

al TARV. Siendo este un mediador, el ajuste por esta variable, sugerido por los autores de la carta, generaría una medición parcial y alterada de la asociación estudiada.

Segundo, los autores mencionan que la exclusión de encuestas incompletas o inconsistentes podría haber alterado los resultados del estudio. Esta es, sin duda, una limitación importante del estudio. Lamentablemente las encuestas excluidas fueron físicamente eliminadas, por lo que no es posible comparar sus características con las de los sujetos incluidos.

Tercero, respecto al cálculo del tamaño de muestra con una fórmula para un estudio de prevalencia y la falta de referencia de la prevalencia puntual utilizada para el cálculo. Debido a las dificultades para hallar datos de prevalencia de estigma relacionado a VIH, y teniendo en cuenta que este suele medirse de forma cuantitativa, se calculó la prevalencia de estigma moderado y alto (mayor a 52 puntos en la escala de Berger) utilizando los datos de un estudio realizado en Perú⁽²⁾ donde se halló que la mediana del puntaje de la escala Berger era 56, y por ello se consideró que un aproximado de 60% tendría más de 52 puntos en la escala. Como mencionan los autores, el cálculo del tamaño de muestra no fue el adecuado para un estudio de asociación. Este cálculo fue realizado para cumplir uno de los objetivos de tesis que fue determinar el nivel de estigma relacionado a VIH, mas no para el secundario, que fue buscar la posible asociación entre estigma y adherencia al TARV, y fue incluido erróneamente en el artículo. Sin embargo, considero que eso no desestima la asociación hallada entre el estigma relacionado a VIH y la adherencia al TARV.

Cuarto, los autores mencionan que la encuesta *Simplified Medication Adherence Questionnaire* (SMAQ) solo se considera válida cuando la pregunta 5 o 6 es contestada afirmativamente. Sin embargo, tanto el estudio para la validación de este instrumento como el trabajo realizado en Perú^(3,4) consideran como positivo, es decir no adherente, a toda persona que responda de forma afirmativa a alguna de las preguntas cuantitativas (5 y 6), o a toda persona que presente una respuesta negativa a alguna de las preguntas cualitativas (preguntas del 1 al 4).

Con lo mencionado, consideramos que se despejan las dudas metodológicas que despertó el manuscrito en los lectores. Agradezco las observaciones y correcciones planteadas. Considero que el trabajo, a pesar de las limitaciones, ayuda a visualizar una arista de la problemática en la que se encuentran inmersas las personas viviendo con VIH/SIDA. Se sugiere que el estigma relacionado a VIH sea evaluado y monitorizado dentro del programa TARV de Perú con una encuesta validada, tal como se hace con la adherencia al tratamiento.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhang C, Li X, Liu Y, Zhou Y, Shen Z, Chen Y. *Substance use and psychosocial status among people living with HIV/AIDS who encountered HIV stigma in China: stratified analyses by socio-economic status*. PLoS One. 2016;11(11):e0165624. doi: 10.1371/journal.pone.0165624
2. Franke MF, Muñoz M, Finnegan K, Zeladita J, Sebastian JL, Bayoa JN, *et al*. *Validation and abbreviation of an HIV stigma scale in an adult spanish-speaking population in urban Peru*. AIDS Behav. 2010;14(1):189-99. doi: 10.1007/s10461-008-9474-1
3. Knobel H, Alonso J, Casado JL, Collazos J, González J, Ruiz I, *et al*. *Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study*. AIDS. 2002;16(4): 605-13.
4. Alvis Ó, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. *Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida*. An Fac med. 2009;70(4):266-72

Correspondencia: Jessica Hanae Zafra Tanaka

Dirección: Av. Conquistadores 365 - San Isidro

Teléfono: 994371991

Correo electrónico: j.zafra.t@gmail.com

INHIBIDORES DE TIROSIN QUINASA PARA EL TRATAMIENTO DE CÁNCER PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS: UNA NECESIDAD DESATENDIDA

TYROSINE KINASE INHIBITORS FOR THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER: AN UNATTENDED NEED

Ximena Gómez^{1,a}, Nella Valdez^{1,a}, Ricardo Paredes^{2,b}

Sr. editor. El cáncer de pulmón es un problema de salud pública a nivel mundial, con un estimado anual de 1,59

¹ Escuela de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas, Lima, Perú.

² Departamento de Oncología, Hospital Nacional de la Policía. Lima, Perú.

^a Estudiante universitario de Medicina, ^b médico oncólogo.

Recibido: 12/02/2017 Aprobado: 19/04/2017 En línea: 28/06/2017

Citar como: Gómez X, Valdez N, Paredes R. Inhibidores de tirosin quinasa para el tratamiento de cáncer pulmonar de células no pequeñas: una necesidad desatendida. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2017;34(2):349-50. doi: 10.17843/rpmesp.2017.342.2690

millones de defunciones y una mortalidad del 80% a los cinco años, en general ⁽¹⁾. En el Perú, se estima un promedio de 2 500 nuevos casos de cáncer pulmonar al año, con una tasa de incidencia de 7,8 en hombres y 5,3 en mujeres por cada 100 mil habitantes ⁽²⁾.

La mutación del gen receptor del factor del crecimiento epidérmico (EGFR) es altamente prevalente en el Perú; se presenta en un 67% de los pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), porcentaje superior a lo presentado en otros países latinoamericanos como Argentina, Colombia y México en donde la prevalencia de la mutación estuvo entre el 23% y el 32%. Además, se detecta 1,2% en etapa temprana, 16% en enfermedad localmente avanzada y 82% en enfermedad metastásica ⁽³⁾.

Diversos estudios han mostrado que la identificación de la mutación del gen EGFR es importante, pues es un factor pronóstico para la supervivencia y un factor predictivo para el tratamiento con inhibidores de tirosinquinasa (ITQ) en el CPCNP. Además, otros estudios han demostrado la efectividad y eficacia del tratamiento con ITQ dando más tiempo antes de que el cáncer progrese y se experimente menos efectos secundarios en pacientes en estadios avanzados IIIB y IV dando una mejor calidad de vida que los pacientes que recibieron quimioterapia estándar, por lo que son considerados dentro de la terapia de primera línea. Entre estos se encuentran el erlotinib, gefitinib, y afatinib ⁽⁴⁾. Se ha observado que la mediana de supervivencia global en los pacientes tratados con los inhibidores de tirosin quinasa con las características mencionadas fue de 30,8 meses. Asimismo, la mediana de la supervivencia libre de progresión de enfermedad en el grupo que utilizó los ITQ como tratamiento de primera línea fue de 11,4 meses ⁽⁵⁾. Por otro lado, en el caso de respuestas parciales o incompletas al tratamiento se recomienda el uso de osimertinib ⁽⁴⁾.

Pese a la alta frecuencia de la mutación del EGFR y a la evidencia del beneficio de los ITQ en la supervivencia y calidad de vida de pacientes con CPCNP en estadios avanzados en el Perú, el petitorio nacional de medicamentos no incluye a los ITQ descritos, incluso a pesar que desde el año 2011 la guía de práctica clínica peruana de CPCNP incluye a estos fármacos como terapia de primera línea en su tratamiento. El único ITQ incluido es el imatinib, fármaco usado en el tratamiento de la leucemia mieloide crónica. Por esto, consideramos urgente la inclusión de ITQ efectivos para el tratamiento de CPCNP en el petitorio nacional. Así mismo, considerando los costos y la variabilidad de respuesta este tratamiento, también será imprescindible contar con estudios de seguimiento prospectivos de cohortes nacionales de pacientes tratados con ITQ para evaluar su eficacia y costo-efectividad en nuestro medio.

Contribución de los autores: todos los autores concibieron la carta al editor, contribuyeron a la elaboración del mismo y aprobaron la versión final.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: los autores declaramos no tener conflicto de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, *et al.* [Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012](#). *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359–86. doi: 10.1002/ijc.29210
2. Ramos W, Venegas D, Medina J. Análisis de la situación del cáncer en el Perú 2013 [Internet]. Lima: Ministerio de Salud del Perú; 2013 [citado el 01 de enero de 2017]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=422:asis-cancer-2013&catid=20&Itemid=197
3. Arrieta O, Campos-Parra AD, Zuloaga Z, Avilés A, Sánchez-Reyes R, Manrique ME, *et al.* [Clinical and pathological characteristics, outcome and mutational profiles regarding non-small-cell lung cancer related to wood-smoke exposure](#). *J Thorac Oncol* 2012; 7(8): 1228-34. doi: 10.1097/JTO.0b013e3182582a93
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. Non-small cell lung cancer. Version 6.2017 [Internet]. Fort Washington: NCCN; 2017 [citado 01 may 2017]. Disponible en: https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/f_guidelines.asp#site
5. Inoue A, Yoshida K, Morita S, Imamura F, Seto T, Okamoto I, *et al.* [Characteristics and overall survival of EGFR mutation-positive non-small cell lung cancer treated with EGFR tyrosine kinase inhibitors: a retrospective analysis for 1660 Japanese patients](#). *Jpn J Clin Oncol*. 2016;46(5):462–7. doi: 10.1093/jjco/hyw014

Correspondencia: Nella Valdez Murrugarra

Dirección: Edificio Los Cedros, departamento 202, Residencial San Felipe, Jesús María. Lima, Perú.

Teléfono: (511) 972614636

Correo electrónico: nellavandez91@gmail.com



Investigar para proteger la salud