la nutrición antes y después de la quimioterapia | General, no específica un tipo | Buen estado nutricional es factor importante para mejorar la calidad de vida |
| 9 y 19 | Evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer colorrectal | Cáncer colorrectal | Genero, edad, tratamiento de radioterapia, protocolo de quimioterapia |
| 26 | Evaluar calidad de vida en pacientes con cáncer hematológico | Cáncer hematológico | Tiempo de tratamiento, presencia de síntomas, nivel de escolaridad |

Figura 3 – Categoría 2: factores sociodemográficos y clínicos que influyen en la CV

De los estudios 3, 4, 12 y 21, dos fueron desarrollados en Brasil y dos en España, en cuatro estudios predominaron el tipo de cáncer colorrectal, en donde la mayoría era del sexo masculino, con promedio de edad arriba de 50 años, casados, con nivel fundamental de escolaridad y mayoría con tratamiento de quimioterapia. El otro estudio de España fue con pacientes con cáncer de vejiga en tratamiento de quimioterapia adyuvante y tuvo como caracterización sociodemográfica la edad promedio de 69 años, mayoría del sexo masculino, tiempo promedio de cistectomía de 43 meses y prevalencia de complicaciones con la ostomía en 61% de la muestra.

En el estudio 6 se evaluó la satisfacción de los pacientes con el atención en un hospital oncológico de España y la caracterización sociodemográfica fue edad promedio de 60,8 años, predominio del sexo masculino (54,6%), nivel educacional básico (55,7%), casados (74,4%), tipo de tumor gastrointestinal (34,1%) y estado de enfermedad con metástasis de 52,3%.

El estudio 10 fue desarrollado en España y la muestra fue predominantemente de mujeres (87,1%), con promedio de edad de 50,5 años, tiempo de diagnóstico mayor que tres años (67,74%), nivel de escolaridad secundario (37,7%), casadas (64,5%) y el tipo de cáncer más prevalente fue el de mama (70,9%), estado II (62,9%) con tratamiento quirúrgico y de quimioterapia.

Los estudios 13, 15 y 23 fueron con cáncer de mama, dos fueron desarrollados en Brasil y uno en España y los datos sociodemográficos se mostraron semejantes en lo que se refiere a la edad promedio de 50 años, tipo de

tratamiento predominantemente quirúrgico, la mayoría hizo quimioterapia, siendo que en un estudio el protocolo predominante fue antraciclina y en el otro fue 5FU+ciclofosfamida+doxorubicina y dos no especificaron el protocolo. En dos estudios, uno conducido en Brasil y el otro en España, el nivel educacional que predominó fue fundamental y en el otro de Brasil fue nivel superior; en lo que se refiere al estado de la enfermedad, predominó en el estudio de España el estado II, y en el estudio brasileño el estado predominante fue I y el otro estudio no especificó.

El estudio 14 fue desarrollado en Brasil, con una muestra cuyo promedio de edad fue de 74,5 años, predominantemente sexo masculino (82,1%), nivel educacional fundamental incompleto (38,1%), fumadores (94%) y el alcoholismo presente en 82,1% de la muestra.

El estudio 17 tuvo como muestra pacientes brasileños con edad promedio de 56,6 años, clase socioeconómica baja (46,7%), siendo la mayoría del sexo femenino (76,2%) con cáncer de mama o ginecológico (58,7%), estado II (46,5%), en donde 77,6% recibieron quimioterapia neoadyuvante y 51,8% fueron sometidos a cirugía antes de la quimioterapia.

Los estudios 9 y 19 son brasileños y la muestra fue predominantemente de pacientes del sexo masculino (59,1%), intervalo etario entre 60 y 80 años (50%), casados (50%), jubilados (63,7%), nivel de escolaridad fundamental (59,1%), religión católica (72,7%), el tipo de cáncer fue, en 72,8%, de cáncer de colon, 81,8% fueron sometidos a cirugía hace menos de 20 meses y el tratamiento de quimioterapia en 59,1% fue el 5 FU+Leucovorina.

El estudio 26 fue desarrollado en Brasil con una muestra predominantemente del sexo masculino (56,2%), edad arriba de 60 años (56,2%), jubilados (46,8%), con renta de dos a cuatro salarios mínimos (50 %), nivel educacional fundamental incompleto (50%), casados (59%) y el tipo de cáncer fue leucemia

(46,8%), con inicio de tratamiento hace más de cuatro meses (65,6%).

La Figura 4 muestra los estudios que fueron incluidos en la Categoría 3, el tipo de cáncer y las intervenciones que mejoraron la CV.

| Estudios | Tipo de cáncer | Intervención para mejorar la calidad de vida |
|----------------|--------------------------------|--|
| 8, 20, 25 y 28 | Cáncer de mama | Ejercicios físicos, guaraná x medicación metilfenidato, intervención psicoactiva |
| 2 | General, no especifica el tipo | Relajamiento con visualización y acupuntura |
| 7 | General, no especifica el tipo | Oración |

Figura 4 – Categoría 3: tratamientos e intervenciones que mejoraron la CV

De los estudios 8, 20, 25 y 28, dos artículos fueron desarrollados en España y dos en Brasil. Todos tuvieron como datos sociodemográficos y clínicos de la muestra semejantes, la edad promedio arriba de 50 años; en un artículo de Brasil y otro de España el estado predominante de la enfermedad fue el II y en los otros dos artículos no fue hecha referencia en lo que se refiere a ese dato.

El estudio 2 evaluó el relajamiento con visualización y acupuntura y fue desarrollado en Brasil, con diseño casi experimental con los grupos de intervención y control evaluados en el inicio y final del tratamiento de quimioterapia. Los resultados mostraron que la intervención mejoró la salud global/CV, la función emocional y social y disminuyó los síntomas de fatiga y pérdida de apetito. Los autores resaltaron como limitación del estudio el número reducido de la muestra.

El estudio 7 evaluó la práctica de oración individual, también desarrollado en Brasil, y tuvo un diseño descriptivo longitudinal, encontrándose correlación positiva entre la práctica de oración individual y CV en los pacientes en cuidados paliativos; resaltaron, como limitación, el tipo de instrumento que utilizaron para medir la práctica de oración que fue apenas por una cuestión debido a la falta de instrumentos válidos y confiables y el tipo de diseño de la investigación que fue exploratorio descriptivo. Las características sociodemográficas y clínicas de los estudios 2 y 7 convergieron en los aspectos de predominio del sexo masculino, edad arriba de 40 años, católicos y tipo de tumor gastrointestinal.

Discusión

Con relación al país de los autores, 20 (71,4%) publicaciones fueron brasileñas y apenas ocho (28,5%) españolas, ese resultado puede estar relacionado al hecho de que la postgraduación en enfermería fue implantada y reglamentada hace poco tiempo en España (REAL DECRETO 1393/2007)⁽⁸⁾, en contrapartida, en

Brasil, la postgraduación en enfermería fue iniciada en la década del 70, con la maestría, y en la década del 80, el doctorado en Enfermería⁽⁹⁾. Ese tema es de gran interés de esa profesión, como se constata en la Figura 1, de los cuales 11 (39,2%), de los 28 artículos analizados, tienen como autor principal, enfermeros. Esos datos demuestran que el tema CV de pacientes oncológicos en tratamiento de quimioterapia todavía predomina el interés de los médicos y enfermeros que son los profesionales que cuidan directamente de esos pacientes, experimentando los problemas de la experiencia del paciente oncológico; queda evidente, también, el predominio de la producción científica vinculada a las universidades o hospitales universitarios. De acuerdo con un estudio⁽¹⁰⁾, la producción de conocimiento se concentra en las universidades, ya que son ellas las que poseen personal calificado y recursos para el desarrollo de las investigaciones.

Con relación al tipo de diseño de investigación, la mayoría es de diseño descriptivo exploratorio, nivel de evidencia VI, mostrando que existe falta de estudios clínicos aleatorios controlados en esa área de conocimiento que demuestren niveles de evidencia más fuerte para la práctica clínica. Sin embargo, no se puede dejar de destacar la importancia de los estudios observacionales, que tienen como ventaja sobre los estudios clínicos controlados y aleatorios el menor costo, mayor rapidez, facilidad de mayor número de la muestra y son utilizados principalmente para identificar los factores de riesgo e indicadores de pronósticos y en situaciones en las cuales los estudios clínicos aleatorios y controlados serían imposibles o antiéticos⁽¹¹⁾.

En lo que se refiere al idioma, 50% estaban en el idioma inglés, y los demás en portugués y español. Esos datos se relacionan con las bases de datos en que los artículos fueron encontrados, en donde la mayoría fue SCOPUS, MEDLINE y CINAHL que requieren artículos en la lengua inglesa.

Con relación a los aspectos de la CV⁽¹²⁾, se destaca la importancia de los autores en definir lo que entienden

por CV y esa definición deberá ser coherente con el tipo de instrumento que utiliza y el referencial teórico de CV, que tiene como base la construcción del instrumento y la discusión del artículo, ya que la ausencia de un modelo teórico explícito, para guiar el desarrollo de las investigaciones de calidad de vida, ha limitado el uso y generalización de la evaluación de CV en investigaciones clínicas con pacientes con cáncer⁽¹³⁾.

Los instrumentos más utilizados para evaluar CV de pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia en los artículos introducidos en esta RI fueron semejantes a los encontrados en otra RI⁽⁶⁾.

La Categoría 1 – evaluación de la CV en diferentes tipos de cáncer, en los cánceres ginecológicos, mostró que las pacientes en tratamiento de quimioterapia tuvieron como factores de CV más afectados la función sexual debido al malestar, al dolor y al vómito, comprometiendo el bienestar físico, la disminución de la capacidad de atender a las necesidades de la familia y presentando, además, los síntomas de sensación de debilidad y náusea e incomodidad por los efectos colaterales del tratamiento de quimioterapia, corroborando los datos de estudio semejante⁽¹⁴⁾.

Los cuatro estudios fueron desarrollados en Brasil; no fue encontrado ningún estudio español de CV de pacientes con cáncer de mama en quimioterapia, ese dato confirma la Revisión Sistemática⁽¹⁵⁾ que concluyó que las investigaciones de CVRS con pacientes de cáncer de mama son poco desarrolladas en España.

Con relación a los estudios de cáncer de cabeza y cuello, el dominio de CV más afectado fue el físico con comprometimiento de la deglución, habla, dientes, boca seca y presencia de dolor y fatiga. Dato que corrobora otra investigación internacional que también demostró que problemas de deglución, dolor, condiciones de los dientes y otras enfermedades concomitantes aparecen después del tratamiento del cáncer de cabeza y cuello, comprometiendo la CV de los pacientes⁽¹⁶⁾.

En esos estudios, a pesar de haber sido realizados uno en Brasil y otro en España, los datos sociodemográficos son semejantes en lo que se refiere al promedio de edad arriba de 50 años, mayoría del sexo masculino, nivel educacional predominantemente básico y, en lo que se refiere a las características clínicas en el estudio 5, la mayoría era de cáncer de laringe en estado II, con tratamiento predominante de radioterapia y quimioterapia, y, en el artículo 11, la mayoría de la localización del tumor era en la cavidad oral, estado II, y como tratamiento predominante el quirúrgico. Esos hallazgos son semejantes al estudio⁽¹⁷⁾ que también evaluó la asociación de la sinergia de los hábitos de fumar y alcoholismo y la depresión. Los factores socioeconómicos están en concordancia con la

revisión sistemática⁽¹⁸⁾ de estudios conducidos en los Estados Unidos, India, Italia, Francia, Canadá, Alemania, España, Dinamarca, Inglaterra y Brasil, en donde fueron encontradas, en mayor proporción, asociación entre cáncer de cabeza y cuello y peores condiciones socioeconómicas.

En el estudio de cáncer colorrectal, los resultados demostraron que las complicaciones en el postoperatorio comprometieron las funciones sociales y profesionales y aquellos que tuvieron que hacer colostomía presentaron peor CV que aquellos que no lo hicieron. Esos datos son semejantes a los encontrados en un estudio⁽¹⁹⁾ que detectó, como factores de riesgo, para una CV pobre, el estrés psicológico, el estado avanzado de la enfermedad y tener un estoma.

En el artículo de cáncer de pulmón, después del tercer ciclo de quimioterapia, hubo empeoramiento de los síntomas de fatiga, náuseas y vómitos, los síntomas de la constipación y pérdida de apetito fueron los más intensos, comprometiendo la escala funcional y desempeño de papel. Un estudio⁽²⁰⁾ que investigó los síntomas y CV en pacientes con cáncer de pulmón también mostró que el síntoma fatiga fue uno de los más presentes en ese grupo de pacientes y detectó que ese síntoma influencia el desempeño funcional de los pacientes empeorando su CV.

Evaluar y mejorar la calidad de vida de los pacientes, durante y después del tratamiento del cáncer, es imprescindible y es un factor de reconocimiento de las buenas prácticas en servicios oncológicos en el ámbito mundial; varios servicios son reconocidos y premiados por ese aspecto⁽²¹⁾.

En la Categoría 2, en los cuatro estudios de evaluación de la CV, en pacientes en tratamiento de quimioterapia, se evidenció que los factores edad, sexo femenino, estado de la enfermedad y algunos protocolos de quimioterapia y quimioterapia adyuvante causan más síntomas y son factores que influyen para peor CV del paciente en quimioterapia. Varios estudios nacionales e internacionales también han demostrado la influencia de esos factores en la CVRS de los pacientes en quimioterapia⁽²²⁻²⁴⁾.

El artículo que analizó la satisfacción de un servicio con la CV, apuntó que los dominios relacionados a las atenciones de los médicos fueron los más bajos, en lo que se refiere a la de enfermeros estos fueron más altos; ese estudio fue desarrollado en España, y un estudio⁽²⁵⁾ desarrollado en Brasil, que analizó la interacción de los enfermeros con pacientes en quimioterapia, también demostró que el cuidado de enfermería se sustenta en principios propios de la relación humana, como amistad, cariño, atención, tolerancia y solidaridad; destacó que las acciones de la enfermera conjugan atributos

técnicos y humanos, considerando la vida como valor ético fundamental en respeto a la dignidad humana, como fundamento de la interacción en el cuidado, lo que resalta la necesidad de interacción humanizada por parte de todo el equipo multidisciplinario, para auxiliar al paciente con cáncer a enfrentar esa situación con buena calidad de vida.

La influencia sobre la calidad de la voz y deglución en el cáncer de cabeza y cuello también fue demostrada en un estudio⁽²⁶⁾ realizado en Brasil.

La relación entre inteligencia emocional y salud física y mental fue demostrada en la revisión⁽²⁷⁾ que encontró que altos niveles de inteligencia emocional están relacionados a mejor salud mental, y la baja inteligencia emocional está relacionada a ciertos trastornos emocionales, eso también fue evidenciado en artículo encontrado en esta RI.

Los artículos sobre cáncer de mama evidenciaron que los factores que influenciaron la CV fueron: psicoemocionales, físicos, gastrointestinales, edad, nivel de escolaridad, tipo de quimioterapia, tratamiento quirúrgico, estado de la enfermedad, imagen corporal y niveles de ansiedad y depresión. Varias investigaciones también levantaron esos factores⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

La neoplasia maligna provoca alteración metabólica en el paciente y ya está clasificada como estado de riesgo nutricional. La desnutrición en el paciente oncológico adulto varía de 40 a 80%, en lo que se refiere a los niños, esta varía de 6 a 50%, y, a su vez, está directamente asociada al empeoramiento de la CV, debido a la menor respuesta al tratamiento específico⁽²⁸⁾. Ese dato fue encontrado en artículo incluido en esta revisión, en donde el estado nutricional fue factor positivo para mejor CV.

En los estudios que evaluaron el cáncer colorrectal se encontró que el sexo influencia la CV, en donde las mujeres presentaron más deficiencias y síntomas que los hombres, y que pacientes con edad inferior a 50 años presentaron menos problemas de micción. El tratamiento radioterápico influenció la presencia de síntomas como dolor, insomnio y el desempeño de papel. El protocolo de quimioterapia influenció la función cognitiva y los síntomas de dolor y pérdida de apetito. En otro estudio⁽¹⁹⁾ se evaluaron, prospectivamente, pacientes con cáncer colorrectal; no se encontró diferencia significativa entre edad, estado civil, nivel educacional y estado del tumor en relación a la CVRS; se encontró que los participantes que pasaron por cirugía y quimioterapia adyuvante presentaron mejor bienestar físico y funcional que aquellos que hicieron apenas cirugía y aquellos que presentaron mayor optimismo tuvieron asociación con todos los dominios de CVRS, excepto bienestar social.

El estudio de pacientes con cáncer hematológico detectó que la presencia de síntomas influencia las funciones físicas, cognitivas y sociales. El tiempo de tratamiento influenció la mayor presencia de síntomas de náuseas y vómitos y pérdida de apetito. El tiempo de escolaridad influenció la escala de función social y la dificultad financiera, siendo que aquellos con baja escolaridad presentaron más dificultades financieras. En una investigación internacional⁽²⁹⁾, con 1.482 pacientes con leucemia, se encontraron los siguientes factores relacionados a la CVRS: edad más avanzada, presencia de fatiga, severidad de las enfermedades concomitantes y condiciones actuales del tratamiento que han profundizado el impacto en la CVRS en todos los estados de la enfermedad, los efectos de la leucemia sobre la CV parecen ser diferentes de otros tipos de cáncer, con impacto mayor en la dimensión emocional.

La Categoría 3 – tratamientos e intervenciones que mejoraron la CV fue compuesta por seis estudios de los cuales dos tenían diseños experimentales, dos casi experimentales y dos descriptivos, longitudinales. Cuatro estudios tuvieron como población mujeres con cáncer de mama, en donde fueron comprobados el ejercicio físico, el uso de la medicación metilfenidato, el uso de guaraná y una intervención psicoeducativa y, en dos artículos, uno evalúa la técnica de relajamiento con visualización y acupuntura y el otro la práctica de la oración en pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia. Todas las intervenciones se mostraron efectivas en la mejoría de los síntomas como fatiga y disminución del estrés, reflejando en la mejoría de la CV. Se puede observar que todas las intervenciones encontradas, excepto el uso del metilfenidato, son prácticas complementares.

El uso de medicina complementaria y alternativa ha aumentado en los últimos años. La Revisión Sistemática⁽³⁰⁾ demostró que el perfil de los pacientes son adultos, con edad entre 30 y 59 años, sexo femenino, elevado grado de escolaridad, renta familiar alta y enfermedad avanzada, los participantes tenían alguna tradición religiosa, influenciando étnicamente en relación al tipo de terapia complementaria adoptada, se detectó que los tipos de terapia complementaria más utilizados fueron homeopatía, medicina ayurvédica, medicina tradicional china, medicina de yerbas, terapias psíquicas, terapias espirituales, grupo de apoyo, relajamiento y meditación, dietas y reflexología. Esos datos son semejantes a los encontrados en un estudio⁽³¹⁾ que analizó la medicina complementaria y alternativa en países europeos y encontró que un tercio de los pacientes con cáncer procura por esos tratamientos, y la mayoría era compuesta por mujeres jóvenes y con alto

nivel de escolaridad. Las terapias más comunes fueron: medicina de yerbas, homeopatía y terapias espirituales.

En el artículo en que se evaluó el ejercicio físico en mujeres con cáncer, se demostró que hubo beneficios en la disminución de la fatiga, la Revisión Sistemática⁽³²⁾ sobre los efectos del entrenamiento de resistencia en la CV de pacientes con cáncer también evidenció que los programas de entrenamiento benefician a los pacientes y, consecuentemente, mejoran la CV, pero se destaca la necesidad de determinar el tipo, intensidad y cantidad del entrenamiento, de acuerdo con las condiciones del paciente.

Las técnicas cuerpo/mente han ganado espacio en el tratamiento de los pacientes con cáncer. Un estudio⁽³³⁾ destaca los descubrimientos sobre la interacción bioquímica que ocurre entre los sistemas neurológico, endócrino e inmunológico, juntamente con la modulación emocional de la respuesta al estrés. Se discute el relajamiento y la visualización creativa, la relación salud y espiritualidad como herramientas útiles para el equilibrio entre estrés y tranquilidad.

La acupuntura también ha sido bastante utilizada en el tratamiento de los efectos colaterales del tratamiento de quimioterapia como náuseas y vómitos, fatiga, pérdida de apetito, insomnio, dolor, constipación, depresión y ansiedad, mejorando la CV de los pacientes con cáncer⁽³⁴⁾. En los artículos analizados en esta revisión se utilizaron las técnicas de acupuntura, relajamiento con visualización guiada y la práctica de oración, demostrando beneficios a los pacientes con cáncer en tratamiento de quimioterapia.

La revisión⁽³⁵⁾ sobre fatiga en el cáncer encontró que el tratamiento farmacológico con metilfenidato y dexmetilfenidato y el uso de guaraná (*Paulinia cupana*) en pacientes con fatiga severa se mostraron beneficiosos. Los estudios de esta RI corroboran ese dato.

Conclusiones

Esta RI reunió 28 artículos sobre la CVRS de pacientes brasileños y españoles, con cáncer en tratamiento de quimioterapia. Todos los artículos fueron de diseño cuantitativo, 24 (86%) de los estudios fueron del tipo descriptivo de corte transversal, nivel de evidencia VI, dos (7%) experimentales, nivel II y dos casi experimentales, nivel III, demostrando que el nivel de las evidencias es débil. El instrumento más utilizado fue el EORTC QLQ-C30 y la producción científica fue predominantemente realizada en Brasil, teniendo como autor principal, en su mayoría, a enfermeros y médicos vinculados a universidades.

Fue posible verificar que el tratamiento de quimioterapia provoca varios perjuicios en los dominios

de CVRS y los factores que más influyen son: edad, sexo, tipo de protocolo de quimioterapia, tipo de cirugía, estado de la enfermedad, nivel de escolaridad y nivel de inteligencia emocional. A pesar del bajo nivel de evidencia, las terapias complementares: acupuntura, visualización con imagen guiada, práctica de oración y ejercicios, se mostraron efectivas en la disminución de los efectos colaterales de la quimioterapia y el medicamento metilfenidato y guaraná disminuyeron la fatiga en pacientes sometidos a quimioterapia. Esos resultados irán a auxiliar en la planificación de la asistencia a los pacientes brasileños y españoles con cáncer en tratamiento de quimioterapia, contribuyendo para la práctica clínica.

Se destaca, como limitación del estudio, la delimitación de artículos producidos en Brasil y España, sin embargo, como justificado anteriormente, este es un artículo que hace parte de un proyecto mayor entre los dos países. Otra limitación fue el número reducido de producción en España en relación al Brasil, lo que dificultó una comparación más profunda entre los dos países.

Contribuciones del estudio

Las RIs son herramientas de la práctica basada en evidencias, por eso esta investigación avanza en el conocimiento científico una vez que sintetiza los resultados de investigación sobre la CVRS de los pacientes brasileños y españoles con cáncer en tratamiento de quimioterapia; demuestra las evidencias en relación a los dominios de CVRS afectados en ese tratamiento, los factores que interfieren en la CVRS de esos pacientes y las intervenciones que contribuyen para la mejoría de la CVRS. Se piensa que esos resultados irán a auxiliar a realizar otras investigaciones y también a los profesionales en la práctica clínica en la planificación de la asistencia, en programas de prevención y en la rehabilitación de los pacientes con cáncer.

Referencias

1. Ministério da Saúde (BR). Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Portaria nº 2.439/GM, 08 de dezembro de 2005. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.
2. Ministério de Sanidad Y Política Social (ES). Estrategia em Cancer Del sistema Nacional de Salud. Madrid (ES): Ministério de Sanidad Y Política Social; 2009.
3. Romero M, Vivas-Consuelo D, Alves- Guzman N. Is Health Related Quality of Life (HRQoL) a valid

- indicator for health systems evaluation? SpringerPlus 2013;(2)664-70.
4. Mendes KDS, Silveira RCPC, Galvão CM. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na Enfermagem. *Texto Contexto Enferm.* 2008; 17(4):758-64.
 5. Toro AG, Huertas EP, Lorenzo JME. Evolución de La documentación em enfermería em España: las bases de datos Cuiden Y Bdie. *Profesional Inform.* 2000;9(12):13-9.
 6. Zandonai AP, Cardozo FMC, Nieto ING, Sawada NO. Qualidade de vida nos pacientes oncológicos: revisão integrativa da literatura latino-americana. *Rev Eletr Enferm.* [Internet]. 2010 [Acesso 11 jan 2015];12(3):554-61. Disponível em: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n3/v12n3a20.htm
 7. Galvão CM. Níveis de evidência. *Acta Paul Enferm.* 2006;19(2):5.
 8. Ministerio de Educacion y Ciencia (ES). Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales. Madrid (ES): Ministerio de Educacion Y Ciencia; 2007.
 9. Carvalho EM. The production of nursing knowledge. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 1998; 6(1):119-22.
 10. Meneghel SM, Theis IM, Robl F, Wassem J. Produção de conhecimento no contexto brasileiro: perspectivas de instituições emergentes. *Atos de Pesquisa em Educação – PPGE/ME FURB.* set 2007;2(3):444-60.
 11. Moses LE. Measuring effects without randomized trials? Options, problems, challenges. *Med Care.* 1995;33Suppl:AS8-AS14.
 12. Gill TM, Feinstein AR. A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *JAMA.* 1994 Aug 24;272(8):619-26.
 13. Aaronson NK. Methodologic issues in assessing the quality of life of cancer patients. *Cancer.* 1991; Feb 1;67Suppl3:844-50.
 14. Silva CB, Albuquerque V, Leite J. Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos. *Rev Bras Cancerol.* 2010; 56(2):227-36.
 15. Delgado-Sáenz MC, García-Mendizábal MJ, Pollan M, Forjaz MJ, López-Abente G, Aragonés N, et al. Health related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual Life Outcomes.* 2011; 9:3.
 16. Weymuller Jr EA, Bhama PK. Quality of life in head and neck cancer patients. *Expert Rev Anticancer Ther.* 2007;(7):1175-8.
 17. Duffy SA, Ronis DL, Valenstein M, Fowler KE, Lambert MT, Bishop C, et al. Depressive symptoms, smoking, drinking, and quality of life among head and neck cancer patients. *Psychosomatics.* 2007;48(2):142-8.
 18. Boing AF, Antunes JLF. Condições socioeconômicas e câncer de cabeça e pescoço: uma revisão sistemática de literatura. *Cienc Saúde Coletiva.* 2011;16(2):615-22.
 19. Chambers SK, Meng X, Youl P, Aitken J, Dunn J, Baade P. A five-year prospective study of quality of life after colorectal cancer. *Qual Life Res.* 2012 Nov;21(9):1551-64.
 20. Fox SW, Lyon DE. Symptom clusters and quality of life in survivors of lung cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2006; 33(5):931-6.
 21. Dean E. Improving quality of life for patients during and after cancer. *Cancer Nurs Practice* 2014 April;13(3):16-9.
 22. Fernández-Ortega P, Caloto MT, Chirveches E, Marquilles R, San Francisco J, Quesada E, et al. Chemotherapy-induced nausea and vomiting in clinical practice: impact on patients' quality of life. *Support Care Cancer;* 2012;20:3141-8.
 23. Ballatori E, Roila F, Ruggeri B, Betti M, Sarti S, Soru G, et al. The impact of chemotherapy-induced nausea and vomiting on health-related quality of life. *Support Care Cancer.* 2007;(15):179-85.
 24. Arisawa EAL, Silva CMOM, Cardoso CAC, Leite NRP. Efeitos colaterais da terapia antitumoral em pacientes submetidos à quimio e à radioterapia. *Rev Biociênc. (Taubaté)* 2005;11(1-2):55-61.
 25. Fontes CAS, Alvim NAT. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. *Acta Paul Enferm.* 2008;21(1):77-83.
 26. Paula FC, Gama RR. Avaliação de qualidade de vida em laringectomizados totais. *Rev. Bras. Cir. Cabeça Pescoço* 2009;38(3):177-182.
 27. Gonzalez AEM, Piqueras JA, Linares VR. Inteligencia emocional en la salud física y mental. *Electr J Res Educ Psychol.* [Internet]. 2010 [Acesso 17 jun 2015];8(21):861-90. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293122002020>
 28. Caprara GL, Ricalde SR, Santos JS. Características nutricionais dos pacientes oncológicos pediátricos do Hospital Geral de Caxias do Sul. *Pediatria.* 2009;31(4):234-41.
 29. Shanafelt TD, Bowen D, Venkat C, Slager SL, Zent CS, Kay NE, et al. Quality of life in chronic lymphocytic leukemia: an international survey of 1482 patients. *Br J Haematol.* 2007 Oct;139(2):255-64.
 30. Spadacio C, Barros NF. Uso de medicinas alternativas e complementares por pacientes com câncer: revisão sistemática. *Rev Saúde Pública.* 2008;42(1):158-64.
 31. Molassiotis A, Ozden G, Platin N, Scott JA, Pud D, Fernandez-Ortega P, et al. Complementary and alternative medicine use in patients with head and

neck cancers in Europe . Eur J Cancer Care 2006 Mar;15(1):19-24.

32. Cramp F, James A, Lambert J. The effects of resistance training on quality of life in cancer: a systematic literature review and meta-analysis. Support Care Cancer. 2010; (18):1367-76.

33. Alminhana LO, Noé SV. Saúde e espiritualidade: contribuições da psiconeuroimunologia e das técnicas mente-corpo para o tratamento do cancer. Estudos Teológicos (São Leopoldo). [Internet]. 2010 [Acesso 26 jun 2015];50(2):260-72. Disponível em: http://periodicos.est.edu.br/index.php/estudos_teologicos/article/viewArticle/101

34. Regan DO, Filshie J. Acupuncture and cancer. Autonomic Neuroscience: Basic and clinical. 2010;(157):96-100.

35. Campos MPO, Hassanz BJ, Mann RR, Giglio A. Cancer-related fatigue: a review. Rev Assoc Med Bras. 2011;57(2):206-14.

Recibido: 21.1.2015

Aceptado: 11.7.2015

Correspondencia:

Namie Okino Sawada
Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada
Av. Bandeirantes, 3900
Bairro: Monte Alegre
CEP: 14040-902, Ribeirão Preto, SP, Brasil
E-mail: sawada@eerp.usp.br

Copyright © 2016 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.