

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**“CALIDAD DE VIDA Y EXPECTATIVAS SANITARIAS DE LOS PACIENTES  
CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL  
HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014”**

**TESIS**

Presentada por:

**BACH. CRISTHIAM EDUARDO OVIEDO PINO**

Para optar el título profesional de:

**MEDICO CIRUJANO**

ASESOR (A):

Dr. Juan Alberto Girón Dappino

TACNA- PERÚ

2015

### **DEDICATORIA**

A Dios, por habernos permitido llegar hasta este punto, por brindarme salud para lograr mis objetivos y triunfos, así como por darme fuerzas para poder superar los momentos difíciles.

A mi madre y hermanos, por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, sus ejemplos de perseverancia y por la motivación constante para culminar mi carrera profesional que me ha permitido ser una persona de bien.

Y en especial a mi padre Martín Oviedo Bellota que aunque no esté ya entre nosotros sigue vivo en mis pensamientos; y su estímulo y recuerdos fueron el impulso para llegar al final.

## **AGRADECIMIENTO**

A dios por iluminar mi camino y concederme fortaleza y sabiduría para culminar mis estudios.

Agradezco a mi asesor, Dr. Juan Alberto Girón Dappino, por haber aceptado guiarme, por sus consejos, por brindar parte de su tiempo para reunirse conmigo, por haber compartido sus conocimientos y por sus constantes incentivos para el término de la investigación.

A mis padres, ya que aunque mi padre no esté físicamente con nosotros, siento que está conmigo en cada momento, cuidándome y guiándome desde el cielo y aunque nos faltaron muchas cosas por vivir juntos, sé que éste momento hubiese sido tan especial para ti como lo es para mí.

A mis hermanos, que con sus consejos me han ayudado a afrontar los retos que se me han presentado a lo largo de la vida, por ser mis mejores amigos, porque siempre me desearon lo mejor y me brindaron su apoyo incondicional, por demostrarme en todo momento su gran amor.

A mis profesores a quienes les debo gran parte de mis conocimientos, gracias a su paciencia y enseñanza, espero no decepcionarlos.

A mi familia en general, porque me han brindado su apoyo incondicional y por compartir conmigo buenos y malos momentos.

## RESUMEN

**INTRODUCCION:** Ante la incapacidad de los tratamientos en prolongar la supervivencia del paciente neoplásico de forma significativa cobran importancia aquellos parámetros relacionados con el bienestar físico y mental del individuo. Por ello resulta muchas veces más interesante mejorar la calidad de vida de estos pacientes que lograr una mejora de unos meses en su supervivencia.

**OBJETIVOS:** Medir la calidad de vida y expectativas sanitarias de los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.

**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se aplicó el test QLQ-C30 versión 3.

**RESULTADOS:** Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico oncológico, el sexo que predominó fue el femenino con un 62% (n: 93). Con respecto al grupo etario, tenían edades entre 60 a 69 años (35,1%). La mayoría procedía de Tacna. Respecto al tipo de cáncer, los tres tipos de cáncer más frecuentes son, el cáncer de mama, de cuello uterino y próstata con 24%, 17.3% y 16% respectivamente. Referente al tratamiento concluimos, el 50% recibió quimioterapia, el 36.7% recibió radioterapia y el 52% tuvo algún tipo de cirugía debido a su problema oncológico. Con respecto a la dimensión más afectada, según el sexo (ambos sexos) y tipo de cáncer fue la función social. Con respecto al síntoma que con mayor frecuencia afecta la calidad de vida de los pacientes oncológicos, según el sexo (ambos sexos) y tipo de cáncer fue la diarrea, náuseas y vómitos. El tipo de cáncer que tiene la calidad de vida más comprometida, es el cáncer a la sangre. Las expectativas sanitarias prioritarias de los pacientes con cáncer, fueron: seguro integral oncológico con un 95,3%, seguido de la psicoterapia de apoyo con un 92,7%.

**CONCLUSION:** Concluimos que la dimensión más afectada fue la función social, los síntomas que más afectan la calidad de vida de los pacientes con cáncer son la diarrea, náuseas y vómitos. El cáncer que tiene la calidad de vida más comprometida es la leucemia. Respecto a las expectativas sanitarias prioritarias de los pacientes con cáncer, fueron: seguro integral oncológico seguido de psicoterapia de apoyo.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, expectativas sanitarias, cáncer

## SUMMARY

**INTRODUCTION:** Given the inability of treatments to prolong patient survival significantly neoplastic become important those related to physical and mental wellbeing of the individual parameters. It is therefore often more interesting to improve the quality of life of these patients achieve an improvement of a few months to survival.

**OBJECTIVES:** To measure the quality of life and health expectancies of patients with cancer diagnosis treated in the Hipólito Unanue Hospital Tacna.2014.

**MATERIAL AND METHODS:** An observational, prospective, cross-sectional, descriptive was performed. QLQ-C30 test Version 3 was applied.

**RESULTS:** Regarding the sociodemographic characteristics of patients with cancer diagnosis, sex was predominant female with 62% (n: 93). With regard to age group, were aged 60-69 years (35.1%). Most came from Tacna. Regarding the type of cancer, the three most common cancers are breast cancer, cervical and prostate with 24%, 17.3% and 16% respectively. For the treatment we conclude, 50% received chemotherapy, 36.7% received radiotherapy and 52% had some type of surgery due to cancer problem. With respect to the dimension affected by sex (both sexes) and type of cancer was the social function. With regard to the symptom that most often affects the quality of life of cancer patients by sex (both sexes) and type of cancer was diarrhea, nausea and vomiting. The type of cancer you have more compromised the quality of life is the blood cancer. The priority of cancer patients, health expectancies were: cancer comprehensive insurance with 95.3%, followed by supportive psychotherapy with 92.7%.

**CONCLUSIONS:** We conclude that the most affected was the social dimension function, symptoms that affect the quality of life of cancer patients are diarrhea, nausea and vomiting. Cancer that has the quality of life is more committed leukemia. For the priority health expectancies of patients with cancer were: Insurance Comprehensive Cancer followed by supportive psychotherapy.

**KEYWORDS:** Quality of life, health expectancies, cancer.

## INDICE

INTRODUCCIÓN	08
<u>CAPÍTULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN</u>	10
1.1 Fundamentación del problema	11
1.2 Formulación del problema	12
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.3.1 Objetivo general	12
1.3.2 Objetivos específicos	12
1.4 Justificación	13
1.5 Definición de términos básicos	14
<u>CAPÍTULO II: REVISIÓN DE LA LITERATURA</u>	16
2.1 Antecedentes de la investigación	17
2.2 Marco teórico	30
<u>CAPÍTULO III: VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES</u>	63
3.1 Hipótesis	64
3.2 Operacionalización de las variables	64
<u>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</u>	66
4.1 Diseño	67
4.2 Ámbito de estudio	67
4.3 Población	67
4.4 Criterios de inclusión	68
4.5 Criterios de exclusión	68
4.6 Instrumento de recolección de datos	68
4.7 Procedimiento y análisis de datos	70

<u>CAPÍTULO V: RESULTADOS</u>	73
DISCUSION Y COMENTARIOS	101
CONCLUSIONES	112
RECOMENDACIONES	113
BIBLIOGRAFÍA	115
ANEXOS	118

## INTRODUCCIÓN

El control del cáncer es actualmente una de las prioridades en salud pública dada la mortalidad y morbilidad que produce esta enfermedad y el coste sanitario, económico y humano que acarrearán tanto la enfermedad como su tratamiento.

La curación de un proceso neoplásico no siempre es posible, por lo que durante las últimas décadas los estudios oncológicos realizados buscaban una mejor comprensión de la naturaleza del cáncer que permitiese obtener para los pacientes supervivencias cada vez mayores.

Estos estudios se realizaban con el fin de conseguir técnicas quirúrgicas más depuradas, fármacos más eficaces y con menos efectos adversos, etc. Sin embargo, una vez concluidos los estudios ha sido necesario reconducir los resultados obtenidos debido al elevado coste económico que suponen estos tratamientos y a las escasas variaciones de supervivencia logradas.

El cambio de mentalidad del oncólogo clínico respecto a las posibilidades de tratamiento de algunos tumores ha posibilitado este auge en el interés por los temas relacionados con la calidad de vida. Ante la incapacidad de los tratamientos en prolongar la supervivencia del paciente neoplásico de forma significativa cobran importancia aquellos parámetros relacionados con el bienestar físico y mental del individuo. Por ello resulta muchas veces más interesante mejorar la calidad de vida de estos pacientes que lograr una mejora de unos meses en su supervivencia.

Por otra parte, los tratamientos oncológicos van asociados a un elevado coste debido a las características específicas de los fármacos administrados y de los recursos humanos y materiales empleados bajo el actual enfoque multidisciplinar del proceso neoplásico. La progresiva limitación de los recursos ha potenciado el interés por conocer la eficiencia de las intervenciones sanitarias, sobre todo en campos como el de la oncología clínica, donde los costes son verdaderamente considerables.

La calidad de vida se constituye como una pieza fundamental del llamado cuidado farmacéutico de los pacientes oncológicos y en su evolución de la enfermedad. La determinación de este parámetro debe ser considerada como un factor importante dentro del análisis de decisión farmacoterapéutico.



Principalmente en oncología, y por las características de los pacientes oncológicos (donde las supervivencias en la mayoría de los casos son escasas), va a ser cada vez más frecuente la determinación de este parámetro con objeto de poder proporcionar una supervivencia con la mejor calidad de vida posible. Esto va a determinar un incremento en los ensayos clínicos de los estudios de coste-utilidad para poder seleccionar entre los distintos tratamientos para una determinada enfermedad neoplásica e incluso condicionar éticamente la realización o no de dichos ensayos clínicos.

La calidad de vida es un aspecto subjetivo, por lo que es el paciente quien mejor puede medirla. Las percepciones del paciente de su enfermedad y de su situación son en general variables, y los factores psicológicos pueden influir en la valoración de su calidad de vida. Este trabajo pretende presentar y medir la Calidad de Vida en el paciente oncológico para identificar sus características, más allá de la aplicación estandarizada del protocolo de tratamiento. La percepción referida por el paciente es la que, en definitiva, orienta su conducta hacia su bienestar y afrontamiento de su enfermedad.

La relación de la calidad de vida y enfermedad es altamente reconocida en sociedades donde el cáncer es un tema sanitario de gran abordaje médico y científico. La valoración de la calidad de vida en pacientes que hayan sido diagnosticados de cáncer en cualquiera de sus presentaciones y ver además que expectativas sanitarias percibe el paciente son piezas fundamentales en la evolución de la enfermedad.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

## 1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El cáncer es una enfermedad con un compromiso físico importante y una connotación asociada a repercusiones psicológicas y sociales que afectan en la calidad de vida y los recursos de afrontamiento que pueden emplear las personas a la hora de aceptar y convivir con la enfermedad conduciéndolos a una situación “terminal”, donde la mayoría de los pacientes experimentan este diagnóstico como uno de los acontecimientos más traumáticos y perturbadores. En términos generales, el cáncer produce un efecto psicológico importante en los pacientes y en el entorno que los rodea.

Como cultura tenemos inserta la palabra cáncer asociada a muerte, y cada vez que se diagnostica ésta enfermedad, surge un temor ya sea consciente o inconsciente que se propaga en todos los ámbitos de la vida y en general, para toda la vida. Ésta enfermedad como tal, produce una ruptura en la rutina, un quiebre a nivel de la identidad personal, familiar, social, laboral, etc. Exige un esfuerzo importante por lograr la adaptación a la nueva situación y condición.

A nivel psicológico se produce un gran cuestionamiento, surgen temores y sobretodo ansiedad frente a la situación desconocida, frente al no saber qué es lo que va a pasar, a no tener el control de la situación. Al ser un cambio tan importante y disruptivo, puede producir alteraciones en la personalidad, crisis a nivel personal y familiar. Es por esto, que se torna relevante evaluar la reacción del paciente y su capacidad de adaptación a la situación de enfermedad, para poder otorgar el apoyo necesario, tanto de las personas significativas, como del equipo de salud.

Es por ello que el estudio de la calidad de vida en el paciente oncológico, es muy importante, porque permite conocer el impacto de la enfermedad y de su tratamiento en la vivencia del paciente, es decir, entrega información de cómo él está viviendo el proceso en su subjetividad, permitiendo a la vez, la dedicación del equipo médico hacia el enfermo como un ser único y diferenciado. Esta evaluación posibilita el profundizar en el conocimiento del enfermo, e ir descubriendo cómo se va adaptando a la situación, permite facilitar la rehabilitación o mejorar las terapias paliativas, intentando que el tratamiento se enfoque al paciente más que a la enfermedad, reforzando el carácter particular que tiene, el concepto de calidad de vida como una

experiencia subjetiva y única de cada paciente .Esto, ha hecho que se hagan investigaciones para el uso de instrumentos en la evaluación de la calidad de vida y que se considere necesariamente lo que es importante para el paciente a la hora de llevar su enfermedad.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es la calidad de vida y las expectativas sanitarias de los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014?

## **1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL**

Medir la calidad de vida y expectativas sanitarias de los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.

### **1.3.2.OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**

- a) Determinar las características sociodemográficas, tipo de cáncer y tratamientos recibidos, en los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.
- b) Determinar cuál es la dimensión más afectada y el síntoma que compromete más la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.
- c) Determinar cuál es la dimensión más afectada según el sexo y el tipo de cáncer en los pacientes con diagnóstico oncológico

atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.

- d) Determinar cuál es el síntoma, que afecta más la calidad de vida según el sexo y tipo de cáncer en los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.
- e) Determinar cuál es el tipo de cáncer que tiene la calidad de vida más comprometida en los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.
- f) Medir las expectativas sanitarias de los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.

#### **1.4. JUSTIFICACIÓN**

El cáncer es una enfermedad asociada a repercusiones físicas como psicológicas, produciendo un quiebre en la identidad personal, familiar, social y laboral, que afectan los recursos de afrontamiento que pueden emplear las personas a la hora de aceptar y convivir con la enfermedad. Es por ello, que el presente estudio es importante porque nos permitirá identificar aquellas dimensiones funcionales (funcionamiento físico, rol funcional, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social) y síntomas (fatiga, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea, náuseas y vómitos e impacto económico) que afectan la calidad de vida del paciente con diagnóstico de cáncer, independientemente del tipo de cáncer.

Mediante la aplicación del test QLQ-C30 nos permitirá conocer y profundizar en el conocimiento del enfermo y su adaptación a la enfermedad, valorando las repercusiones tanto físicas como psicológicas que trae consigo la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento, de modo tal que nos facilite la toma de

decisiones encaminada a mejorar su calidad de vida y en qué aspectos o dimensiones de la misma intervenir oportunamente, así como también brindar una perspectiva general acerca de la percepción de sus expectativas sanitarias.

### **1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS**

- **Calidad de vida:** Es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.
- **Cáncer:** Es término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.
- **Expectativas sanitarias:** Es la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia.
- **Protooncogenes:** Son genes incluidos en el genoma humano que regulan el crecimiento y la diferenciación celular. Sus proteínas se expresan en diferentes momentos del ciclo celular y son imprescindibles para su regulación.
- **Oncogenes:** Son genes dominantes que resultan de cambios estructurales y/o funcionales en los protooncogenes con malignización del estirpe celular, que codifican para proteínas (oncoproteínas) que regulan el crecimiento y la diferenciación celular pero que a través de variaciones en su secuencia de

nucleótidos por mutación, amplificación o reordenamiento cromosómico que adquieren capacidades tumorigénicas.

- **Genes Supresores de Tumores:** Son genes que controlan el ciclo celular evitando el crecimiento excesivo. Inhiben el crecimiento celular en condiciones normales. Estos genes codifican proteínas capaces de inhibir la proliferación celular al bloquear la actividad y productos de los oncogenes.
- **Mortalidad:** Es el indicador demográfico que señala, el número de personas fallecidas de una población por cada mil habitantes, durante un periodo de tiempo determinado, generalmente un año y por causa específica.
- **Morbilidad:** Es un término de uso médico y científico que se emplea para señalar, la cantidad de individuos considerados enfermos o que son víctimas de enfermedad en un espacio y tiempo determinado. La morbilidad es un dato estadístico importante para comprender la evolución o retroceso de alguna enfermedad, las razones de su surgimiento y las posibles soluciones.

**CAPÍTULO II**  
**REVISION BIBLIOGRÁFICA**



## 2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

**Javier Mina Quiñónez y colaboradores**, realizaron un estudio de tipo prospectivo, descriptivo del diagnóstico, evolución, factores y tratamiento del cáncer de Colon y Recto, titulado: “CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER COLORRECTAL EN EL HOSPITAL DE MANABÍ, EN EL MES DE ENERO - JUNIO 2012”. Los resultados fueron: El total de los casos de cáncer de COLON Y RECTO fue más frecuente en el sexo masculino con 9 casos (56,3%) y en las mujeres 7 casos (43,8%). El rango de edad más frecuente fue en mayores de 75 años con 68,8%, seguido del rango entre 31 a 41 años con 18,8%. En relación a la residencia o lugar de origen del paciente es importante reconocer que tuvieron residencia urbana 75% y residencia rural 25%. La mayor frecuencia de pacientes tiene otras ocupaciones 50% (jubilados, negocios de comida, ropa entre otros), seguido de amas de casa 18,8%. La edad mayor de 50 años se constituye en un factor importante de riesgo en el 81,3%. Los exámenes más relevantes son la colonoscopia y sigmoideoscopia utilizadas en el 100% y la TAC tomografía axial computarizada con el 100% utilizada al igual que la biopsia. La distribución de la sintomatología se observa que los episodios de diarrea y estreñimiento fueron los más importantes 75%, seguidos de 56,3% con dificultad de vaciar el intestino. Las variantes de Cáncer de fueron dos, el adenocarcinoma en 88,9% y un tumor neuroendocrino 11,1% para colon, en el de recto se pudo evidenciar adenocarcinoma en el 87,5% y un caso de carcinoma escamocelular 12,5%. Se evidenció el TNM clínico, en el que se observó que la mayor frecuencia de casos se encontraba en el estadio IIIB, con el 31,3%, seguido de estadio IIC con 18,8%. El tratamiento de elección fue quirúrgico. La calidad de vida en los aspectos básicos del paciente demostró que se pueden asear solo 37,5% y que caminan sin ayuda 31,3% y 25% comen solo. La terapia psicológica más frecuente fue el apoyo emocional, fundamental en momentos críticos, se pudo conocer que reciben apoyo emocional familiar 81,3% seguido de 75% con apoyo de esposas/os o hijos. Los síntomas más asociados fue el

insomnio con el 31,3% de los casos, seguido de otros (pérdida de apetito, fatiga, cansancio, mareos etc.).<sup>1</sup>

**Nadir Indhira Gonzales Cooper** y colaboradores ,realizaron un estudio de descriptivo, tipo serie de casos titulado: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA EN TRATAMIENTO, ATENDIDOS EN HOSPITALES NIVEL III DE CHICLAYO, DURANTE EL PERIODO 2007-2012”. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida de los pacientes con LMC que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico, que fueron atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de Chiclayo, entre enero del 2007 a diciembre del 2012. **Materiales y métodos:** El estudio fue descriptivo, tipo serie de casos. Se seleccionaron a todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con LMC en fase crónica que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico. Se revisaron las historias clínicas y se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, con la finalidad de aplicar el instrumento elaborado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer (EORTC QLQ-C30 versión 3.0) para valorar la CV, con los datos obtenidos se clasificó la calidad de vida en alta y en baja. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio a 32 pacientes con LMC, de los cuales, el 60% presentó una baja calidad de vida respecto al estado global de la salud, así como también en las escalas funcional y sintomática. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes con LMC en tratamiento quimioterapéutico presentaron una baja calidad de vida.<sup>2</sup>

**Nicolás Alberto Cruz Guerra** y colaboradores , realizaron un estudio sobre: “RESULTADOS DEL USO EN CÁNCER DE PRÓSTATA DEL BLOQUEO ANDROGÉNICO COMPLETO Y CALIDAD DE VIDA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO EORTC QLQ-C30, EN HOSPITAL DE

---

<sup>1</sup> Mina Quiñónez, Jennifer Shirley. Santana Bermúdez, Mario César / Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados de Cáncer Colorrectal en el Hospital de Manabí de enero a junio del 2012.

<sup>2</sup> Nadir Indhira Gonzales Cooper. Gerson Osmar Eugenio Lluén Lozano. Calidad de Vida en pacientes con Leucemia Mieloide Crónica en Tratamiento, atendidos en Hospitales nivel III de Chiclayo, durante el periodo 2007-2012. Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Chiclayo, Febrero de 2013.

REFERENCIA TIPO II”. **OBJETIVOS:** Analizar la influencia que ejerce sobre la calidad de vida el bloqueo androgénico completo (BAC) en los pacientes diagnosticados entre los años 2000-2005 de adenocarcinoma de próstata en el área de salud de Zamora y sometidos a dicha terapia. **Material y métodos:** Aplicación basal, al mes 12, mes 24 y mes 36, del instrumento de medición de calidad de vida relacionada con la salud EORTC QLQ-C30 a la muestra poblacional (n= 111) citada, así como a una muestra de sujetos control (n= 100). Estudio comparativo de los resultados entre ambos grupos; entre las diferentes determinaciones temporales para los pacientes con BAC; e inter-categorías/ - intervalos de determinadas variables en pacientes con terapia de deprivación hormonal (tercer año de seguimiento). **Resultados:** Las esferas cognitiva y sintomática resultaron afectadas de forma temporal puntual en los pacientes con BAC. No se aprecia ninguna esfera que mantenga un deterioro significativamente constante a lo largo del periodo de estudio en los pacientes con deprivación hormonal. Se verifica recuperación en la esfera sociofamiliar. El menor nivel de estudios cursados por los pacientes en tratamiento con BAC, constituye un factor de diferenciación de cara a la obtención de peores resultados en los parámetros de calidad de vida relacionada con la salud aquí analizados. **Conclusiones:** Repercusión negativa inicial del BAC sobre determinados aspectos calidad de vida, aunque matizable en función de cada esfera estudiada.<sup>3</sup>

**Melissa del Pilar Palacios Benzaquen y colaboradores,** realizaron un estudio transversal, descriptivo; de muestreo no probabilístico por conveniencia. Sobre: “CALIDAD DE VIDA EN MASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA A UN AÑO DE TERAPIA ADYUVANTE EN UN HOSPITAL DE LAMBAYEQUE 2008 – 2010”. **Objetivo:** Determinar la calidad de vida de pacientes mastectomizadas por cáncer de mama durante los años 2008-2010, después de un año de haber finalizado terapia adyuvante en el Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. **Materiales y métodos:** Se recogieron datos epidemiológicos y se empleó el Cuestionario SF36 v2 versión española. Se usó T de Student, test de ANOVA, la U de Mann-Whitney y Kruskal – Wallis para

---

<sup>3</sup> Autor: Nicolás Alberto Cruz Guerra/ Resultados del Uso en Cáncer de Próstata del Bloqueo Androgénico Completo y Calidad de Vida Mediante la aplicación del Instrumento EORTC QLQ-C30/ en Hospital de Referencia Tipo II Servicio de Urología. Complejo Asistencial de Zamora. España/ Servicio de Urología Oncológica. Abril del 2009.

comparar las medias de calidad de vida entre los grupos. El proyecto fue aprobado por el comité de Bioética de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, se autorizó la participación mediante consentimiento informado y hoja informativa. **Resultados:** Se realizaron 100 entrevistas; el 100% de participantes tuvieron buena calidad de vida; La edad promedio fue de 56,2 +/- 10,6; 28% fueron menores de 50 años, 24% tenían entre 51-56 años, 19% entre 57-64 años y 29% eran mayores de 65 años. Las dimensiones de calidad de vida con menor puntaje fueron: rol emocional (70,7 +/- 40,8) y salud general (64,8 +/- 19,6). No se encontraron diferencias en la calidad de vida según tipo de terapia adyuvante, tipo de mastectomía y año de cirugía. **Conclusiones:** Las mujeres mastectomizadas por cáncer de mama a un año de terminado el tratamiento adyuvante, presentan buena calidad de vida; las dimensiones Rol emocional y Salud general fueron las más comprometidas.<sup>4</sup>

**Cruz Bermúdez y colaboradores,** realizaron un estudio no experimental descriptivo, titulado: “MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA POR EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN SUJETOS CON DIVERSOS TIPOS DE CÁNCER DE LA CIUDAD DE BUCARAMANGA- COLOMBIA”. La medición de la calidad de vida (CV) permite establecer la percepción general del individuo a los procesos de salud – enfermedad, el tratamiento instaurado y la percepción de la salud. **Objetivo:** Realizar la medición de la CV en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga- Colombia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio no experimental descriptivo en la Fundación de Alivio contra el Cáncer AVAC, para medir la CV se aplicó el cuestionario EORTC QLQ-C30. **Resultados:** La población de estudio estuvo conformada por 40 sujetos de los cuales el 45% (n=18) estaba hospitalizado y el 55% (n=22) pertenecían al programa ambulatorio, la edad promedio fue 60,98 ± 11,5 años, el género predominante fue femenino (72,5%), el tiempo promedio de evolución del cáncer 4,68 ± 5,17 años, el cáncer predominante fue el de mama en el sexo femenino y próstata en el masculino, el promedio del puntaje global del cuestionario EORTC QLQ-C30 fue de 60 ± 9.3 puntos, los tipos de cáncer que

---

<sup>4</sup> Melissa del Pilar Palacios Benzaquen. Calidad de Vida en Mastectomizadas por Cáncer de Mama a un año de Terapia Adyuvante en un Hospital de Lambayeque 2008 – 2010. Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo de Chiclayo, 10 de Marzo del 2014.

presentaron puntajes más altos fueron el linfoma, cáncer de colon y tiroides, mientras que el cáncer con menor puntaje es el mieloma múltiple y el cáncer de próstata.<sup>5</sup>

**Margarita Samudio y colaboradores**, realizaron un estudio, titulado: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO AMBULATORIO, EN EL INSTITUTO DE PREVISIÓN SOCIAL EN EL AÑO 2010”. El cáncer de mama es un problema de salud pública debido a su frecuencia y porque su diagnóstico y tratamiento alteran la calidad de vida de las mujeres afectadas en las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y sexuales. En Paraguay, existen pocos estudios realizados sobre la calidad de vida de pacientes oncológicos. El objetivo de este estudio fue evaluar la calidad de vida de 125 mujeres, entre 25 y 90 años con cáncer de mama, que fueron sometidas a mastectomía y quimioterapia ambulatoria en el Hospital Día del Servicio de Hematología del Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Se les administró un cuestionario genérico de la calidad de vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30), y uno específico: módulo de cáncer de mama (QLQ-BR23). Las mujeres reportaron malestar físico (dolor, insomnio, cansancio), malestar psicológico y dificultades en sus relaciones sexuales. Se observó una buena correlación entre ambos instrumentos ( $r=0,77$ ; valor  $p < 0,0001$ ), el QLQBR23 arrojó puntuaciones menores que el QLQ30 ( $68,0 \pm 13,4$  frente  $79,9 \pm 14,0$ ). La dimensión salud general tuvo el promedio más bajo. Ninguna persona calificó su salud general como excelente. La etapa de la enfermedad y presencia de linfedema se relacionaron con menor puntuación de la calidad de vida. En general, las mujeres afirmaron que su salud general y calidad de vida eran buenas; demostrando capacidad para desempeñar actividades laborales o del hogar y sociales. Con respecto a la dimensión psicológica que perciben estas pacientes, la función emocional fue la que con mayor frecuencia comprometió la calidad de vida, otorgándole la puntuación más baja, en relación a las otras dimensiones psicológicas. Se concluye entonces, que la calidad de vida en las

---

<sup>5</sup> Cruz Bermúdez, Harold Fabián. Moreno Collazos, Jorge Enrique. Angarita Fonseca, Adriana/ Medición de la Calidad de Vida por el Cuestionario QLQ-C30 en Sujetos con Diversos Tipos de Cáncer de la Ciudad de Bucaramanga- Colombia /Universidad de La Sabana – Colombia/abril del 2013.

pacientes estudiadas se ve afectada en la esfera psicológica, mientras que la dimensión física no está muy comprometida.<sup>6</sup>

**Pablo Torres Chávez y colaboradores**, realizaron un estudio: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE CUELLO UTERINO.”  
Antecedentes: La evaluación de la calidad de vida es un elemento clave en el tratamiento curativo y paliativo de pacientes con cáncer. El tratamiento del cáncer de cuello uterino tiene secuelas importantes que dificultan la calidad de vida de las pacientes. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida a pacientes tratadas por cáncer de cuello uterino en la Fundación Arturo López Pérez (FALP), utilizando las encuestas para cáncer en general (QOL-C30) y específica para cáncer de cuello (QOL-CX24) de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). **Resultados:** Evaluamos la calidad de vida a 72 pacientes. Fueron relevantes los problemas emocionales y económicos, el cansancio, la imagen corporal, los síntomas gastrointestinales (constipación), los síntomas menopáusicos y todo lo relacionado con la actividad sexual. **Conclusión:** La evaluación de la calidad de vida debe ser parte del enfoque integral, para una adecuada toma de decisiones y detección de problemas ocultos.<sup>7</sup>

**Ricardo Sánchez Rivera y colaboradores**, realizaron un estudio de tipo prospectivo, titulado “RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTADIO CLÍNICO EN PACIENTES CON CÁNCER GASTROINTESTINAL”.  
**Introducción:** la calidad de vida de pacientes con cáncer varía según el estadio clínico de la enfermedad, siendo peor en estadios avanzados. **Métodos:** estudio prospectivo en el que se evaluaron 317 paciente con cáncer colorrectal o gástrico que asistieron al Instituto Nacional de Cancerología durante los años 2010 y 2011 y que no habían iniciado tratamiento. Se utilizó el cuestionario EORTC QLQ C-30, un instrumento que mide calidad de vida en 15 dominios. Se

---

<sup>6</sup> Dra. Margarita Samudio / Calidad de Vida en pacientes con Cáncer de Mama en Tratamiento Oncológico Ambulatorio, en el Instituto de Previsión Social en el año 2010/Universidad Católica Nuestra Señora de la Asunción. Paraguay/ Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud. Río de la Plata y Lagerenza. Asunción-Paraguay  
Fecha de aceptación: Octubre de 2012.

<sup>7</sup> Pablo Torres Chávez, M. Elisa Irarrázaval O., Gerardo Fasce P. /Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Cuello Uterino. /Unidad de Oncología Ginecológica/ Unidad de Salud Mental/Unidad de Docencia e Investigación/Servicio de Radioterapia, Fundación Arturo López Pérez (FALP).

compararon las puntuaciones para cada dominio según el estadio tumoral. Adicionalmente se realizó un análisis de funcionamiento diferencial de ítems para establecer si las diferencias encontradas correspondían a propiedades del instrumento o de la muestra de pacientes. **Resultados:** 145 pacientes (45,7%) tuvieron diagnóstico de cáncer de colon. Dependiendo del estadio clínico se encontraron diferencias en los niveles de calidad de vida solo en tres de los 15 dominios (funcionamiento físico, funcionamiento social y anorexia). Las principales diferencias en los dominios del constructo dependieron de la localización del tumor (los pacientes con cáncer colorrectal presentaron mejor calidad de vida) y del sexo (las mujeres reportaron mejor calidad de vida). Las diferencias encontradas no parecieron depender de propiedades de los ítems. Los ítems que exploran el contexto de manera general y no específica fueron los que mejor midieron la calidad de vida en este grupo de pacientes. **Conclusión:** En este grupo de pacientes con cáncer gástrico y colorrectal los niveles de calidad de vida se relacionaron más con la localización del tumor que con el estadio clínico, siendo la presencia de fatiga uno de los síntomas que más repercuten en la calidad de vida independientemente de la localización del tumor y el estadio clínico de la enfermedad.<sup>8</sup>

**Raquel Rodríguez Quintana y colaboradores,** realizaron un estudio titulado: “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA, ESTADO EMOCIONAL Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD NEOPLÁSICA PULMONAR”. **Objetivo:** evaluar la calidad de vida, el estado emocional (ansiedad y depresión) y las estrategias de afrontamiento de pacientes con cáncer de pulmón antes de ser intervenidos quirúrgicamente. **Material y Método:** 121 pacientes ambulatorios con diagnóstico de cáncer de pulmón no microcítico (CPNMC) fueron entrevistados antes de la cirugía. Los cuestionarios empleados fueron el EORTC QLQ-C30 y el módulo específico de pulmón LC13, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) y el cuestionario de Ajuste mental al Cáncer (MAC). Datos demo-gráficos y clínicos también fueron recogidos. Comparamos grupos en

---

<sup>8</sup> Ricardo Sánchez Rivera, Fabio Alexander Sierra y Ricardo Oliveros/ Relación entre Calidad de Vida y Estadio Clínico en Pacientes con Cáncer Gastrointestinal/ Universidad Nacional de Colombia/Grupo de Cirugía Gastrointestinal y Endoscopia Digestiva. Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá, Colombia/ Revista Española de Enfermedades Digestivas, 19 de noviembre del 2012.

relación al sexo y al tipo de intervención quirúrgica. **Resultado:** La calidad de vida global del paciente con cáncer de pulmón que va a ser intervenido fue aceptable (72,5). La mayoría de pacientes presentaron altos niveles de funcionamiento y bajos niveles de sintomatología ambos medidos por los cuestionarios EORTC (QLQ-C30 y LC13). Sólo los neumectomizados tuvieron más déficit en calidad de vida presentando peor funcionamiento de rol, más dolor en el pecho y más sangrado. Se encontraron diferencias en calidad de vida según la variable sexo. El insomnio fue el principal síntoma que se asoció a déficit en calidad de vida, depresión y ansiedad, además de otros síntomas físicos (fatiga y dolor). El 20,53% presentó sintomatología depresiva y el 32,15% ansiosa. Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes con cáncer de pulmón fueron fatalismo (71,67%) y espíritu de lucha (70,49%). **Conclusiones:** investigar la influencia de los factores emocionales en el pre-operatorio puede ser útil para identificar los factores de riesgo y las dificultades en la adaptación a la enfermedad y así poder diseñar intervenciones psicológicas. Futuras investigaciones y estudios longitudinales son necesarios para establecer comparaciones entre grupos (pre y post-operatorio).<sup>9</sup>

**Jackeline Herrera Mostacero, y colaboradores,** realizaron un estudio titulado: “COMPARACIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON TRATAMIENTO QUIRÚRGICO Y/O ADYUVANTE EN CÁNCER DE COLON Y CÁNCER DE RECTO EN EL INSTITUTO REGIONAL DE ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS DE TRUJILLO”. **Objetivo.** Determinar la efectividad del tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de colon en comparación al de cáncer rectal. **Material y Métodos.** Estudio de cohortes ambispectivo que evaluó 27 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de colon (Grupo A=12) y de recto (Grupo B= 15) resecable atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo desde el 1° de enero 2008 hasta el 31 de julio del 2009. **Resultados.** La calidad vida global, valorada por el cuestionario QLQ-C30 a los 3 meses del postoperatorio fue de  $67.86 \pm 17.90$  puntos vs. 68.50

---

<sup>9</sup> Raquel Rodríguez Quintana1, Florentino Hernando Tranco, Juan Antonio Cruzado/ Evaluación de la calidad de vida, Estado Emocional y Estrategias de Afrontamiento en pacientes con Enfermedad Neoplásica Pulmonar / Hospital Clínico San Carlos de Madrid / Universidad Complutense de Madrid/ Equipo de Atención Psicosocial en Oncología / Enero del 2012.



$\pm 11.94$  puntos respectivamente para los pacientes del grupos A y B ( $p = 0.934$ ). La función social fue mejor en pacientes sometidos a cirugía en el Grupo A que en el grupo B ( $37.50 \pm 13.36$  puntos vs.  $60.00 \pm 13.69$  puntos;  $p = 0.018$ ). La imagen corporal a los 3 meses valorada por el cuestionario QLQ-CR-29 tuvo una puntuación media de  $28.12 \pm 6.12$  puntos y  $50.00 \pm 25.00$  puntos para los pacientes del Grupo A y B respectivamente ( $p = 0.034$ ). Los pacientes del Grupo A presentaron una puntuación promedio a los 6 meses para la función sexual de  $33.33 \pm 12.91$  puntos, siendo el síntoma que más repercute la calidad de vida, la presencia de fatiga, mientras que los pacientes del Grupo B su puntuación promedio fue  $65.00 \pm 22.36$  puntos ( $p = 0.016$ ). El insomnio y la disnea fueron los síntomas que menos afectaron la calidad de vida en ambos grupos de estudio (en el grupo A y B). **Conclusiones:** Ambas cirugías para cáncer de colon y recto tienen la misma efectividad en mejorar la calidad de vida global de dichos pacientes, sin embargo la función social, imagen corporal, y función sexual es mejor en cirugía de colon.<sup>10</sup>

**Alejandra Yeladaky Ríos y Zulma del Carmen Hernández Fernández** realizaron un trabajo de investigación titulado: “CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER QUE RECIBEN QUIMIOTERAPIA”. Esta investigación tuvo como objetivo principal determinar el nivel de calidad de vida que tienen los pacientes con cáncer que reciben quimioterapia, fue un estudio de tipo descriptivo transversal con un muestreo no probabilístico por conveniencia. El instrumento utilizado fue el WHOQOL-Bref. La muestra la conformaron 30 pacientes con distintos diagnósticos de cáncer que acudieron al servicio de quimioterapia ambulatoria en un hospital de segundo nivel, el promedio de edad fue 61 años, el género que más predominó fue el femenino con 56.7 %, el cáncer más predominante fue el de mama, ya que afectó a una tercera parte de la población estudiada. **Resultados** muestran que los pacientes de ambos géneros tuvieron una calidad de vida regular, la dimensión más afectada fue la física y la más preservada la ambiental, mientras que el síntoma más incapacitante fue la presencia de diarrea. **Conclusión:** En esta investigación se encontró que más de

---

<sup>10</sup> Jackeline Herrera Mostacero. Médico Cirujano. Egresada de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) de Trujillo/Comparación de la Percepción de la Calidad de Vida en Pacientes con Tratamiento Quirúrgico y/o Aduvante en Cáncer de Colon y Cáncer de Recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo/Revista de Gastroenterología. Perú; 2010.

la mitad de los pacientes pertenecían al género femenino, el grupo de edad que predominó fue de 55 a 66 años ya que la mitad de los participantes se encontraban dentro de este rango, referente al diagnóstico de cáncer se observó que una tercera parte presentaba cáncer de mama seguido por el ovárico y el de próstata. En relación a la ocupación, más de la mitad de los participantes eran jubilados, dos terceras partes de la población contaban con estudios básicos y la religión que profesa en su mayoría era católica. Se encontró que la mayoría tiene una calidad de vida regular, tanto en el género femenino como en el masculino. Se realizó una comparación con los promedios de calidad de vida presentado por la OMS para la población sana en la cual se hace notar que la única dimensión que no fue afectada fue la ambiental.<sup>11</sup>

**Ricardo Sánchez Pedraza y colaboradores** realizaron un estudio titulado: “EVALUACIÓN DE LOS SÍNTOMAS EMOCIONALES DENTRO DEL CONSTRUCTO DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER EMPLEANDO EL ESCALAMIENTO MULTIDIMENSIONAL ANTECEDENTES”. El funcionamiento emocional ha mostrado estimadores de validez y confiabilidad menores que otras dimensiones medidas en las escalas de calidad de vida. Por esto, la consistencia de estos ítems se debe tener en cuenta al utilizar estos instrumentos en diferentes contextos culturales. **Objetivos.** Describir el funcionamiento de los ítems que miden el dominio emocional en las escalas EORTC QLQC30 y FACT-G en pacientes con cáncer. **Material y métodos.** Aplicación de las escalas EORTC QLQ-C30 y FACT-G a 409 pacientes con cáncer gástrico o colorrectal que asistieron al Instituto Nacional de Cancerología durante el período 2006-2010. La evaluación de los síntomas emocionales en las escalas se hizo mediante la técnica de escalamiento multidimensional. **Resultados.** La estructura bidimensional fue la más adecuada para el análisis. En ambas escalas los ítems se agrupan de acuerdo con las dimensiones del modelo teórico. En EORTC QLQ-C30 los ítems del dominio emocional mostraron una pobre correlación con los otros componentes de la escala. En FACT-G, el dominio del estado emocional mostró una estructura

---

<sup>11</sup> Alejandra Yeladaky Ríos y Zulma del Carmen Hernández Fernández/ Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer que reciben Quimioterapia /Unidad Docente Multidisciplinaria de Ciencias de la Salud y Trabajo Social. Junio del 2013.

heterogénea y mayor correlación con los síntomas físicos. **Conclusión.** Al medir la calidad de vida en esta muestra, los síntomas emocionales mostraron pobre correlación con los otros componentes del constructo. Estos hallazgos podrían ser explicados por diferencias culturales en la expresión emocional o cambios en el significado relacionados con la traducción.<sup>12</sup>

**José Mauricio Freyre Santiago y colaboradores,** realizaron un estudio titulado: “EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA Y PRÓSTATA”. **Introducción:** El cáncer consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células, con la capacidad de invasión y destrucción del tejido. La calidad de vida de los pacientes con cáncer se ven afectadas después del diagnóstico, dado que surgen efectos físicos, psicológicos y sociales que conllevan a un cambio de actitud y expectativas frente a la vida. Con el fin de conocer cuáles son los aspectos más afectados en la calidad de vida de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama y varones con diagnóstico de cáncer de próstata, se presenta la información tanto de la calidad de vida general como de los dominios físico, psicológico, social y de entorno; además, se construye un perfil de las características de las pacientes según su calidad de vida. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, analítico, en el que se evaluaron a 30 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama y 15 pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata. Para ello se utilizó el cuestionario EORTC QLQ-C30 asociado al QLQ-BR23 para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y el EORTC QLQ-C30 asociado al QLQ-PR25 para cáncer de próstata, así como el VGS-GP (valoración global subjetiva generada por el paciente) para ambos tipos de cáncer mencionados. **Resultados:** El grupo etareo de los pacientes con cancer de prostata, estuvo conformado por 8 pacientes (54%) que corresponden a pacientes con edades de 72 años de edad o menos y 7 pacientes (46%) con mas de 72 años. Mientras que en las pacientes con cancer de mama la edad promedio fue 59 años, donde el 60% fue menor de 59 años de edad y el 40% restante mayor de 59 años de edad.

---

<sup>12</sup> Ricardo Sánchez Pedraza, Fabio Alexander Sierra Matamoros, Claudia Ximena Rangel Garzón/ Médico Psiquiatra, Departamento de Psiquiatría /Facultad de Medicina / Evaluación de los Síntomas Emocionales dentro del constructo de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer empleando el Escalamiento Multidimensional/ Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. Grupo de Investigación Clínica, Instituto Nacional de Cancerología. . Enero del 2011.

En la aplicación del instrumento de la EORTC QLQ-C30 se evidenció que la dimensión más afectada en pacientes con cáncer de próstata fue calidad de vida global con una media de 66.6, además del compromiso del rol funcional otorgándole una media de 66.67, siendo la dimensión menos afectada, la función física con una media de 82.22. Al evaluar la escala de síntomas en pacientes con cáncer de próstata el síntoma que más repercute en su calidad de vida fue la presencia de dolor con una media de 37.78, seguido de la presencia de insomnio con una media de 31.11 y constipación con una media de 26.6. Mientras que el síntoma que menos afecta a estos pacientes es la diarrea con una media de 11.11. En las pacientes con cáncer de mama la dimensión que se vio más afectada fue la función física con una media de 22.22, mientras que la dimensión menos comprometida fue la función cognitiva con una media de 85.56. Referente a los síntomas en estas pacientes la presencia de insomnio, fue el síntoma que más afectó su calidad de vida, con una media de 34.44, seguido de dolor con una media de 28.89, mientras que el síntoma que menos afectó a esa población fue la diarrea, náuseas y vómitos con medias de 6,67. **Conclusiones:** Las dimensiones y las escalas de síntomas que más afectaron la calidad de vida en ambos grupos de estudio fueron distintas, las cuales podrían ser explicadas por la diferencia en el género y tipo de cáncer estudiado.<sup>13</sup>

**Carmen Terol Cantero y Jesús Rodríguez Marín**, realizaron un estudio titulado: “DIFERENCIAS EN LA CALIDAD DE VIDA: UN ESTUDIO LONGITUDINAL DE PACIENTES DE CÁNCER RECIBIENDO TRATAMIENTO DE QUIMIOTERAPIA”. **Resumen:** El impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer provoca una serie de respuestas psicosociales que afectan a la calidad de vida del paciente. **El objetivo:** El objetivo principal de éste trabajo es evaluar y comparar la calidad de vida y el Estado emocional, (ansiedad y depresión) de 21 pacientes oncológicos entrevistados en dos momentos de su enfermedad, al inicio y en sus últimos ciclos de quimioterapia. **Material y métodos:** Cuestionario de datos sociodemográficos, cuestionario de variables de historia clínica, donde se recoge

---

<sup>13</sup> José Mauricio Freyre Santiago / Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Mama y Próstata/ Tesis Licenciatura. Médico cirujano. Departamento de Ciencias de la Salud, Escuela de Ciencias, Universidad de las Américas Puebla. Mayo. Junio del 2013.

información sobre: Diagnóstico, estadio, y tiempo desde el diagnóstico en meses, tipos de tratamiento actuales (cirugía, quimioterapia, radioterapia y otros). También se emplearon los siguientes cuestionarios: Cuestionario de Ansiedad y Depresión (H.A.D), que consta de 14 ítems, 7 de ellos evalúan ansiedad y 7 depresión y el Cuestionario de Calidad de Vida, adaptado a partir de las revisiones de otros cuestionarios de calidad de vida (Aaronson y Toledo), con algunos ítems añadidos de la versión adaptada del EORTC para mujeres con cáncer de mama. **Resultados:** Los resultados mostraron que la calidad de vida global y la condición física percibida se asociaron entre sí y con la depresión. Sólo la Condición Física se diferenciaba significativamente entre las fases de estudio. En ambas fases, los Síntomas de Enfermedad, y el Impacto Económico se asociaron, bien con la ansiedad o con la depresión. El Impacto Social se relacionó con la depresión y la ansiedad en la primera fase, y la Discapacidad funcional con la Calidad de vida global, en la segunda fase.<sup>14</sup>

**Álvaro Hernando Castañeda Hernández y colaboradores** realizaron un estudio descriptivo de correlación, abordaje cuantitativo y corte transversal, titulado: “CALIDAD DE VIDA Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO DE PERSONAS CON ENFERMEDAD CRÓNICA ONCOLÓGICA”. El cáncer es un fenómeno de salud que afecta las diferentes esferas del ser humano, familiares y sociales. La experiencia del cáncer afecta las dimensiones de la Calidad de vida (Física, psicológica, social y espiritual); la adherencia al tratamiento oncológico es un asunto poco descrito en la literatura científica, sin embargo, este aspecto puede guardar relación con los niveles de calidad de vida de personas con enfermedad crónica oncológica, sobre todo en los primeros meses del diagnóstico. **Objetivo:** determinar la relación existente entre la Calidad de Vida de personas con enfermedad crónica oncológica y los grados de riesgo para la Adherencia al Tratamiento Oncológico. **Método:** estudio descriptivo, de correlación, abordaje cuantitativo y corte transversal. Participaron 158 personas con enfermedad crónica oncológica diagnosticadas

---

<sup>14</sup> Carmen Terol Cantero y Jesús Rodríguez Mañ /Universidad Miguel Hernández de Murcia-España / Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de Pacientes de Cáncer recibiendo Tratamiento de Quimioterapia/Unidad de Oncología. Hospital Clínico Universitario de San Juan. Alicante. Murcia (España). ISSN: 0212-9728. Julio del 2000.

entre 0 y 6 meses que asisten a una institución de tercer nivel de atención en salud de Bucaramanga, Colombia. Se aplicó la Escala de Calidad de vida versión paciente y el Instrumento para Evaluar los Factores que Influyen en la Adherencia a los Tratamientos Farmacológicos y no Farmacológicos en Pacientes con Riesgo de Enfermedad Cardiovascular. **Análisis:** se utilizó estadística descriptiva y el coeficiente de correlación lineal de Pearson. **Resultados:** la mayoría de la muestra fueron mujeres, mayores de 60 años, de estratos bajos, dedicadas al hogar, principalmente con cáncer de mama, cérvix y estomago; se observó analfabetismo en el 15%. La Calidad de vida mostro media de 104.17 (DE 16.71). El 51% se ubicó en bajo riesgo y 41.75 riesgo medio para no adherirse. Se encontró relación débil positiva entre las dos variables  $r=,232$   $p=0,003$ . **Conclusión:** hay relación débil entre la sumatoria global de las variables y las dimensiones de cada variable.<sup>15</sup>

## 2.2 MARCO TEÓRICO

### 2.2.1 CALIDAD DE VIDA

#### 2.2.1.1 Concepto:

La calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona que le proporciona una capacidad de actuación en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive como la sociedad, la cultura y sistema de valores, etc. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como sociología, ciencias políticas, medicina, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa principalmente en el nivel de ingresos.

---

<sup>15</sup> Álvaro Hernando Castañeda Hernández y colaboradores. Calidad de vida y Adherencia al Tratamiento de Personas con Enfermedad Crónica Oncológica. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia 2014.

De acuerdo a la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.<sup>16</sup>

Algunos autores conceptualizan la calidad de vida de la siguiente manera:

**A. Brengelmann:**

Calidad de vida son las cosas para disfrutar la libertad, desarrollar la iniciativa, cultivar hábilmente las relaciones sociales, estar satisfecho, presentar escasas molestias psicosomáticas, ingerir poca medicación, no estar enfermo, poseer una buena profesión, tener un buen empleo y encontrar un sentido a la vida

**B. Abbey y Andrews:**

Modelaron los determinantes psicológicos de la calidad de vida. Propusieron que las variables social-psicológicas como el estrés, el control sobre la propia vida, el control por otro, el apoyo social y el desempeño personal influyen las variables psicológicas de la ansiedad y la depresión, que entonces determinan los resultados de la calidad de vida, tales como el disfrute, la irritación emocional, el éxito en la vida y la evaluación del yo.

---

<sup>16</sup> Patricia Gaviria Álvarez. María Quinceno Gutiérrez. Calidad de Vida: Conceptos Generales de Calidad de Vida. Departamento de Psicología. Unidad de Terapia Psicológica, Barcelona, España. Publicado en abril del 2010.

### **C. Veenhoven:**

Plantea la clasificación de calidad de vida, considerando la habilidad como calidad del entorno, la aptitud o capacidad para la vida como calidad de acción y la plenitud como calidad de resultado. La calidad del entorno está relacionada con las condiciones externas necesarias para una buena vida; la calidad del resultado se centra en y describe los productos de la vida como disfrute de esta. Estos dos significados de calidad de vida se refieren respectivamente al objetivo y lo subjetivo de esta. El tercer significado referido a la calidad de la acción permite la integración de los significados anteriores con la capacidad que tiene la gente para enfrentarse a la vida.<sup>17</sup>

#### **2.2.1.2 Características de Calidad de Vida**

##### **2.2.1.2.1 Concepto subjetivo:**

Cada ser humano tiene su concepto propio sobre la vida y sobre la calidad de vida, la felicidad.

##### **2.2.1.2.2 Concepto universal:**

Las dimensiones de la calidad de vida son valores comunes en las diversas culturas.

##### **2.2.1.2.3 Concepto holístico:**

La calidad de vida incluye todos los aspectos de la vida, repartidos en las tres dimensiones de la calidad de vida, según explica el modelo biopsicosocial. El ser humano es un todo.

##### **2.2.1.2.4 Concepto dinámico:**

Dentro de cada persona, la calidad de vida cambia en periodos cortos de tiempo: unas veces somos más felices y otras menos.

---

<sup>17</sup> Stefano Vinaccia Alpi, Nancy Margarita Quinceno. Conceptos Básicos de Calidad de Vida. Artículo de revisión. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá – Colombia 17 de diciembre del 2012.



### **2.2.1.2.5 Interdependencia:**

Los aspectos o dimensiones de la vida están interrelacionados, de tal manera que cuando una persona se encuentra mal físicamente o está enferma, le repercute en los aspectos afectivos o psicológicos y sociales.<sup>18</sup>

### **2.2.1.3 Dimensiones de la Calidad de Vida**

La calidad de vida tiene su máxima expresión en la calidad de vida relacionada con la salud. Las tres dimensiones que global e integralmente comprenden la calidad de vida son:

- **Dimensión física:**

Es la percepción del estado físico o la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad, y los efectos adversos del tratamiento. No hay duda que estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.<sup>19</sup>

- **Dimensión psicológica:**

Es la percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

---

<sup>18</sup> Laura Schwartz Mann. Médico psiquiatra: Profesora Agregada de Psicología Médica de la Facultad de Medicina, Universidad de la República Oriental del Uruguay. Concepto y Características de la Calidad de Vida .Montevideo-Uruguay. Año 2009. E-mail: lauras@mednet.org.uy.

<sup>19</sup> Francisco García Laredo. Magister en Ciencias Psicológicas. Estudio de las Dimensiones de la Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Departamento de Psicología .Marzo del 2001. Santiago-Chile.

- **Dimensión social:**

Es la percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.

- **Dimensión Emocional:**

Suele englobar evaluaciones de la depresión y la ansiedad, es decir, de los componentes de tipo emocional del bienestar psicológico. También suele incluir la medición de las preocupaciones.

- **Percepción General de la Salud:**

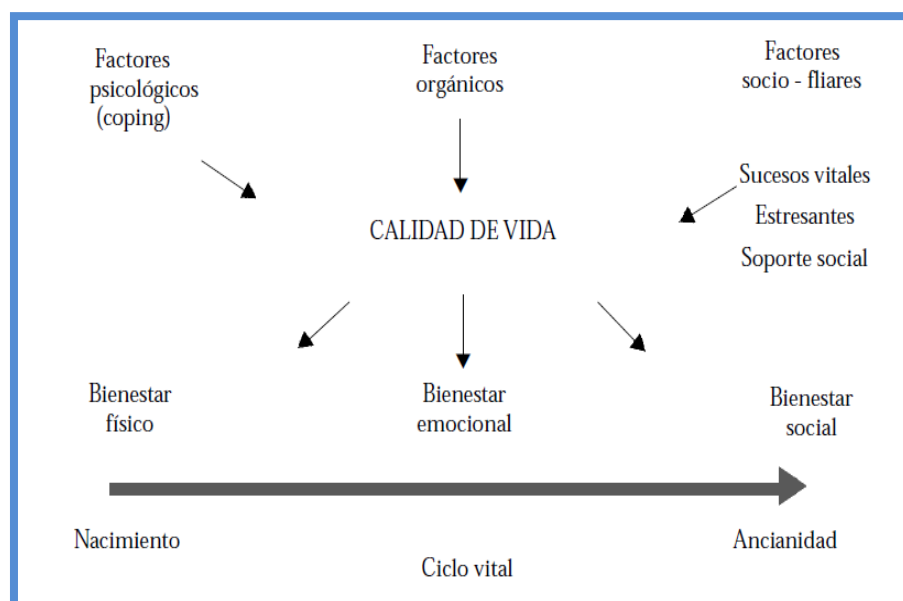
Incluye evaluaciones subjetivas globales del estado de salud de la persona y de las creencias relativas a la salud. Ésta dimensión refleja las preferencias, los valores, las necesidades y las actitudes en relación con la salud. Es una dimensión fundamental para poder valorar las diferencias individuales en cuanto a reacciones frente al dolor, percepción de dificultades, nivel de esfuerzo y nivel de preocupación por el estado de salud. Esta dimensión se correlaciona con las otras dimensiones.

- **Rol Funcional**

Es la capacidad propia que tiene el individuo de realizar por sí sólo aquellas actividades de la vida diaria, sin necesidad de dependencia física, otorgándole un bienestar único. Incluyen aquellas actividades de la vida diaria como vestirse, alimentarse, y realizar aquellas tareas en casa o desempeñarse laboralmente, sintiéndose una persona útil en la sociedad en que vive.<sup>20</sup>

---

<sup>20</sup> Alfonso Urzúa Medina. Psicólogo, Magíster en Salud Pública. Manual de Psicología Clínica: Dimensiones de la Calidad de Vida. Escuela de Psicología. Universidad Católica del Norte Antofagasta, Chile.



### 2.2.1.5 Calidad de vida Relacionada a la Salud (CVRS)

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.<sup>21</sup>

La calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para que esa medida sea válida y confiable, y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.<sup>22</sup>

El concepto de calidad de vida relacionada a la salud es dado por diferentes autores como:

<sup>21</sup> Alfonso Urzúa Medina. Psicólogo, Magíster en Salud Pública. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile. Revista Médica de Chile 2010.

<sup>22</sup> Jorge Grau Abalo. Doctor en Ciencias Psicológicas. Taller de Introducción al estudio de Calidad de Vida Relacionada a la Salud. Wood. S. agosto del 2002. Montevideo -Uruguay.

### **A. Patrick y Erickson:**

La calidad de vida relacionada a la salud, es el valor asignado a la duración de la vida modificado por la oportunidad social, la percepción, el estado funcional y el deterioro provocado por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud.

### **B. Shumaker y Naughton:**

CVRS se refiere a la evaluación subjetiva de las influencias del estado de salud actual, los cuidados sanitarios, y la promoción de la salud sobre la capacidad del individuo para lograr y mantener un nivel global de funcionamiento que permite seguir aquellas actividades que son importantes para el individuo y que afectan a su estado general de bienestar. Las dimensiones que son importantes para la medición de la CVRS son: el funcionamiento social, físico, y cognitivo; la movilidad y el cuidado personal; y el bienestar emocional.

### **C. Schwartzmann:**

Desde el punto de vista subjetivo, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) es la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios del estado físico, emocional y social en que se encuentra en un momento dado, y refleja el grado de satisfacción con una situación personal a nivel: Fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño, respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad, frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad, actividades de ocio, entre otras).<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Claudia Rivera Solórzano. Departamento de Psicología /Calidad de Vida Relacionada con la Salud Crónica. Artículo de revisión del 2012. Universidad de San Buenaventura, sede Bogotá – Colombia 17 de diciembre del 2012

Para la mayoría de los autores, como Wilson y Cleary, el concepto de calidad de vida relacionada con la salud, es el que lo concibe como la capacidad que tiene el individuo para realizar aquellas actividades importantes relativas al componente funcional, afectivo y social, los cuales están influenciadas por la percepción subjetiva. Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.<sup>24</sup>

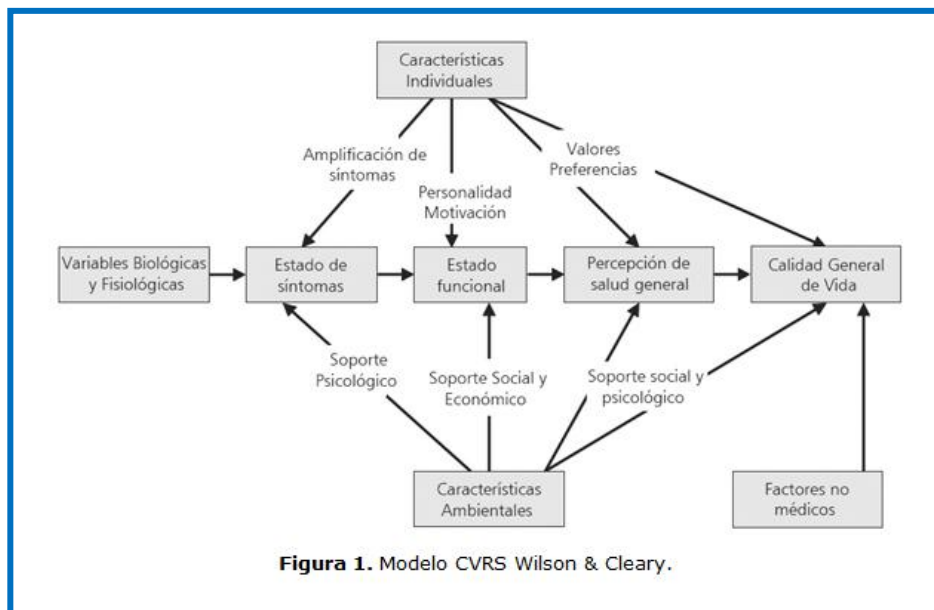


Figura 1. Modelo CVRS Wilson & Cleary.

Características de calidad de vida relacionada a la salud (CVRS):

- A. Subjetivas:** Recoger la percepción de la persona que se encuentra involucrada.
- B. Multidimensionales:** Relevar diversos aspectos de la vida del individuo, en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc.

<sup>24</sup> María Fernanda Valdivieso B. /Calidad de vida en Pacientes Oncológicos/ Unidad de Psicología en oncología. Clínica Las Condes. / Rev. médica clínica. Condes - 2013; 24(4) 716-721

**C. Incluir sentimientos positivos y negativos:** Se refieren a sentimientos de aliento, esperanza o desesperación y depresión por su estado de salud.

**D. Registrar la variabilidad en el tiempo:** La edad, la etapa vital que se atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), el momento de la enfermedad que se cursa, marcan diferencias importantes en los aspectos que se valoran.<sup>25</sup>

La investigación reciente en psiconeuroinmunoendocrinología comienza a sentar bases empíricas que establecen relaciones entre estado de ánimo e inmunidad y a su vez la influencia sobre el estado de ánimo de la esperanza, las “ganas de vivir” o, inversamente, el desaliento, la pérdida de sentido, la soledad. Desde el punto de vista clínico, es clásico observar que, para muchos pacientes sus valores personales o sus creencias religiosas, ideológicas, políticas, influyen sobre su estado de ánimo y pueden ser una fuente de fortaleza que influye sobre la salud.<sup>26</sup>

### 2.2.2 EXPECTATIVAS SANITARIAS:

La expectativa sanitaria es conceptualizada como la aparición fortuita (imprevista o inesperada) en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia. Como puede observarse, esta definición abarca aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso, y aspectos subjetivos, como la conciencia de una necesidad inminente de atención. Es así, que al valorar las repercusiones tanto físicas como psicológicas que la enfermedad y su terapéutica producen en la vida de los pacientes con cáncer, nos damos cuenta que la medición y evaluación de sus expectativas sanitarias en estos pacientes, es tan

---

<sup>25</sup> Autor: Laura Schwartzmann /Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales y Características / Revista Médica Volumen.9.Diciembre del 2003/ *On-line versión* ISSN 0717-9553<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.

<sup>26</sup> Autor: Beatriz Eugenia Botero de Mejía/ Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS)/ Universidad de Caldas. Manizales, Colombia/ Hacia la Promoción de la Salud, Volumen 12, Enero - Diciembre 2007.

importante, ya que a través de ella los pacientes transmiten sus necesidades en salud, encaminadas a mejorar, su calidad de vida en todas sus dimensiones.<sup>27</sup>

## 2.2.3 CÁNCER

### 2.2.3.1 Definición

El Cáncer: Es un crecimiento tisular producido por la proliferación continua de células anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros tejidos. Según la OMS: «Cáncer» es un término genérico que designa un amplio grupo de enfermedades que pueden afectar a cualquier parte del organismo; también se habla de «tumores malignos» o «neoplasias malignas». Una característica del cáncer es la multiplicación rápida de células anormales que se extienden más allá de sus límites habituales y pueden invadir partes adyacentes del cuerpo o propagarse a otros órganos, proceso conocido como metástasis. Las metástasis son la principal causa de muerte por cáncer.<sup>28</sup>

El cáncer, que puede originarse a partir de cualquier tipo de célula en cualquier tejido corporal, no es una enfermedad única sino un conjunto de enfermedades que se clasifican en función del tejido y célula de origen.<sup>29</sup>

### 2.2.3.2 Incidencia

La Organización Mundial de la Salud, estimó que la principal causa de muerte en el mundo durante 2008 fue el cáncer, con 7.6 millones de casos, lo cual equivale al 13% de todas las muertes a nivel mundial, principalmente por cáncer de pulmón, estómago,

---

<sup>27</sup> Miriam Rosario Salazar/ Expectativas Sanitarias en el Paciente con Cáncer/ Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima, Perú. / Recibido: 04-02-13; Aprobado: 06-03-13.

<sup>28</sup> Martel Franceschi, Smith. Cáncer: Definiciones Generales de Cáncer y Definición de Cáncer según la Organización Mundial de la Salud. Publicado en mayo del 2008.

<sup>29</sup> Dr. Eduardo Cazar, Dr. Daniel Gómez. / Causas y Morfología del Cáncer /Consejo Ejecutivo del Instituto Nacional del Cáncer. Año de Publicación Junio 2004.

hígado, colon y mama. En América Latina, de acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), durante el periodo 2007-2009, la tasa de mortalidad estandarizada a consecuencia de alguna neoplasia maligna fue de 110.7 muertes por cada 100 mil habitantes; para la región, las tasas más altas se ubicaron en Uruguay (168.4), Cuba (143.3) y Perú (136.6).<sup>30</sup>

En Perú, en el período comprendido entre enero y diciembre del año 2012, se realizó el registro de 12,359 casos de cáncer; de los cuales, 3931 fueron diagnosticados el año 2012 (31,8%). La edad promedio al momento del diagnóstico fue de 59,1 ± 18,1 años; el 61,4% de los casos fueron de sexo femenino y el 38,6% de sexo masculino. La mayor frecuencia de casos en el sexo masculino se agrupó entre los 65 y 79 años de edad (49,1%); mientras que, en el sexo femenino la mayor frecuencia se agrupó entre los 45 y 69 años de edad (51,8%). Los tipos de cáncer más frecuentes a nivel global fueron los de cérvix (15,5%), estómago (12,8%) y (11,7%). En el sexo masculino, los tipos de cáncer más frecuentes fueron los de estómago (16,9%), próstata (16,1%) y piel (15,0%); mientras que, en el sexo femenino los más frecuentes fueron los de cérvix (25,1%), mama (14,8%) y estómago (8,5%) respectivamente.<sup>31</sup>

### **2.2.3.3 Etiología del cáncer**

Ciertos factores son capaces de originar cáncer en un porcentaje de los individuos expuestos a ellos. Entre los más frecuentes se encuentran el factor hereditario, así como algunos productos químicos, las radiaciones ionizantes, las infecciones o virus.<sup>32</sup>

---

<sup>30</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS) /Incidencia de Cáncer en el Perú/ <http://www.paho.org/per>.

<sup>31</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS).Tipos de Cáncer más frecuentes en el Perú. Abril del 2012.

<sup>32</sup> Dosne Pasqualini, Christiane .Etiologías del Cáncer: Vigencia de Cinco Paradigmas Sucesivos. /Revista Médica de Buenos Aires. [online]. 2003, volumen 63, número.6, pp. 757-760. ISSN 1669-9106.



### **A. Herencia:**

Se calcula que de un 5 a un 10% de los cánceres tienen un origen hereditario. Algunas formas de cáncer son más frecuentes en algunas familias: el cáncer de mama es un ejemplo de ello. El cáncer de colon es más frecuente en las familias con tendencia a presentar pólipos de colon. Una forma de retinoblastoma sólo aparece cuando está ausente un gen específico. Estos genes, denominados genes supresores tumorales o antioncogenes, previenen en condiciones normales la replicación celular. Su ausencia elimina el control normal de la multiplicación celular. En algunos trastornos hereditarios, los cromosomas tienen una fragilidad intrínseca; estos procesos conllevan un riesgo elevado de cáncer.<sup>33</sup>

### **B. Sustancias Químicas:**

El cigarrillo es un agente cancerígeno, relacionado al cáncer pulmonar, determinándose que la muerte por éste tipo de cáncer es 6 veces mayor entre fumadores que entre no fumadores, ya que contiene, nicotina, ácidos y óxidos de carbono y alquitrán. El arsénico también se asocia con cáncer pulmonar, pues los trabajadores de minas de cobre y cobalto, fundiciones y fábricas de insecticidas presentan una incidencia de este tipo de cáncer mayor de lo normal. En los trabajadores de las industrias relacionadas con el asbesto, la incidencia es de hasta 10 veces más que lo normal.<sup>34</sup>

Hoy en día se sabe que el benzopireno, sustancia química presente en el carbón, provoca cáncer de la piel en personas cuyos trabajos tienen relación con la combustión del carbón.

---

<sup>33</sup> Dr. Dimas Rodríguez Hernández. Oncólogo Médico. Profesor de la Universidad Central de Venezuela. Tema: Cáncer Hereditario. [http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/24092013\\_Cáncer\\_Hereditario.pdf](http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/educacion/24092013_Cáncer_Hereditario.pdf)

<sup>34</sup> Pérez de las Casas, María y Fernández Infante. Factores de Riesgo en el Desarrollo de Carcinoma de Pulmón. Navarra [online]. vol.28, suppl.1. Publicado en Julio del 2005. <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v28s1/original12.pdf>

Se ha encontrado que en países donde la contaminación de alimentos por mohos es frecuente, la incidencia de cáncer del hígado y estómago es alta.

El alcohol es también un importante promotor; su abuso crónico incrementa de manera importante el riesgo de padecer cáncer de boca, esófago, laringe e hígado.<sup>35</sup>

### **C. Radiaciones:**

Las radiaciones ionizantes son uno de los factores causales más reconocidos. La radiación produce cambios en el ADN, como roturas o trasposiciones cromosómicas en las que los extremos rotos de dos cromosomas pueden intercambiarse. La radiación actúa como un iniciador de la carcinogénesis, induciendo alteraciones que progresan hasta convertirse en cáncer después de un periodo de latencia de varios años. Los rayos ultravioletas del sol aumentan la propensión a adquirir cáncer de piel. La excesiva exposición a los rayos solares, por parte de personas de piel blanca, aumenta el riesgo.<sup>36</sup>

### **D. Infecciones o virus:**

Existen cada vez más evidencias de que algunas infecciones pueden llegar a provocar cáncer y, en concreto, aquellas relacionadas con los cánceres de estómago, hígado, cérvix y con el sarcoma de Kaposi (un tipo especial de cáncer que aparece en enfermos de SIDA). Se ha relacionado la bacteria *Helicobacter pylori* con el cáncer de estómago. Distintos estudios demuestran que personas infectadas con esta bacteria tienen cuatro veces más probabilidad de

---

<sup>35</sup> Miguel Duarte Rivera. Médico Oncólogo. Factores ambientales y Químicos Relacionados con el Cáncer (Buenos Aires) online. 2003 VOL 63 PP757-760 /TSSN 1669-9106/revista scielo.

<sup>36</sup> Dr. Roberto Mondaca Aliaga. La Radiación como Factor de Riesgo para el Desarrollo de Cáncer. Servicio de Radiología del Hospital Roberto del Río. Revista Chilena de Radiología. Vol. 12 N° 1, año 2006.

desarrollar este tipo de cáncer. Los virus son la causa de muchos cánceres. En el ser humano, el virus de Epstein-Barr se asocia con el linfoma de Burkitt y los linfopiteliomas, el virus de la hepatitis B y C con el hepatocarcinoma, y el virus del papiloma humano (VPH) con el cáncer de cérvix. Todos estos virus asociados a tumores humanos son del tipo ADN.<sup>37</sup>

Tumores relacionados a virus	
Agente	Sitio de cáncer
Hepatitis B	Hígado
Hepatitis C	Hígado
HIV-1	Sarcoma de Kaposi
HTLV-1	Linfoma T del adulto
HPV	Cuello uterino y orofaringe
Epstein-Barr	Linfoma de Burkitt, nasofaringe, Enfermedad de Hodgkin

Cole, P. and Rodu, B.: *Cancer: Principles & Practice of Oncology*, 6ª ed. 2001, pp. 241-252.

### 2.2.6 Patrones de crecimiento pre neoplásico:

El crecimiento celular pre neoplásico puede clasificarse en tres categorías, basándose en la forma (o morfología) de las células y en su organización dentro de la lesión:

#### a) Hiperplasia:

La hiperplasia es el aumento de tamaño de un tejido o un órgano debido a que sus células han aumentado en número, conservando su disposición en el tejido normal. Ocurre de forma fisiológica en las glándulas mamarias durante la lactancia o en el endometrio en el ciclo

<sup>37</sup> Dosne Pasqualini. La etiología del Cáncer: Relación Retrospectiva entre los Virus y el Cáncer Medicina. Unidad de Oncología Clínica de Buenos Aires [online]. 1997, vol.57, n.6, pp. 3-18. ISSN 1669-9106.

menstrual. Sin embargo, la hiperplasia puede ocurrir en respuesta a estímulos carcinógenos y considerarse, en algunas situaciones, precursora del cáncer.<sup>38</sup>

#### **b) Metaplasia:**

Consiste en la sustitución de una célula adulta normal, totalmente diferenciada en un determinado tejido, por otra célula que es anormal para ese tejido. En ciertas ocasiones, la metaplasia implica una regresión en la especialización o maduración de las células hacia formas más primitivas para madurar posteriormente hacia otro tipo de células. Esto puede ocurrir como una respuesta fisiológica frente a un determinado tipo de cambios o bien, formar parte de los fenómenos asociados al desarrollo del cáncer. Estos cambios estructurales pueden ser reversibles. Podemos considerar, las modificaciones que se producen como mecanismos adaptativos o de defensa que se establecen como consecuencia del reflujo gastroesofágico persistente, produciendo en el esófago la existencia de epitelio cilíndrico con metaplasia intestinal en sustitución del epitelio escamoso normal (esófago o epitelio de Barrett), que con el tiempo degenera en cáncer de esófago.<sup>39</sup>

#### **c) Displasia**

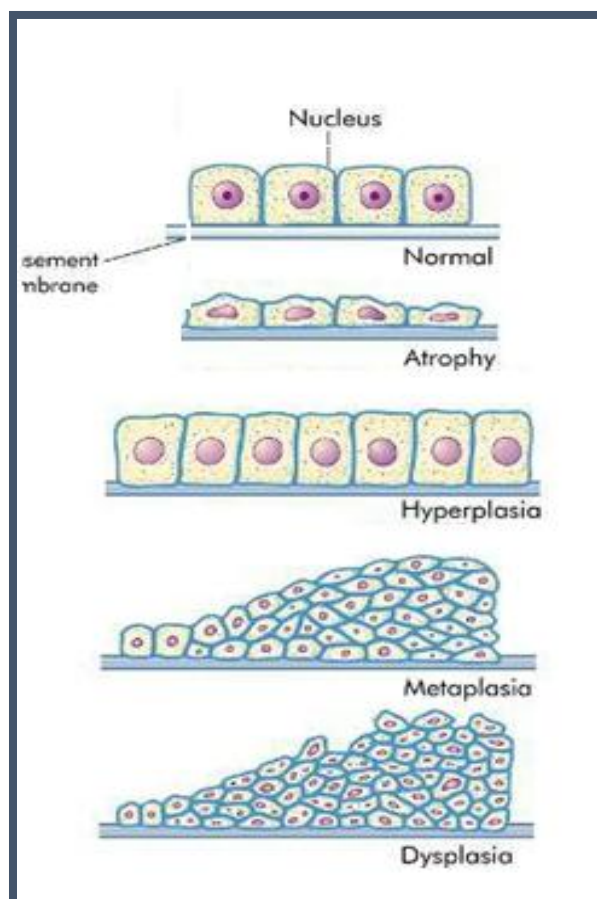
Significa “crecimiento desordenado”. Es una alteración en el aspecto o morfología de las células debido a modificaciones en el proceso de maduración de la célula. También llamada hiperplasia atípica, es una alteración en el desarrollo de las células epiteliales y mesenquimales, afectando a la orientación de la célula dentro del tejido, el

---

<sup>38</sup> Ernesto García Ayala, Laura Cárdenas Mastrascusa, Diana Sandoval Martínez/ Patrones de Crecimiento Preneoplásico: Metaplasia. Departamento de Patología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Industrial de Santander .Bucaramanga-Colombia 2010

<sup>39</sup> Dr. Joan Monés Xiol .Gastroenterólogo./ Profesor Emérito de Medicina y Bioética .Metaplasia: Conceptos Generales: Metaplasia de Esófago: Esófago de Barrett/ /Universidad Autónoma de Barcelona 2012.

tamaño, la forma y la organización de las células. Puede indicar un paso temprano hacia el desarrollo de una neoplasia, por lo que se considera una lesión premaligna o preneoplásica. Éste crecimiento anormal se localiza en la capa epitelial, no invadiendo el tejido más profundo. Algunos tipos de displasias pueden ser reversibles, y al desaparecer el factor desencadenante, el tejido puede volver a la normalidad.<sup>40</sup>



Patrones de Crecimiento Preneoplásico

<sup>40</sup> JTP Médica Patóloga Daniela Zicre. Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológicas. Crecimiento Preneoplásico: Displasia: Grados de displasia .Facultad de Ciencias Médicas. Área de Oncología. Año de Publicación, 2012.

## 2.2.4 FISIOPATOLOGÍA DEL CÁNCER

La exposición constante a los diferentes factores exógenos hace que los mecanismos de control genético se alteren generando el componente endógeno y el establecimiento del nuevo crecimiento (neoplasia), entre los genes que controlan el crecimiento y la división celular y que juegan un papel fundamental en la aparición de cáncer están:

### **A. Protooncogenes:**

Forman parte directa del control del ciclo celular siendo los encargados de detener el mismo cuando ha ocurrido daño en el ADN. Las acciones aberrantes o excesivas sobre estos genes ocasionan las mutaciones, dando origen a los oncogenes los cuales promueven el crecimiento neoplásico.<sup>41</sup>

### **B. Genes de Supresión Tumoral:**

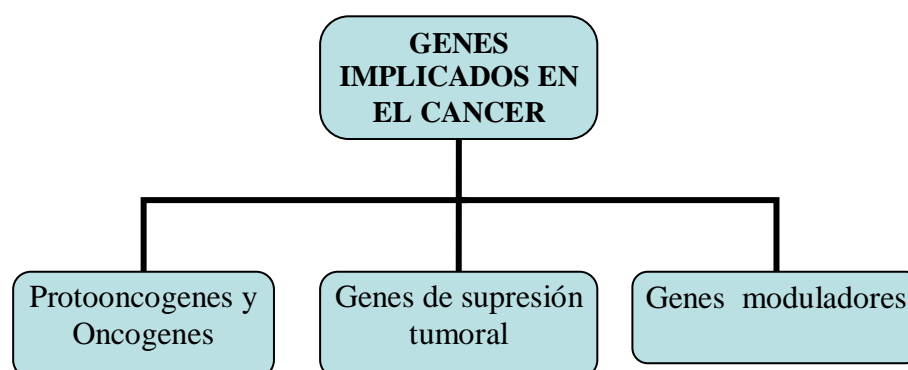
Son genes que definen los diferentes niveles de señalización celular, es decir, tienen un papel fundamental en la transmisión de señales desde el exterior celular hasta el núcleo donde se ejecutan las órdenes. Las alteraciones en genes de supresión tumoral resultan en una pérdida de proteínas supresoras y una falla en la detención del crecimiento, lo que conlleva a un desarrollo incontrolado de células genéticamente dañadas.

### **C. Genes Moduladores:**

Son genes que determinan propiedades como la invasividad, la metastatización o la capacidad de generar una respuesta inmune.

---

<sup>41</sup> Romero Benítez, Margarita Profesora Titular. Cátedra de Bioquímica. Facultad de UNNE Medicina. Bases Moleculares del Cáncer: Protooncogenes, Oncogenes y Genes Supresores de Tumores. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Cátedra de Bioquímica. Año 2011.



En el desarrollo del cáncer no depende exclusivamente de una única y simple mutación, atribuye a una serie de mutaciones que se acumulan en un periodo de tiempo, por lo menos seis alteraciones genéticas consecutivas son necesarias para el desarrollo del cáncer.<sup>42</sup>

## 2.2.5 TIPOS DE CÁNCER

### 2.2.5.1 Carcinoma

Es el tumor maligno que se origina en la capa que recubre (células epiteliales) la piel, las cavidades y órganos corporales, como tejidos glandulares de la mama y próstata. Aproximadamente el 80% de los tumores cancerosos son carcinomas. Algunas de estas células tienen diferentes características y por tanto su nombre puede ser algo distinto.<sup>43</sup>

- **Adenocarcinoma:** Se denomina adenocarcinoma al cáncer que se origina en el tejido glandular (glándulas), por ejemplo en los conductos o lobulillos de la mama o en la próstata.<sup>44</sup>

---

<sup>42</sup> Autora: Dra. Natalia Gandur. Médico Oncólogo. Fisiopatología del Cáncer Hereditario. Instituto Nacional del Cáncer. Buenos Aires Argentina. Publicado en Octubre del 2009.

<sup>43</sup> Asociación Española contra el Cáncer. Tipos de Cáncer. Estudio liderado por investigadores del IDIBAPS/ revista de Oncología / Barcelona 2015.

<sup>44</sup> Dra. María T. Galiano de Sánchez/. Adenocarcinomas: Patología Gastrointestinal. En: Manual de Oncología Clínica./Revista scielo, año 2006.

- **Carcinoma de Células Escamosas o Epidermoide:**

Neoplasia maligna que se origina de las células escamosas del epitelio, la cual forma parte de la superficie de la piel, el revestimiento de los órganos huecos del cuerpo y el revestimiento de los aparatos respiratorio y digestivo, es decir células no glandulares, como por ejemplo boca, esófago, cuello uterino, vagina, ano, pulmón, vejiga urinaria ,etc.<sup>45</sup>

- **Carcinoma de Células Basales:** Es el cáncer de la piel más común. Se origina en la capa más profunda de la epidermis (piel), llamada la capa de células basales. Por lo general se origina en áreas expuestas al sol, especialmente el rostro y el cuello. El cáncer de células basales crece lentamente y es poco probable que se propague a partes distantes del cuerpo.

- **Melanoma:** Es un tumor maligno que se origina en las células que producen la pigmentación de la piel (melanocitos). El melanoma es casi siempre curable en sus primeras etapas. Sin embargo, es probable que se propague a otras partes del cuerpo.<sup>46</sup>

- **2.2.5.2 Sarcoma**

Se trata de un tumor maligno que se origina en los tejidos conectivos, tales como los cartílagos, tejido adiposo o graso, los músculos o los huesos. Los sarcomas son más frecuentes en niños y adolescentes.<sup>47</sup>

Dependiendo de la célula que lo origina pueden recibir diferentes nombres, siendo los más conocidos:

---

<sup>45</sup> Mario Cantín López; Iván Suazo Galdames; Bernardo Venegas Rojas, Daniela Zavando Matamala .Carcinoma de Células Escamosas. Departamento de Oncología. .Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Talca, Chile. /Revista scielo, marzo del 2008/ versión On-line ISSN 0717-9502.

<sup>46</sup> Dr. Julio Cesar De la Rosa, Dra. Jéssica Edith Masloski. Tipos Histológicos de Cáncer de Piel: Melanoma Maligno. Revista de Posgrado Cátedra de Medicina Oncológica Dermatológica/. N° 183 – Julio 2008.

<sup>47</sup> Consenso del Grupo Español de Investigación en Sarcomas (GEIS) /Revista scielo/ Oncología Barcelona v.29 n.6 Madrid jun. 2006 / <http://dx.doi.org/10.4321/S0378-48352006000600002>



- **Osteosarcoma:** Sarcoma que deriva del hueso.
- **Liposarcoma:** Sarcoma que deriva de la grasa.
- **Condrosarcoma:** Sarcoma que deriva del cartílago.
- **Angiosarcoma:** Sarcoma que deriva de los vasos sanguíneos.

### 2.2.5.3 Leucemia

Trastorno hematológico maligno caracterizado por la proliferación de leucocitos anómalos que infiltran la médula ósea, la sangre periférica y otros órganos. Puede presentarse como un proceso agudo o crónica. En las leucemias no existe tumoración, se afectan la sangre y la médula ósea (zona interna de los huesos, donde se originan las células sanguíneas), y se clasifican en función del tipo de célula alterada.<sup>48</sup>

- **Leucemia mieloide:**

Las leucemias que se inician en las células mieloides más jóvenes, que corresponden a las células que producen los glóbulos rojos, glóbulos blancos (que no sean linfocitos), o células productoras de plaquetas (megacariocitos), corresponden a las leucemias mieloides (también conocida como leucemia mielocítica, mielógena o no linfocítica).

- **Leucemia linfocítica:**

Las leucemias que se originan en las etapas inmaduras de los linfocitos se llaman leucemias linfocíticas (también conocidas como leucemias linfoides o linfoblásticas).

Asimismo, se clasifican según el estado de maduración de las células leucémicas, pudiendo ser:

- **Leucemias agudas:** formada por células inmaduras.

---

<sup>48</sup> Dr.Rafael Hurtado Montoya. Manual: Leucemias: Tipos de Leucemia. Servicio de Hematología del Hospital Ángeles del Pedregal. México, DF. Medicina Interna. Correo electrónico: rafahurtado@prodigy.net.mx / Recibido: 17 de octubre 2011. Aceptado: 07 enero 2012

- **Leucemias crónicas:** las células están en el último paso de la maduración.

#### 2.2.5.4 Linfomas

Son un grupo de neoplasias hematológicas que se originan en el sistema linfático, los cuales forman parte del sistema inmunitario como son los ganglios linfáticos.

- **Linfoma de Hodgkin:** El parénquima tumoral está constituido por dos tipos de células de origen linfoide: las células de Hodgkin, que son grandes, con citoplasma relativamente abundante, núcleo grande vesiculoso, redondeado o irregular, membrana nuclear gruesa por marginación de cromatina y nucléolo prominente. Las células de Reed-Sternberg: gigantes, con citoplasma abundante; en su forma característica tienen dos núcleos grandes vesiculosos con membrana nuclear gruesa; cada uno tiene un nucléolo prominente; los nucléolos están ubicados en una misma línea en un área vecina de ambos núcleos. El hallazgo de células de Reed-Sternberg, es necesario para hacer el diagnóstico de enfermedad de Hodgkin.<sup>49</sup>
- **Linfoma no-Hodgkin:** El tejido tumoral está constituido casi exclusivamente por células neoplásicas; el estroma es muy escaso. En general, en cada linfoma hay un solo tipo de célula tumoral, la que corresponde a alguna etapa de diferenciación de las células linfoides. Sin embargo, estas células malignas no expresan por completo el fenotipo normal y suele haber diferencias en la distribución de los antígenos de diferenciación que caracterizan a cada tipo de célula linfoide normal. Alrededor de dos tercios de los linfomas no Hodgkin

---

<sup>49</sup> José René Mesa Cornejo. Médico Oncólogo. Enfermedad de Hodgkin: Nuevos Conceptos Clínico-Patológicos. /Revista Cubana Hematología [online]. 2000, vol.16, n.1, pp. 21-29. ISSN 1561-2996.

corresponden a proliferación de células derivadas de linfocitos B; el resto corresponden principalmente a células linfoides de estirpe T.<sup>50</sup>

#### **2.2.3.4 Factores de riesgo**

La herencia genética y el medio ambiente son los principales factores de riesgo en el desarrollo de cáncer. Existe evidencia de que diversos factores sumados a la carga genética incrementan el riesgo de la aparición de cánceres.<sup>51</sup>

Los principales factores de riesgo para cáncer son

- Consumo de tabaco: Asociado a cáncer de cavidad oral, laringe, pulmón, cérvix, mama y estómago.
- Consumo de alcohol: Asociado a cáncer de cavidad oral, faringe, laringe, esófago, hígado, colon, recto y cáncer de mama.
- Dieta no saludable: El consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon.
- Conductas sexuales de riesgo: Como ocurre con el número de parejas sexuales e inicio temprano de relaciones sexuales que incrementan el riesgo de infección por el virus del papiloma humano (VPH), causa principal del cáncer de cérvix.
- Uso de estrógenos exógenos: Asociados principalmente a cáncer de mama y de cérvix.
- Obesidad: Se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad varía de acuerdo al tipo de cáncer

---

<sup>50</sup> Antonio de Jesús Guerra Soto, Edson Reboloso Zúñiga. Linfoma no Hodgkin. Centro Universitario de Ciencias de la Salud (CUCS), Universidad de Guadalajara. Servicio de Hematología, Recibido: 1 de abril de 2013./ medigraphic/ Aceptado con modificaciones: 26 de abril de 2013.

<sup>51</sup> Dr. Carlos Fernández Rivera, Jesús Aliaga Mendoza .Oncólogo médico. Principales Factores de Riesgo Atribuibles al Cáncer. Departamento de Oncología. México 2011. Edición. 2011; 106(10):1718.

llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago.

- Sedentarismo: Incrementa el riesgo de padecer cáncer de colon.
- Exposición a radiaciones no ionizantes: Como en el caso de la exposición a la radiación solar sin fotoprotección y el cáncer de piel.<sup>52</sup>

### Factores ambientales que favorecen al cáncer

(Adapted from Doll and Peto, 1981; *Casarett and Doull's Toxicology*, 5ª ed.)

• Dieta	35%
• Tabaco	30%
• Infección	10%
• Alcohol	3%
• Comportamiento sexual y reproductivo	7%
• Ocupación	4%
• Polución	2%
• Factores geofísicos	3%
• Medicamentos y proc. médicos	1%
• Productos industriales	1%

## 2.2.8 Vías de diseminación del cáncer

El cáncer se puede llegar a diseminar a zonas distantes, a través de las siguientes vías:

### A. Metástasis a través del sistema linfático

Son las más frecuentes. Las células tumorales penetran en un pequeño vaso linfático, que carece de membrana basal, y son transportadas por la linfa hasta el ganglio linfático regional; allí pueden proliferar e invadir el ganglio constituyendo una metástasis ganglionar linfática. Desde ese ganglio puede seguir el proceso a otros ganglios más distantes. Las metástasis ganglionares se producen habitualmente en el sentido de la corriente linfática, por lo cual aparecen en general

<sup>52</sup> Dr. Jesús Álvarez Rodríguez. Oncólogo médico. Principales Factores de Riesgo asociados al desarrollo del Cáncer. Departamento de Oncología de la Habana-Cuba 2012.

ordenadamente, primero en los ganglios que drenan el territorio del tumor primario y así sucesivamente, alejándose.<sup>53</sup>

### **B. Metástasis a través del sistema vascular sanguíneo**

Conocida como diseminación hematológica, es posible porque las células malignas pueden atravesar los capilares de paredes delgadas y entrar directamente en el torrente sanguíneo.

Para que finalmente se desarrolle una metástasis en un tejido u órgano a distancia, la célula maligna debe: Sobrevivir al daño producido por las turbulencias del flujo sanguíneo, evadiendo el reconocimiento y la destrucción por las células del sistema inmunológico presentes en la circulación sanguínea y finalmente, atravesar las paredes de los vasos sanguíneos y adherirse al tejido diana donde crecerá.<sup>54</sup>

### **C. Metástasis a través de las cavidades corporales (diseminación directa)**

Los tumores que crecen o penetran en las cavidades del cuerpo pueden “desprender” células que se distribuyen por la cavidad, sembrando focos tumorales en distintas localizaciones de la misma cavidad o sobre órganos que hay dentro de ella. En la carcinomatosis peritoneal se produce una siembra de células malignas por toda la superficie del peritoneo, formándose de este modo numerosos focos tumorales que pueden conducir a la aparición de síntomas/signos clínicos específicos como dolor o distensión (hinchazón) abdominal y alteración del ritmo intestinal. La carcinomatosis peritoneal es frecuente en tumores malignos que se originan en el ovario.<sup>55</sup>

---

<sup>53</sup> Marcelo Rueda Valdivia. Médico Oncólogo. Alteraciones del Crecimiento y Desarrollo Neoplásico: Metástasis a través del Sistema Linfático/Manual de Patología General/ Universidad Católica de Chile/[http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol\\_095.htm](http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_095.htm).

<sup>54</sup> Jesús Vargas Martínez. Departamento de Oncología. Vías de Diseminación Hematológica del Cáncer/[http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol\\_095.htm](http://escuela.med.puc.cl/publ/patologiageneral/patol_095.htm)

<sup>55</sup> Dr. Luis Eugenio Graniel Palau y Guadalupe Guerrero Avendaño/Vías de Diseminación y Sitios Frecuentes de Implantación Metastásica en Carcinomatosis Peritoneal/Vol. 12 No. 1 / Enero-Marzo 2013.

### 2.2.7 TNM: Escala de estadiaje del cáncer (AJCC)

El sistema TNM es el método de estadiaje de neoplasias desarrollado por la AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra Cáncer). El sistema TNM se basa en el tamaño o extensión (alcance) del tumor primario (**T**), el grado de diseminación a los ganglios linfáticos (**N**) cercanos, y la presencia de metástasis (**M**) o de tumores secundarios que se formen por la diseminación de las células cancerosas a otras partes del cuerpo.<sup>56</sup> Un número se añade a cada letra para indicar el tamaño o extensión del tumor primario y el grado de diseminación del cáncer:

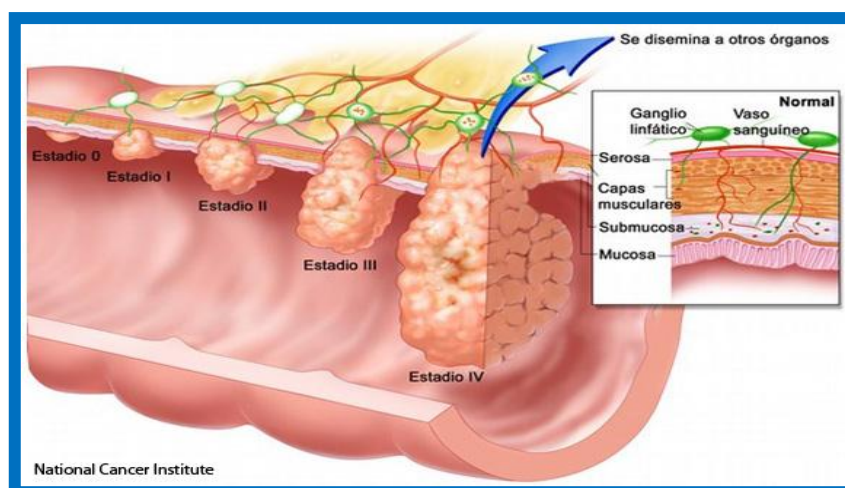
<b>TUMOR PRIMARIO (T)</b>	
<b>TX</b>	El tumor primario no puede ser evaluado
<b>T0</b>	No hay evidencia de tumor primario
<b>Tis</b>	Carcinoma in situ (cáncer inicial que no se ha diseminado a tejidos vecinos)
<b>T1, T2, T3, T4</b>	Tamaño y/o extensión del tumor primario

<b>GANGLIOS LINFÁTICOS REGIONALES (N)</b>	
<b>NX</b>	No es posible evaluar los ganglios linfáticos regionales
<b>N0</b>	No existe complicación de ganglios linfáticos regionales (no se encontró cáncer allí)
<b>N1, N2, N3</b>	Complicación de ganglios linfáticos regionales (número y/o extensión de diseminación).

<sup>56</sup> Sistema TNM: Método de Estadiaje de Neoplasias .AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra Cáncer).Edición 2011.

METÁSTASIS DISTANTE (M)	
<b>MX</b>	No es posible evaluar una metástasis distante
<b>M0</b>	No existe metástasis distante (el cáncer no se ha diseminado a otras partes del cuerpo)
<b>M1</b>	Metástasis distante (el cáncer se ha diseminado a partes distantes del cuerpo)

Las lesiones neoplásicas malignas atraviesan por fases desde la más temprana (es decir estadio 0 ) partiendo por la capa más superficial de la mucosa del tejido u órgano involucrado hasta la fase terminal (estadio IV), que es donde invade ganglios linfáticos regionales, donde más tarde va a propagarse hacia órganos distantes.<sup>57</sup>



<sup>57</sup> Dra. Claudia Álvarez, Juan Martín Virginillo, Christian González, Javier Vallejos. Capítulo de Onco-Imágenes de la Sociedad Argentina de Radiología Oncológica, Hospital General de Agudos. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina. Correspondencia: Dra. Claudia Álvarez - claudiaalvarez@diagnosticomaiipu. com.ar/Recibido: febrero 2012; aceptado: marzo 2012.

### **2.2.9 Diagnóstico:**

Para el diagnóstico de cáncer, consiste en la realización adecuada y precisa de la historia clínica donde deben contener los antecedentes familiares (antecedentes de cáncer en la familia), antecedentes personales (inicio de relaciones sexuales ,promiscuidad, número de parejas sexuales en el caso de cáncer de cérvix), exposición a factores de riesgo (como exposición a radiaciones ionizantes, humo del tabaco, en el caso de cáncer de pulmón) ,además de un examen físico completo, tratando de buscar masas o puntos dolorosos, además de adenomegalias entre otros.<sup>58</sup>

#### **A. Métodos por imagen**

##### **a) Ecografía**

Es un método de apoyo diagnóstico que puede caracterizar lesiones benignas y malignas. Además estudiar el comportamiento de su vascularización mediante Doppler Color. Por ejemplo el ultrasonido (U.S.) de mama, es un examen complementario en aquellas anomalías detectadas en la mamografía y es muy confiable en pacientes con mamas densas.<sup>59</sup>

##### **b) Tomografía Axial Computarizada (T.A.C.)**

Es un examen ampliamente extendido en la evaluación del tumor primario y en su extensión local y extra torácica, en el caso de cáncer pulmonar. La óptima resolución espacial y buena resolución de contraste que se obtiene con

---

<sup>58</sup> Juan Arrazola Fernández. Cáncer: Diagnóstico y Tratamiento. Dos volúmenes. Santiago, Chile: Publicaciones de la Revista Médica de Chile –volumen 126 n.7 Santiago julio del 2010.

<sup>59</sup> Humberto Díaz Cárdenas. Médico radiólogo: Estudios por Imágenes de Lesiones Malignas .Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins. Correspondencia: email: hubertinodiaz@yahoo.com/ Médico radiólogo Hospital Nacional 2 de Mayo. Recibido en marzo del 2011.



tomógrafos multicorte hacen de ésta técnica un método diagnóstico de gran rendimiento.<sup>60</sup>

**c) Resonancia magnética (R.M.)**

Este método emplea campo magnético potente para generar imágenes informatizadas detalladas de los tejidos blandos, los grandes vasos sanguíneos y los órganos principales del cuerpo. La RM es un procedimiento exacto, aunque costoso.<sup>61</sup>

**d) Tomografía por Emisión de Positrones (P.E.T.)**

Es una técnica de diagnóstico que se basa en la actividad biológica de las células neoplásicas. Parece ser que la PET mejora la sensibilidad y especificidad de la TAC en el estudio de las adenopatías mediastínicas.<sup>62</sup>

**B. Biopsia**

Se extirpa quirúrgicamente una pequeña muestra de tejido afectado, el cual se examina al microscopio en busca de células cancerosas, determinando el diagnóstico definitivo de la enfermedad. Dependiendo de la localización del tumor, algunas biopsias pueden realizarse de forma ambulatoria solo con anestesia local. Si el tumor está lleno de líquido, se utiliza un tipo de biopsia conocida como aspiración con aguja fina.<sup>63</sup>

---

<sup>60</sup> Verónica Montes Rodríguez .Departamento de Radiología en Oncología. Cáncer de Pulmón: Estudios Tomográficos y Resonancia Magnética en Tumores Malignos. Edición, 2007: 621-69.revista scielo/ Rev. médica de Chile volumen .138 n.11 Santiago, noviembre del 2010.

<sup>61</sup> Carlos Castillo Fernández. Médico Oncólogo. Departamento de Oncología. Utilidad de la Resonancia Magnética en Tumores Malignos. Revista Colombiana. Agosto del 2011.

<sup>62</sup> Carolina Villalta Gonzales. Médico Oncólogo. Departamento de Radiología en Oncología Tomografía por Emisión de Positrones. Revista Chilena de Radiología. Diciembre del 2009.

<sup>63</sup> González Mosquera, A. y Velo Noya, J. / Biopsia en el Contexto del Precáncer y del Cáncer / Departamento de Oncología y Patología. [online]. 2008, volumen.24, n.1, pp. 89-96. ISSN 0213-1285.

### **C. Marcadores tumorales:**

Son sustancias biológicas de diferente naturaleza química, sintetizadas y liberadas por las células tumorales o producido por el huésped en respuesta a la presencia de tumor. El análisis de sangre específico del cáncer de próstata determina la cantidad de antígeno prostático específico (PSA). Las concentraciones de PSA superiores a las normales pueden indicar la presencia de un cáncer. También el marcador llamado CA-125, específico del cáncer de ovario, entre otros. Cabe resaltar que solo sirven para seguimiento, no son métodos diagnósticos.<sup>64</sup>

#### **2.2.10 Tratamiento**

Se debe seleccionar cuidadosamente una o varias modalidades de tratamiento principales, como son:

##### **A. Cirugía:**

La principal estrategia para el tratamiento curativo del cáncer es la excisión de todas las células malignas mediante una intervención quirúrgica. En el pasado, esto implicaba la excisión de todo el tejido afectado y de la mayor cantidad posible de tejido potencialmente afectado, incluidos los tejidos vecinos y los ganglios linfáticos. Para algunos tumores, y en especial el cáncer de mama, no es precisa una cirugía tan ablativa (mastectomía) en la mayor parte de los casos. En muchos cánceres que están demasiado extendidos en el momento del diagnóstico para que la cirugía curativa sea posible. Si la extensión local del tumor afecta a tejidos vecinos que no pueden ser resecados, o si existen metástasis a distancia, la cirugía no será un tratamiento curativo. Sin embargo, puede ser beneficiosa para el alivio sintomático de ciertas situaciones como la obstrucción, o puede tener el objetivo de disminuir la masa tumoral para permitir una mejor respuesta al

---

<sup>64</sup> Susana Cárdenas Mendoza. Médico Oncólogo. Utilidad de los Marcadores Tumorales. Acta de Bioquímica Clínica Latinoamericana. Universidad de Buenos Aires. Abril del 2008, vol.42, n.4, pp. 539-542. ISSN 0325-2957.

tratamiento quimioterapéutico o radioterapéutico sucesivo.<sup>65</sup>

### **B. Radioterapia:**

Las radiaciones ionizantes pueden ser electromagnéticas o por partículas y producen una destrucción tisular. La radiación electromagnética incluye los rayos gamma, una forma de emisión radiactiva. Cuando los tumores son accesibles, y superficiales como aquellos que crecen en el útero la radioterapia puede ser curativa. La propiedad de la radiación es que destruyen el ADN de las células cancerosas, evitando así su crecimiento, además de respetar hasta cierto punto los tejidos normales permite el tratamiento de tumores en localizaciones donde no es posible la cirugía por la proximidad de tejidos vitales o porque el tumor ha empezado a infiltrar estructuras adyacentes que no pueden ser sacrificadas.<sup>66</sup>

### **C. Quimioterapia:**

Consiste en la utilización de fármacos para el tratamiento del cáncer. Puesto que los fármacos se distribuyen en el organismo a través del sistema circulatorio, la quimioterapia es útil para aquellos tumores cuya diseminación los hace inaccesibles a la cirugía o a la radioterapia. Existen multitud de fármacos anticancerosos, la mayor parte de los cuales actúan interfiriendo la síntesis o función del ADN, así como la división celular. Por tanto las células en división son más sensibles a la quimioterapia. La sensibilidad de ciertos tumores a la quimioterapia es tal que es posible la curación en un alto porcentaje: esto sucede en el cáncer uterino; las leucemias agudas (sobre todo en los niños); y otros tipos de cáncer. Es importante la instauración precoz del

---

<sup>65</sup> Dr. Juan Arrazola Elizondo/Cirugía Oncológica /Instituto Nacional del Cáncer. Universidad de los Andes. Santiago, Chile/Rev. Chilena de Cirugía. Vol. 59 - Nº 1, Febrero 2007; págs. 84-88/<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262007000100014>.

<sup>66</sup> Benjamín Bianchi Silva. Médico Oncólogo y Radioterapeuta. El papel de la Radioterapia en el Tratamiento del Cáncer. Instituto Nacional del Cáncer. Revista Argentina de Oncología. Setiembre del 2011.

tratamiento, la utilización de dosis óptimas del fármaco, la repetición de los ciclos con intervalos cortos si es posible, siempre que se permita la recuperación del paciente de los efectos tóxicos.<sup>67</sup>

#### **D. Terapia Hormonal:**

Muchos cánceres procedentes de tejidos que son sensibles a la acción hormonal, como la mama, la próstata, el endometrio y el tiroides, responden al tratamiento hormonal. Consiste en la administración de diferentes hormonas o antihormonas o en la anulación de la hormona estimulante correspondiente.<sup>68</sup>

#### **E. Terapia Molecular Dirigida (TMD):**

Las terapias moleculares dirigidas (TMD) en cáncer, o terapias blanco-moleculares, se refieren a drogas contra el cáncer que interactúan con blancos moleculares específicos situados funcionalmente en distintas vías intracelulares que conducen al crecimiento tumoral o progresión. La selección de los blancos adecuados debe estar basada en un detallado conocimiento de las alteraciones que conducen a la tumorigénesis y a la progresión tumoral. Las TMD contrastan con la estrategia tradicional de emplear terapias citotóxicas no específicas. La terapia blanco-molecular promete ser más selectiva, dañar menos a las células normales, reducir los efectos secundarios a la terapia y mejorar la calidad de vida.<sup>69</sup>

---

<sup>67</sup> Carlos Almonte Chávez y Henry Gómez Villanueva. / La Quimioterapia en el Tratamiento del Cáncer /Revista Peruana de Medicina Oncológica. [online]. 2013, vol.30, n.1, pp. 73-78. ISSN 1726-4634.

<sup>68</sup> Autor: Dr. Juan Arraztoa Cáceres /Cáncer: Diagnóstico y Tratamiento /Dos volúmenes. Santiago, Chile: Revista médica Chile v.126 n.7 Santiago jul. 1998/revista scielo.

<sup>69</sup> Dr. Víctor Manuel Valdespino Gómez y Víctor Edmundo Valdespino Castillo /Terapias Moleculares dirigidas en los pacientes con cáncer/Unidad Xochimilco, Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad de Medicina Genómica, Hospital General de México/Aceptado: 28 de septiembre de 2007.

### **2.2.11 Efectos secundarios de la quimioterapia y radioterapia**

#### **A. Diarreas y estreñimiento**

La quimioterapia afecta a las células que recubren el intestino, donde el funcionamiento del mismo se ve alterado, dando lugar a las diarreas. La radioterapia, produce necrosis de las células de las criptas que conlleva dilatación de éstas y atrofia de las vellosidades intestinales provocando diarrea, dolor abdominal tipo cólico y estreñimiento.

#### **B. Las náuseas y los vómitos:**

Son los efectos secundarios más frecuentes de la quimioterapia y la radioterapia, que suelen aparecer entre las seis y ocho horas tras la irradiación.

#### **C. Sequedad oral y mucositis:**

Las células de las mucosas se dividen de forma rápida, por lo que éstas son muy sensibles a los efectos de la quimioterapia, apareciendo la mucositis. La radioterapia, produce mucositis secundaria a la inflamación de la mucosa oral como consecuencia de la depleción del epitelio basal producida por la radiación.

#### **D. Alopecia:**

La caída del pelo o alopecia es producida por la quimioterapia. La radioterapia, produce alopecia por la afectación de las células del folículo piloso, al momento de la radiación.

#### **E. Cansancio y/o astenia:**

Este es el efecto secundario más frecuente de la quimioterapia y la radioterapia.

#### **F. Dermatitis aguda:**

La dermatitis aguda es el efecto más frecuente de la radioterapia externa, ya que las radiaciones siempre atraviesan la piel.

#### **G. Disfunción Hormonal e Impotencia Sexual:**

La irradiación de la región pélvica está relacionada con el daño sufrido por los nervios responsables de la erección en varones mientras que en las mujeres puede afectar la función del ovario, de forma transitoria, provocando menopausia precoz en el 60%.

#### **H. Alteración del Gusto:**

La quimioterapia suele producir daño directo de las papilas gustativas situadas en la lengua y el paladar, alterando el gusto.<sup>70</sup>

---

<sup>70</sup> J. M. Verdú Rotellar, M. Algara López, P. Foro Arnalot, M. Dominguez Tarragona. / Atención de los Efectos Secundarios de la Radioterapia y Quimioterapia \*Instituto de Oncología Radioterápica y Quimioterapia. IMAS y Universidad de Pompeu Fabra. Barcelona. /\*\*Instituto de Oncología Radioterápica. IMAS. Barcelona/MEDIFAM 2009; 12: 426-435.

### **CAPÍTULO III**

#### **HIPOTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES**

### 3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio descriptivo y observacional no requiere hipótesis.

### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLE	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Edad	Años	1. 18 a 19 años 2. 20 a 29 años 3. 30 a 39 años 4. 40 a 49 años 5. 50 a 59 años 6. 60 a mas	Nominal
Sexo	Caracteres sexuales externos	1. Masculino 2. Femenino	Nominal
Procedencia	Lugar de donde procede en el momento de la entrevista	1. Tacna 2. Moquegua 3. Cusco 4. Puno	Nominal
Año de diagnóstico	Año de diagnóstico de cáncer	Se registrará año exacto del diagnóstico, consignado en la Historia Clínica del paciente	Nominal
Diagnóstico principal	Diagnostico por Historia clínica	Se registrará el diagnóstico consignado en la Historia Clínica del paciente.	Nominal
Quimioterapia	Entrevista de asistencia	1. Si 2.No	Nominal
Nº de sesiones	Entrevista de asistencia	1. Ninguna/no se indicó 2. N° _____	Intervalo
Radioterapia	Entrevista de asistencia	1. Si 2.No	
Nº de sesiones	Entrevista de asistencia	1. Ninguna/no se indicó 2. N° _____	Nominal
Tuvo cirugía	Entrevista de asistencia	1. Si 2. No	Nominal
Numero de Cirugías relacionadas al cáncer		1. Ninguna/no se realizó 2. N° _____	Nominal
Año de la última Cirugía		Año exacto de cirugía realizada	Nominal



“CALIDAD DE VIDA Y EXPECTATIVAS SANITARIAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA  
EN EL AÑO 2014”

Calidad de Vida	Test de EORTC-QLQ-C30  Validado para las américas	1.DIMENSIONES FUNCIONALES: -Función Emocional -Función Cognitiva -Función Social -Función Física -Rol Funcional -Estado global de la salud 2.ESCALA DE SÍNTOMAS: -Fatiga -Dolor -Disnea -Insomnio -Pérdida de apetito -Constipación -Diarrea -Náuseas y Vómitos -Problemas Financieros	Nominal
Expectativas sanitarias	Entrevista a profundidad	1. Se detallará al menos 4 servicios adicionales planteados a elegir, que mejorarán el estado de salud actual del paciente.	Nominal

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

## 4.1 DISEÑO

Se realizó un estudio de tipo observacional, prospectivo, transversal y descriptivo ya que permitió detallar en forma sistemática y ordenada la calidad de vida y expectativas sanitarias de los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014.

Es un estudio **observacional** porque se registró las características de los pacientes oncológicos, para un análisis posterior.

Es un estudio **prospectivo** debido a que los datos necesarios para el estudio fueron recogidos a propósito de la investigación.

Es un estudio **transversal** porque todas las variables fueron medidas en una sola ocasión durante un periodo de tiempo definido.

Finalmente es un estudio y **descriptivo** debido a que el análisis estadístico fue univariado porque solo describe o estima parámetros en la población de estudio a partir de una muestra.

## 4.2 . ÁMBITO DE ESTUDIO

Se trabajó con el 100% de pacientes con diagnóstico de cáncer, que fueron atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna y que estén en fase de tratamiento al año 2014, independientemente del grado de clasificación patológica.

## 4.3 . POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población estuvo conformada por 150 pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014. Se trabajó con el 100% de la población. Se revisó las historias clínicas de cada paciente para obtener las direcciones y

los diagnósticos de cada uno de ellos. Luego se ubicó a cada paciente para la recolección de datos.

#### **4.3.1 Criterios de Inclusión**

- Pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el año 2014
- Pacientes con edad mayor a 18 años.
- Pacientes de ambos sexos.

#### **4.3.2 Criterios de Exclusión**

- Pacientes con tratamiento psiquiátrico concomitante (con cuadros descompensados).
- Paciente incapacitado de comunicarse verbalmente.
- Pacientes no encontrados en su domicilio al momento de la aplicación del cuestionario.
- Pacientes que se negaron a responder el cuestionario.
- Pacientes que cambiaron de domicilio.
- Pacientes Fallecidos.

#### **4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD DE VIDA EMPLEADOS EN PACIENTES CON CÁNCER: EORTC QLQ- C30 (VERSIÓN 3.0):** La Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), creada como una organización internacional sin fines de lucro, es un sistema integrado para la evaluación de la salud relacionado con la calidad de vida de los pacientes con cáncer. El cuestionario QLQ-C30, es el producto de más de una década de investigación tras su presentación en 1993, que ha sido utilizado en una amplia gama de patologías oncológicas en el campo clínico y de investigación. Los objetivos de la EORTC son llevar a cabo, el

desarrollo, la coordinación a fin de estimular la investigación del cáncer en grupos multidisciplinarios de oncólogos y científicos básicos.

La EORTC cuenta con el Grupo de Estudio de Calidad de Vida que fue creado en 1980 para aconsejar al Centro de Datos y a los diferentes Grupos Cooperativos en el diseño, implantación y análisis de los datos de Calidad de Vida en los estudios clínicos Fase III. Desde el principio ha contado con un amplio grupo de profesionales, incluyendo oncólogos médicos y radioterápicos, cirujanos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y expertos en metodología de la investigación en calidad de vida provenientes de Europa, Australia, Canadá y Estados Unidos.

La versión 3.0 del instrumento QLQ-C30, incluye 30 ítems que se reparten en 5 escalas funcionales (física, profesional, emocional, social y cognitiva), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas/vómitos), una escala global de salud/ calidad de vida, y un número de ítems individuales que evalúan síntomas adicionales (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea), donde tiene escalas de cuatro puntos para los primeros cinco ítems. Estos están codificados con las mismas categorías de respuesta de los ítems del 6 al 28, con las alternativas, "No" "Un poco", "bastante" y "muchísimo", según las respuestas del paciente al ítem, solo en los ítems 29 y 30 se evalúan con puntaje de 1 a 7 (1: pésima, 7: excelente). Para poder tener más en cuenta estas categorías, la pregunta 4 ha sido cambiada ahora como "¿Tiene que permanecer en una cama o una silla durante el día?". Ésta es la versión a usarse y que la OMS recomienda para incluso sociedades como la nuestra. Las puntuaciones obtenidas se estandarizan y se obtiene un score entre 0 y 100, que determina el nivel de impacto del cáncer en el paciente de cada una de las escalas. Las puntuaciones altas en las escalas funcionales y de salud global indican un mayor nivel de funcionamiento, reflejando una mejor calidad de vida, mientras que las puntuaciones altas, en la escala de síntomas indicarían presencia de sintomatología asociada al cáncer, reflejando mayor compromiso de la calidad de vida.

El tiempo medio necesario para completar el cuestionario fue de 12 minutos. Es un documento con Copyright que ha sido traducido y validado a 81 idiomas y es utilizado en más de 3.000 estudios a nivel mundial. Se considera uno de los mejores cuestionarios de valoración de calidad de vida en cáncer. Actualmente, la

versión 3.0 es la más reciente, la cual puede ser aplicada en cualquier tipo de cáncer, independientemente del estadio de la enfermedad. El cuestionario QLQ-C30 es una herramienta importante para valorar los aspectos generales de la calidad de vida, teniendo en cuenta que la calidad de vida, es un concepto multidimensional, siendo el paciente quien deba medirla.<sup>71</sup>

Tipo de instrumento	Nombre	Autor	Consistencia interna
Índices globales específicos	Índice de Karnofsky, The Karnofsky Performance Status (KPS)	Karnofsky y Burchenal (1949)	
	Zubrod Scale (Eastern Cooperative Oncology Group Performance Scale: ECOG)	Zubrod y cols. (1960)	
Índices particulares específicos (Escala de calidad de vida)	Quality of Life Index (QLI)	Spitzer y cols. (1981)	a = 0,77 - 0,88
	Rotterdam Symptom Check List (RSCL)	De Haes y Welvaart (1985)	a = 0,74 - 0,91
	Functional Assessment of Cancer Therapy Scale (FACT)	Cella y cols. (1989)	a = 0,92
	Cancer Rehabilitation Evaluation System Short Form (CARES-SF)	Schag, Ganz y Heinrich (1991)	a = 0,60 - 0,85
	Hospice Quality of Life Index (HQLI)	McMillan y Mahon (1994)	a = 0,82 - 0,88
	McGill Quality of Life Questionnaire (MQOL)	Cohen y cols. (1995)	a = 0,84 - 0,87
	Edmonton Functional Assessment Tool (EFAT)	Kaasa, Loomis y Gillis (1997)	a = 0,70
	Missoula-VITAS Quality of Life Index (MVQOLI)	Byock y Merriman (1998)	a = 0,77
	Quality of Life Questionnaire, Core 30: QLQ-C30	Fayers y cols. (2001)	a = 0,70 - 0,87

#### 4.5 PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.

La aplicación de la encuesta estuvo a cargo de seis encuestadoras dirigidas por un supervisor de campo con experiencia en acceso a visita domiciliaria. Se capacitó al personal encargado de la entrevista. El programa de capacitación contempló los siguientes aspectos:

- Se explicaron los objetivos del estudio de medición
- Se explicó las características del instrumento a utilizar
- Se asignó la muestra y organización de la recolección de información.

<sup>71</sup> Juan Ignacio Arraras Urdaniz, Elena Villafranca Iturre, Fernando Arias de la Vega, Miguel Ángel Domínguez Domínguez / Calidad de Vida según el Cuestionario EORTC QLQ-C30 (versión 3.0). Estudio de validación del Instrumento/ Departamento de Oncología Médica/ Hospital de Navarra Pamplona. España. Setiembre del 2008.

- Se realizó práctica de campo en Instituto Piloto.
- Se discutió los resultados de la práctica de campo.
- Se organizó la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Se entregó materiales y guía de la encuesta.

Cada paciente respondió el cuestionario asesorado por el auxiliar de investigación quien fue entrenado para éste propósito. La calificación de cada uno de los ítems se efectuó de acuerdo con los algoritmos para transformación propuestos por la organización propietaria del instrumento (Organización Europea para la investigación y tratamiento del Cáncer).

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos (encuesta) y elaborar una Matriz de datos digital, de donde se obtuvo las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboraron cuadros de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron en tablas tabulares utilizando el programa SPSS versión 21. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor  $p$  significativo menor a 0.005.

El Cuestionario de Calidad de Vida: QLQ-C30, elaborado por la organización Europea para la investigación y tratamiento del Cáncer (EORTC), consta de 30 preguntas, distribuidos en 3 escalas (escala global de salud y calidad de vida, escala funcional y escala de síntomas), su administración fue individual, la duración fue de aproximadamente 12 a 20 minutos, su corrección se realizó a través del análisis estadístico con T de student, media aritmética y desviación estándar, utilizando para su procesamiento algunas fórmulas planteadas por el mismo instrumento:

Para todas las escalas del puntaje total, la media es el elemento de los componentes:

$$RawScore = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Para las escalas funcionales:

$$Score = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right\} \times 100$$

Para la escala de síntomas y el componente calidad de vida global:

$$Score = \left\{ (RS - 1) / range \right\} \times 100$$

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona fue obligada a participar en la investigación
- Todos los datos fueron recolectados para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificó los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado (a) se le explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.



## **CAPITULO V**

### **RESULTADOS**

**TABLA N° 01**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DEL SEXO SEGÚN GRUPO ETARIO Y  
PROCEDENCIA EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO  
ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL  
AÑO 2014**

Grupo Etario y Procedencia		Sexo					
		Femenino		Masculino		Total	
		n	%	N	%	n	%
Edad	30 a39 años	6	6,5%	0	0,0%	6	4,0%
	40 a 49 años	25	26,9%	6	10,5%	31	20,7%
	50 a 59 años	29	31,2%	16	28,1%	45	30,0%
	60 a 69 años	23	24,7%	20	35,1%	43	28,7%
	70 a mas	10	10,8%	15	26,3%	25	16,7%
	<b>Total</b>	93	100,0%	57	100,0%	150	100,0%
Procedencia	Tacna	85	91,4%	53	93,0%	138	92,0%
	Cusco	3	3,2%	0	0,0%	3	2,0%
	Puno	2	2,2%	4	7,0%	6	4,0%
	Moquegua	3	3,2%	0	0,0%	3	2,0%
	<b>Total</b>	93	100,0%	57	100,0%	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada para recolección de datos

La tabla N° 01, nos muestra que en la población estudiada (n: 150), 93 son mujeres y 57 son varones.

Con respecto al grupo etario, del total de las mujeres la mayoría (31,2%) corresponden a edades entre 50 a 59 años y solo el 6.5% tienen edad entre 30 a 39 años, mientras que los varones en su mayoría (35,1%) corresponden a edades entre 60 a 69 años de edad y solo el 10.5% tienen edad entre 40 a 49 años.

En cuanto a la procedencia, el 91.4% de las mujeres proceden de Tacna, el 3.2% de Cusco, el 3.2% de Moquegua y el 2.2% de Puno; referente a los varones, el 92% procede de Tacna, el 4% de Puno, el 2% de Moquegua y el 2% de Cusco.

**TABLA N° 02**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL TIPO DE CÁNCER EN LOS  
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

		n	%
<b>Diagnóstico Principal</b>	<b>Cáncer de Mama</b>	36	24,0%
	<b>Cáncer de Cuello Uterino</b>	26	17,3%
	<b>Cáncer de Estómago</b>	22	14,7%
	<b>Cáncer de Próstata</b>	24	16,0%
	<b>Cáncer de Pulmón</b>	14	9,3%
	<b>Cáncer de Colon</b>	13	8,7%
	<b>Cáncer de Tiroides</b>	5	3,3%
	<b>Cáncer de Hígado</b>	5	3,3%
	<b>Cáncer Óseo</b>	1	,7%
	<b>Cáncer a la Piel</b>	1	,7%
	<b>Cáncer de Páncreas</b>	1	,7%
	<b>Cáncer a la sangre (Leucemia)</b>	2	1,3%
	<b>Total</b>	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada e Historia clínica para recolección de datos

En la tabla N° 02, nos muestra que del total de pacientes estudiados, el 24% tienen cáncer de mama, el 17.3% tiene cáncer de cuello uterino, el 16% tienen cáncer de próstata, el 14.7% tienen cáncer de estómago, el 9.3% tienen cáncer de pulmón, el 8,7% tienen cáncer de colon, el 3.3% tienen cáncer de hígado, el 3.3% tiene cáncer de tiroides, el 1.3 % tienen cáncer de sangre (leucemia) y el 0.7% tienen cáncer óseo, 0.7% tienen cáncer de piel y 0.7% cáncer de páncreas.

**TABLA N° 03**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TRATAMIENTO CON  
QUIMIOTERAPIA Y NÚMERO DE SESIONES EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE TACNA EN EL AÑO 2014**

		n	%
<b>Quimioterapia</b>	<b>Sí</b>	75	50,0%
	<b>No</b>	75	50,0%
	<b>Total</b>	150	100,0%
<b>N° de Sesiones de Quimioterapia</b>	<b>0</b>	75	50,0%
	<b>1</b>	17	11,3%
	<b>2</b>	14	9,3%
	<b>3</b>	13	8,7%
	<b>4</b>	14	9,3%
	<b>5</b>	8	5,3%
	<b>6</b>	4	2,7%
	<b>7</b>	2	1,3%
	<b>8</b>	3	2,0%
	<b>Total</b>	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada para recolección de datos

En la tabla N° 03, nos muestra que del total de pacientes con cáncer, el 50% recibió quimioterapia y el 50% restante no recibió quimioterapia.

Con respecto al número de sesiones de quimioterapia, el 50% no recibió ninguna sesión, el 11.3% recibió una sesión, el 9.3% recibió dos sesiones, el 9.3% recibió 4 sesiones, el 8.7% recibió tres sesiones, el 5.3% recibió 5 sesiones, el 2.7% recibió 6 sesiones, el 2% recibió 8 sesiones y el 1,3% recibió 7 sesiones.

**TABLA N° 04**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TRATAMIENTO CON  
RADIOTERAPIA Y NÚMERO DE SESIONES EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

		n	%
<b>Radioterapia</b>	<b>Sí</b>	55	36,7%
	<b>No</b>	95	63,3%
	<b>Total</b>	150	100,0%
<b>N° de Sesiones de Radioterapia</b>	<b>0</b>	95	63,3%
	<b>1</b>	14	9,3%
	<b>2</b>	14	9,3%
	<b>3</b>	9	6,0%
	<b>4</b>	8	5,3%
	<b>5</b>	5	3,3%
	<b>6</b>	4	2,7%
	<b>8</b>	1	,7%
	<b>Total</b>	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada para recolección de datos

En la tabla N° 04, nos muestra que del total de pacientes con cáncer, el 63.3% no recibió radioterapia, mientras que el 36.7 % sí recibió radioterapia.

Con respecto al número de sesiones de radioterapia, el 63.3% no recibió ninguna sesión, el 9.3% recibió una sesión, el 9.3% recibió 2 sesiones, el 6% recibió tres sesiones, el 5.3% recibió 4 sesiones, un 3.3% recibió 5 sesiones, el 2.7% recibió 6 sesiones y un 0,7% recibió 8 sesiones.

**TABLA N° 05**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO  
Y NÚMERO DE CIRUGIAS REALIZADAS DEBIDO AL PROBLEMA DE  
SALUD ONCOLÓGICO EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE  
CÁNCER ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPOLITO UNANUE DE TACNA  
EN EL AÑO 2014**

		n	%
¿Tuvo cirugía debido a su problema de salud oncológico?	No	72	48,0%
	Sí	78	52,0%
	Total	150	100,0%
N° de Cirugías Realizadas	0	72	48,0%
	1	62	41,3%
	2	14	9,3%
	3	2	1,3%
	Total	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada para recolección de datos

En la tabla N° 05 nos muestra que del total de pacientes con cáncer, el 52% sí tuvo cirugía debido a su problema oncológico, mientras que el 48% no tuvo cirugía.

Con respecto al número de cirugías realizadas debido al problema de salud oncológico, el 48% no tuvo cirugías, el 41.3% tuvo una cirugía, el 9.3% tuvo dos cirugías y el 1.3% tuvo 3 cirugías.

**TABLA N° 06**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA SEGÚN EL NÚMERO DE  
TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA EN EL AÑO 2014**

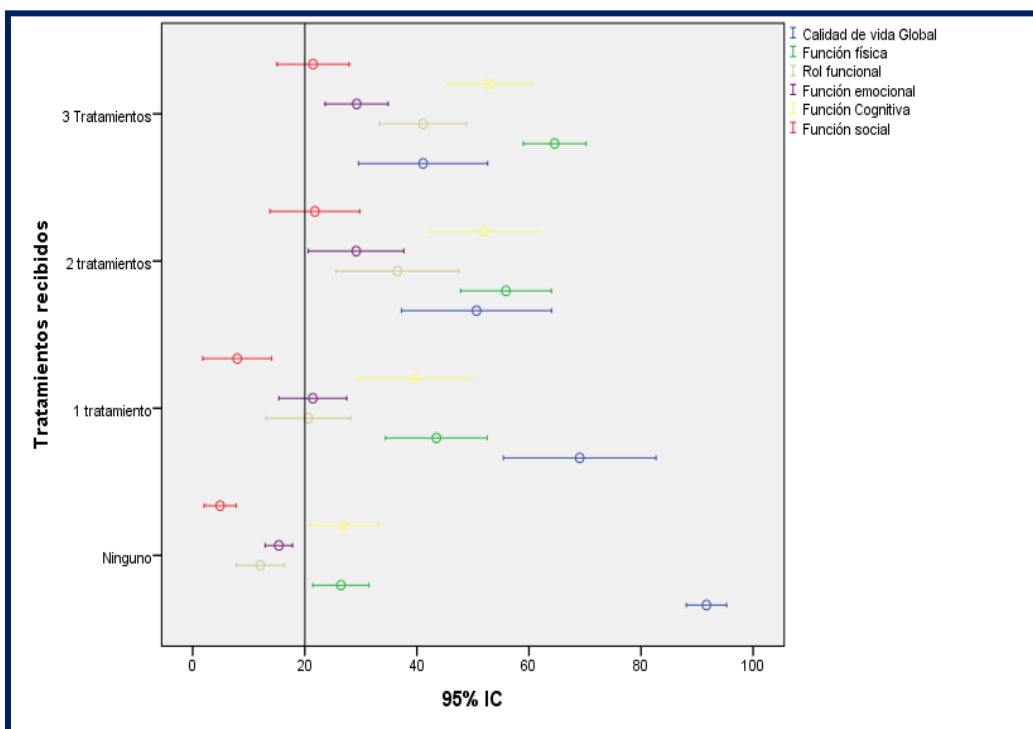
		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tratamientos Recibidos</b>	<b>Ninguno</b>	58	38,7%
	<b>1 Tratamiento</b>	21	14,0%
	<b>2 Tratamientos</b>	26	17,3%
	<b>3 Tratamientos</b>	45	30,0%
	<b>Total</b>	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada para recolección de datos

La tabla N° 06, nos muestra que del total de tratamientos de los pacientes con cáncer, el 38.7% no recibió ningún tratamiento, el 30% recibió tres tratamientos, el 17.3% recibió dos tratamientos y el 14% recibió solo un tratamiento.

**GRÁFICO N° 01**

**ANÁLISIS DE TENDENCIA DEL NÚMERO DE TRATAMIENTOS RECIBIDOS EN RELACION A LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO ONCOLOGICO**



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el gráfico N° 03 se puede apreciar que los pacientes con diagnóstico oncológico que no recibieron ningún tipo de tratamiento las dimensiones más afectadas fueron, la función social, seguido del rol funcional y función emocional.

En los pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron un tipo de tratamiento las dimensiones más afectadas fueron, la función social, seguido del rol funcional y función emocional.

En los pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron dos tipos de tratamiento las dimensiones más afectadas fueron, la función social, seguid de la función emocional y el rol funcional.

En los pacientes con diagnóstico oncológico que recibieron tres tipos de tratamiento las dimensiones más afectadas fueron, la función social, seguid de la función emocional y la calidad de vida global.

Es así que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer independientemente del tipo de tratamiento que recibieron la función social fue la más afectada.



**TABLA N° 07**

**PROMEDIO DE DIMENSIONES QUE INFLUYEN EN LA CALIDAD DE VIDA  
SEGÚN EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN LOS PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

<b>Dimensiones</b>	<b>Media</b>	<b>Desviación Típica</b>
<b>Calidad de vida Global</b>	66,22	25,23
<b>Función Física</b>	45,38	25,19
<b>Rol Funcional</b>	26,22	25,05
<b>Función Emocional</b>	22,78	16,66
<b>Función Cognitiva</b>	40,89	26,52
<b>Función Social</b>	13,22	18,35

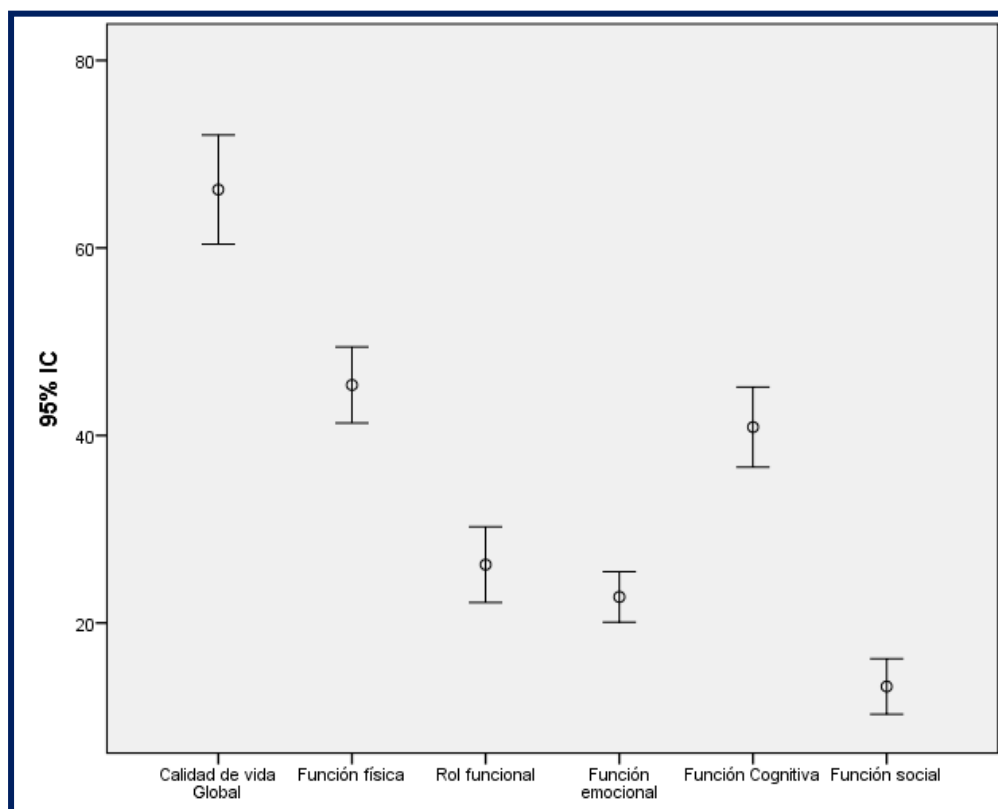
Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla N° 07, encontramos que la dimensión menos comprometida en estos pacientes es la calidad de vida global con una media de 66.22, seguida de la función física con una media de 45.38, mientras que la dimensión más afectada fue la función social con una media de 13.22, seguida de la función emocional con una media de 22.78.

Es así que la función social y emocional, son las dimensiones que más comprometen la calidad de vida de los pacientes con cáncer, mientras que la calidad de vida global es la dimensión menos comprometida.

## GRÁFICO N° 02

### ANÁLISIS DE TENDENCIA DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el gráfico N °01 podemos observar que según el análisis de tendencia las dimensiones más afectadas en el paciente oncológico, son la función social, seguido de la función emocional y el rol funcional.

Las dimensiones menos afectadas en el paciente oncológico, es la dimensión calidad de vida global, que se puede confirmar con el 95% del intervalo de confianza.

**TABLA N° 08**

**PROMEDIO DE SÍNTOMAS Y FACTORES ECONÓMICOS QUE MÁS AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

Síntomas y Factor Económico	Media	Desviación típica
Fatiga	34,67	24,79
Náuseas y Vómitos	77,56	20,62
Dolor	48,22	31,44
Disnea	41,33	27,49
Insomnio	33,33	28,90
Pérdida de apetito	33,33	25,03
Constipación	69,78	27,40
Diarrea	87,11	19,99
Problemas Financieros	4,89	11,83

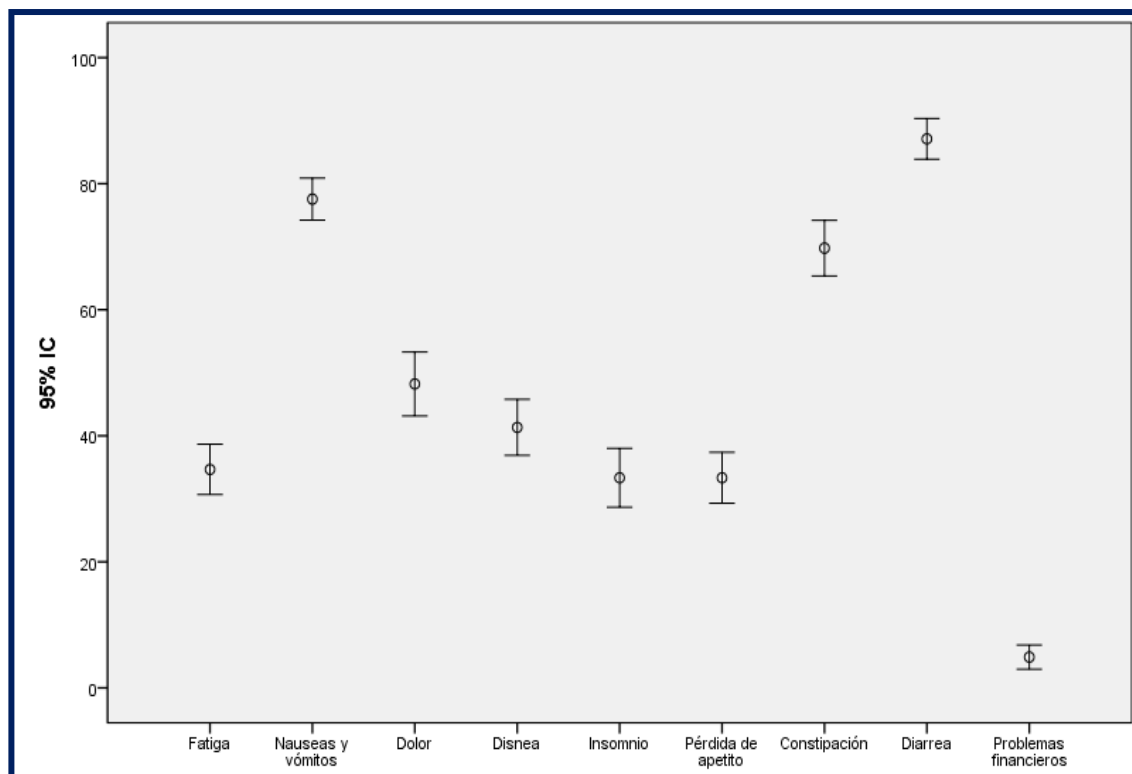
Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla N° 08, nos muestra que la diarrea es el síntoma que más afecta la calidad de vida de los pacientes con cáncer con una media de 87.11, náuseas y vómitos con una media de 77.56, constipación con una media de 69.78, dolor con una media de 48.22, disnea con una media de 41.33, fatiga con una media de 34.67, mientras los síntoma que menos afecta la calidad de vida de estos pacientes son el insomnio, con una media de 33.33 y la pérdida de apetito con una media de 33.33.

Con respecto a la sección problemas financieros, se observa que la media es la más baja con un valor de 4.89.

### GRÁFICO N° 03

#### ANÁLISIS DE TENDENCIA DE LOS SÍNTOMAS QUE MÁS AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014



Fuente: Instrumento de recolección de datos

En el gráfico N°02, podemos observar que según el análisis de tendencia, los síntomas que con mayor frecuencia afectan la calidad de vida del paciente oncológico son la diarrea, náuseas y vómitos y la constipación, mientras que los síntomas que afectan menos la calidad de vida del paciente oncológico son la pérdida de apetito, seguido del insomnio y por último la fatiga, que se puede confirmar con el 95% del intervalo de confianza.

Se evidencia que los problemas financieros relacionados al tratamiento de la enfermedad, es uno de los factores que con menor frecuencia afecta la calidad de vida del paciente oncológico, probablemente porque éstos pacientes no cuentan con recursos económicos que le permitan solventar los tratamientos que requiere la enfermedad, es por ello que no se afecta su economía.

**TABLA N° 09**

**PROMEDIO Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LAS DIMENSIONES DE LA  
CALIDAD DE VIDA EN RELACION AL SEXO SEGÚN EL CUESTIONARIO  
QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS  
EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

Sexo		Calidad de Vida Global	Función Física	Rol Funcional	Función Emocional	Función Cognitiva	Función Social
Femenino	Media	58,4229	50,6093	31,0036	23,7455	43,3692	15,4122
	Desv. típ.	39,97460	26,37955	27,86607	17,97182	25,78944	19,38620
Masculino	Media	78,9474	36,8421	18,4211	21,1988	36,8421	9,6491
	Desv. típ.	23,68073	20,62920	17,16060	14,26699	27,41090	16,04414
Total	Media	66,2222	45,3778	26,2222	22,7778	40,8889	13,2222
	Desv. típ.	36,01861	25,19066	25,05376	16,65734	26,51710	18,34875

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla N° 09, con respecto al sexo en los pacientes con diagnóstico de cáncer, la calidad de vida global fue más afectada en el sexo femenino con una media de 58,42 que en el sexo masculino con una media de 78.94.

La función física estuvo más afectada en el sexo masculino con una media de 36.84 que en el sexo femenino con una media de 50.60.

El rol funcional estuvo más afectado en el sexo masculino con una media de 18.42 que en el sexo femenino con una media de 31,0036.

La función emocional estuvo más afectada en el sexo masculino con una media de 21.19 que en el sexo femenino con una media de 23.74.

La función cognitiva estuvo más afectada en el sexo masculino con una media de 36.84 que en el sexo femenino con una media de 43.36.

La función social estuvo más afectada en el sexo masculino con una media de 9.64 que en el sexo femenino con una media de 15.41; siendo además ésta la dimensión más comprometida en ambos sexos.

**TABLA N° 10**

**PROMEDIO DE LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL SEXO SEGÚN EL  
CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA EN EL AÑO 2014**

**Tabla de ANOVA**

			Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Calidad de vida Global * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	14887,053	1	14887,053	12,349	,001
	Intra-grupos		178416,651	148	1205,518		
	Total		193303,704	149			
Función Física * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	6698,208	1	6698,208	11,284	,001
	Intra-grupos		87852,606	148	593,599		
	Total		94550,815	149			
Rol Funcional * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	5595,032	1	5595,032	9,417	,003
	Intra-grupos		87930,894	148	594,128		
	Total		93525,926	149			
Función Emocional * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	229,202	1	229,202	,825	,365
	Intra-grupos		41113,391	148	277,793		
	Total		41342,593	149			
Función Cognitiva * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	1505,578	1	1505,578	2,158	,144
	Intra-grupos		103264,793	148	697,735		
	Total		104770,370	149			
Función Social * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	1173,744	1	1173,744	3,546	,062
	Intra-grupos		48991,071	148	331,021		
	Total		50164,815	149			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 10, se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto al compromiso de su calidad de vida global ( $p=0.001$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto al compromiso de la función física ( $p=0.001$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto al compromiso del rol funcional ( $p=0.003$ ).

**TABLA N° 11**

**PROMEDIO DE LOS SÍNTOMAS QUE MÁS AFECTAN LA CALIDAD DE VIDA EN RELACION AL SEXO SEGÚN EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

Sexo		Fatiga	Náuseas y Vómitos	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Problemas Financieros
Femenino	Media	39,3070	80,8244	54,6595	46,2366	34,7670	36,9176	74,1935	88,8889	5,0179
	Desv. típ.	26,89711	18,70607	32,91087	29,08934	30,26213	25,28216	26,97692	17,25997	11,98453
Masculino	Media	27,0955	72,2222	37,7193	33,3333	30,9942	27,4854	62,5731	84,2105	4,6784
	Desv. típ.	18,78326	22,56677	25,88250	22,71284	26,62172	23,67338	26,77817	23,65867	11,68128
Total	Media	34,6667	77,5556	48,2222	41,3333	33,3333	33,3333	69,7778	87,1111	4,8889
	Desv. típ.	24,79245	20,61568	31,44226	27,49280	28,89979	25,02795	27,40223	19,98757	11,83195

Fuente: Instrumento de recolección de datos

La tabla N° 11, nos muestra que con respecto al sexo, la fatiga afecta más al sexo femenino con una media de 39.30 que al sexo masculino con una media de 27.09.

Las náuseas y vómitos afectan más al sexo femenino con una media de 80.82 que al sexo masculino con una media de 72.22.

El dolor afecta más al sexo femenino con una media de 54.65 que al sexo masculino, con una media de 37.71.

La disnea afecta más al sexo femenino con una media de 46.23 que al sexo masculino, con una media de 33.33.

El insomnio afecta más al sexo femenino con una media de 34.76 que al sexo masculino, con una media de 30.99.

La pérdida de apetito afecta más al sexo femenino con una media de 36.91 que al sexo masculino con una media de 27.48.

La constipación afecta más al sexo femenino con una media de 74.19 que al sexo masculino con una media de 62.57.

La diarrea afecta más al sexo femenino con una media de 88.88 que al sexo masculino, con una media de 84.21; siendo además éste el síntoma que afecta más la calidad de vida en ambos sexos.

Los problemas financieros afectan más al sexo femenino con una media de 5.01 que al sexo masculino con una media de 4.67.



**TABLA N° 12**

**PROMEDIO DE LOS SÍNTOMAS EN LA CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN  
AL SEXO SEGÚN EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON  
DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO  
UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

**Tabla de ANOVA**

			Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
Fatiga * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	5269,955	1	5269,955	9,036	,003
	Intra-grupos		86315,231	148	583,211		
	Total		91585,185	149			
Náuseas y Vómitos * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	2615,054	1	2615,054	6,375	,013
	Intra-grupos		60710,872	148	410,209		
	Total		63325,926	149			
Dolor * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	10141,533	1	10141,533	10,943	,001
	Intra-grupos		137162,171	148	926,771		
	Total		147303,704	149			
Disnea * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	5883,871	1	5883,871	8,158	,005
	Intra-grupos		106738,351	148	721,205		
	Total		112622,222	149			
Insomnio * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	503,050	1	503,050	,601	,440
	Intra-grupos		123941,395	148	837,442		
	Total		124444,444	149			
Pérdida de apetito * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	3144,061	1	3144,061	5,159	,025
	Intra-grupos		90189,272	148	609,387		
	Total		93333,333	149			
Constipación * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	4772,131	1	4772,131	6,594	,011
	Intra-grupos		107109,350	148	723,712		
	Total		111881,481	149			
Diarrea * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	773,489	1	773,489	1,948	,165
	Intra-grupos		58752,437	148	396,976		
	Total		59525,926	149			
Problemas Financieros * Sexo	Inter-grupos	(Combinadas)	4,075	1	4,075	,029	,865
	Intra-grupos		20855,185	148	140,913		
	Total		20859,259	149			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 12 se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto a la presencia de fatiga como síntoma principal ( $p=0.003$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto a la presencia de dolor como síntoma principal ( $p=0.001$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto a la presencia de disnea, como síntoma principal ( $p=0.005$ ).

**TABLA N° 13**

**PROMEDIO Y DESVIACIÓN TÍPICA DEL TIPO DE CÁNCER QUE TUVO LA CALIDAD DE VIDAS MÁS AFECTADA SEGÚN EL CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

Diagnóstico Principal	Media	N	Desv. típ.
Cáncer de Mama	44,9074	36	36,03778
Cáncer de Cuello Uterino	65,3846	26	41,34491
Cáncer de Estómago	92,4242	22	14,29773
Cáncer de Próstata	79,1667	24	25,18051
Cáncer de Pulmón	73,8095	14	26,72612
Cáncer de Colon	80,7692	13	19,05906
Cáncer de Tiroides	,0000	5	35,35534
Cáncer de hígado	60,0000	5	14,90712
Cáncer Óseo	83,3333	1	
Cáncer a la Piel	83,3333	1	
Cáncer de Páncreas	50,0000	1	
Cáncer a la Sangre (Leucemia)	41,6667	2	58,92557
<b>Total</b>	<b>66,2222</b>	<b>150</b>	<b>36,01861</b>

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 13, se puede evidenciar, que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer, la media más baja corresponde a los pacientes con diagnóstico principal de cáncer a la sangre (leucemia), con una media de 41.66, seguido del cáncer de mama con una media de 44.90 y cáncer de páncreas con una media de 50, mientras que la media más alta corresponden los pacientes con cáncer de estómago con una media de 92.42, seguido del cáncer óseo y cáncer de piel con una media de 83.33 respectivamente.

Los pacientes que tienen la calidad de vida más afectada son los pacientes con cáncer a la sangre (leucemia) mientras que los pacientes con diagnóstico de cáncer de estómago, tienen mejor calidad de vida.

**TABLA N° 14**

**PROMEDIO EN RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE CÁNCER  
QUE INFLUYE CALIDAD DE VIDA SEGÚN EL CUESTIONARIO QLQ-C30  
EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL  
HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

**Tabla de ANOVA**

		Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
<b>Calidad de Vida Global * Diagnóstico Principal</b>	Inter-grupos (Combinadas)	63231,352	11	5748,305	6,099	,000
	Intra-grupos	130072,352	138	942,553		
	Total	193303,704	149			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N°14 se puede evidenciar una relación estadística significativa entre la calidad de vida global del paciente y el diagnóstico principal de cáncer ( $p=0.000$ ).

**TABLA N° 15**

**PROMEDIO Y DESVIACIÓN TÍPICA DE LAS DIMENSIONES DE LA  
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL TIPO DE CÁNCER SEGÚN EL  
CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA EN EL AÑO 2014**

Diagnóstico Principal		Función Física	Rol Funcional	Función Emocional	Función Cognitiva	Función Social
Cáncer de Mama	Media	62,2222	40,7407	26,8519	49,5370	21,2963
	N	36	36	36	36	36
	Desv. típ.	24,73992	28,85224	19,42743	27,16385	20,93494
Cáncer de Cuello Uterino	Media	46,4103	24,3590	22,1154	39,1026	14,7436
	N	26	26	26	26	26
	Desv. típ.	18,03510	23,67876	15,97608	24,46871	19,62251
Cáncer de Estómago	Media	26,9697	10,6061	15,5303	26,5152	6,0606
	N	22	22	22	22	22
	Desv. típ.	23,68017	15,89104	10,69523	23,93725	12,11219
Cáncer de Próstata	Media	36,6667	15,9722	22,2222	31,2500	8,3333
	N	24	24	24	24	24
	Desv. típ.	21,08185	17,36171	12,92553	21,59828	13,00316
Cáncer de Pulmón	Media	28,5714	17,8571	12,5000	32,1429	0,0000
	N	14	14	14	14	14
	Desv. típ.	17,42943	16,62082	7,83783	22,13429	0,00000
Cáncer de Colon	Media	43,0769	19,2308	27,5641	42,3077	11,5385
	N	13	13	13	13	13
	Desv. típ.	21,01417	13,34401	14,97862	24,16704	15,78885
Cáncer de Tiroides	Media	81,3333	63,3333	36,6667	60,0000	33,3333
	N	5	5	5	5	5
	Desv. típ.	15,20234	32,05897	26,74468	34,56074	20,41241
Cáncer de Hígado	Media	50,6667	36,6667	25,0000	76,6667	16,6667
	N	5	5	5	5	5
	Desv. típ.	8,94427	7,45356	24,29563	9,12871	28,86751
Cáncer Óseo	Media	20,0000	33,3333	16,6667	66,6667	33,3333
	N	1	1	1	1	1
	Desv. típ.					
Cáncer a la Piel	Media	53,3333	16,6667	8,3333	33,3333	0,0000
	N	1	1	1	1	1
	Desv. típ.					
Cáncer de Páncreas	Media	66,6667	66,6667	58,3333	66,6667	33,3333
	N	1	1	1	1	1
	Desv. típ.					
Cáncer a la Sangre (Leucemia)	Media	63,3333	50,0000	37,5000	75,0000	16,6667
	N	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	23,57023	23,57023	17,67767	11,78511	23,57023
Total	Media	45,3778	26,2222	22,7778	40,8889	13,2222
	N	150	150	150	150	150
	Desv. típ.	25,19066	25,05376	16,65734	26,51710	18,34875

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 15, se puede apreciar que con respecto al tipo de cáncer, la función física se ve más afectada en los pacientes con cáncer óseo, con una media de 20, seguido por el cáncer de estómago con una media de 26.96 y cáncer de pulmón con una media de 28.57.

El rol funcional se ve más afectado en los pacientes con cáncer de estómago, con una media de 10.60, seguido por el cáncer de próstata con una media de 15.97 y cáncer de piel con una media de 16.66.

La función emocional se ve más afectada en los pacientes con cáncer de piel, con una media de 8.33, seguido por cáncer de pulmón con una media de 12.50 y cáncer de estómago con una media de 15.53.

La función cognitiva se ve más afectada en los pacientes con cáncer de estómago, con una media de 26.51, seguido por el cáncer de próstata con una media de 31.25 y cáncer de pulmón con una media de 32.14.

La función social se ve más comprometida en los pacientes con cáncer de estómago, con una media de 6.06, seguido por el cáncer de próstata con una media de 8.33 y cáncer de colon con una media de 11,53; siendo además está la dimensión más afectada en casi todos los tipos de cáncer, a excepción del cáncer óseo, en donde la dimensión más comprometida fue la emocional.

Del total de pacientes con diagnóstico principal de cáncer, la dimensión más afectada es la función social una media de 13.22, seguido de la función emocional con una media de 22,77.

**TABLA N° 16**

**PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA EN  
RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE CÁNCER SEGÚN EL  
CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA EN EL AÑO 2014**

**Tabla de ANOVA**

			Suma de Cuadrados	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
<b>Función Física * Diagnóstico Principal</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>(Combinadas)</b>	31950,637	11	2904,603	6,403	,000
	<b>Intra-grupos</b>		62600,178	138	453,624		
	<b>Total</b>		94550,815	149			
<b>Rol Funcional * Diagnóstico Principal</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>(Combinadas)</b>	27520,218	11	2501,838	5,231	,000
	<b>Intra-grupos</b>		66005,708	138	478,302		
	<b>Total</b>		93525,926	149			
<b>Función Emocional * Diagnóstico Principal</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>(Combinadas)</b>	6481,460	11	589,224	2,332	,012
	<b>Intra-grupos</b>		34861,133	138	252,617		
	<b>Total</b>		41342,593	149			
<b>Función Cognitiva * Diagnóstico Principal</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>(Combinadas)</b>	22587,215	11	2053,383	3,448	,000
	<b>Intra-grupos</b>		82183,156	138	595,530		
	<b>Total</b>		104770,370	149			
<b>Función Social * Diagnóstico Principal</b>	<b>Inter-grupos</b>	<b>(Combinadas)</b>	9682,535	11	880,230	3,001	,001
	<b>Intra-grupos</b>		40482,280	138	293,350		
	<b>Total</b>		50164,815	149			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 16 se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto al compromiso de la función física del paciente ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto al compromiso del rol funcional del paciente ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto al compromiso de la función cognitiva del paciente ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto al compromiso de la función social del paciente ( $p=0.001$ ).

**TABLA N° 17**

**PROMEDIO Y RELACIÓN TÍPICA DE LOS SÍNTOMAS QUE MÁS AFECTAN  
CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN AL TIPO DE CÁNCER SEGÚN EL  
CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Diagnóstico principal		Fatiga	Náuseas y Vómitos	Dolor	Disnea	Insomnio	Pérdida de apetito	Constipación	Diarrea	Problemas financieros
Cáncer de Mama	Media	53,3951	87,9630	70,3704	60,1852	39,8148	47,2222	87,0370	90,7407	2,7778
	N	36	36	36	36	36	36	36	36	36
	Desv. típ.	25,31208	12,97807	29,03504	28,52951	33,63619	21,63918	18,30565	15,14189	9,34353
Cáncer de Cuello Uterino	Media	35,4701	80,1282	52,5641	44,8718	32,0513	34,6154	79,4872	89,7436	10,2564
	N	26	26	26	26	26	26	26	26	26
	Desv. típ.	21,77760	18,26912	26,95358	24,84138	24,00142	19,95722	23,24158	15,68929	15,68929
Cáncer de Estómago	Media	18,6869	68,1818	26,5152	25,7576	25,7576	16,6667	45,4545	92,4242	0,0000
	N	22	22	22	22	22	22	22	22	22
	Desv. típ.	20,39768	22,36606	28,94032	17,61378	25,05405	22,41976	26,31807	14,29773	0,00000
Cáncer de Próstata	Media	31,0185	79,8611	40,2778	34,7222	36,1111	29,1667	63,8889	86,1111	2,7778
	N	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	Desv. típ.	23,62236	19,02145	27,32726	26,88168	27,65674	24,69622	23,90938	16,78701	9,41100
Cáncer de Pulmón	Media	24,6032	72,6190	32,1429	21,4286	26,1905	26,1905	73,8095	83,3333	2,3810
	N	14	14	14	14	14	14	14	14	14
	Desv. típ.	14,57115	18,03030	13,81237	16,57484	14,19384	19,29781	19,29781	17,29582	8,90871
Cáncer de Colon	Media	25,6410	71,7949	56,4103	38,4615	17,9487	30,7692	53,8462	79,4872	7,6923
	N	13	13	13	13	13	13	13	13	13
	Desv. típ.	15,96332	24,89293	34,38512	26,68803	25,87500	21,35042	28,99062	32,02563	14,61763
Cáncer de Tiroides	Media	60,0000	70,0000	66,6667	66,6667	66,6667	66,6667	86,6667	86,6667	13,3333
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desv. típ.	26,75910	39,79112	35,35534	23,57023	23,57023	40,82483	18,25742	18,25742	18,25742
Cáncer de Hígado	Media	24,4444	70,0000	26,6667	33,3333	13,3333	20,0000	53,3333	80,0000	13,3333
	N	5	5	5	5	5	5	5	5	5
	Desv. típ.	12,17161	7,45356	14,90712	0,00000	29,81424	29,81424	29,81424	44,72136	18,25742
Cáncer Óseo	Media	11,1111	33,3333	0,0000	33,3333	0,0000	33,3333	0,0000	100,0000	0,0000
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.									
Cáncer a la Piel	Media	33,3333	83,3333	16,6667	66,6667	66,6667	33,3333	100,0000	33,3333	0,0000
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.									
Cáncer de Páncreas	Media	33,3333	33,3333	33,3333	33,3333	66,6667	33,3333	66,6667	100,0000	33,3333
	N	1	1	1	1	1	1	1	1	1
	Desv. típ.									
Cáncer a la Sangre (Leucemia)	Media	11,1111	83,3333	41,6667	16,6667	83,3333	16,6667	66,6667	50,0000	0,0000
	N	2	2	2	2	2	2	2	2	2
	Desv. típ.	0,00000	23,57023	11,78511	23,57023	23,57023	23,57023	0,00000	23,57023	0,00000
Total	Media	34,6667	77,5556	48,2222	41,3333	33,3333	33,3333	69,7778	87,1111	4,8889
	N	150	150	150	150	150	150	150	150	150
	Desv. típ.	24,79245	20,61568	31,44226	27,49280	28,89979	25,02795	27,40223	19,98757	11,83195

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 17 se puede apreciar que con respecto al tipo de cáncer, la fatiga fue el síntoma que más afecta la calidad de vida de los pacientes con cáncer de tiroides con una media de 60, seguido de las pacientes con cáncer de mama con una media de 53.39, mientras que los pacientes que tienen cáncer de sangre (leucemia) y cáncer óseo fueron los que tienen la media más baja con un valor de 11.11, siendo los menos afectados por éste síntoma.

Las náuseas y vómitos fueron los síntomas que más afectan a los pacientes con cáncer de mama con una media de 87.96, seguido de los pacientes con cáncer de piel y leucemia con una media de 83.33, mientras que los pacientes con cáncer de páncreas y cáncer óseo, tienen una media de 33.33 siendo los menos afectados por éstos síntomas.

El dolor fue el síntoma que más afecta a los pacientes con cáncer de mama, con una media de 70.37, seguido de los pacientes con cáncer de tiroides, con una media de 66.66, mientras que los pacientes con cáncer de piel tiene una media más de 16.66, siendo el menos afectado por éste síntoma.

La disnea fue el síntoma que más afecta a los pacientes con cáncer de tiroides y cáncer de piel, con medias de 66.66, seguido de los pacientes con cáncer de mama con una media de 60.18, comparados con los pacientes con leucemia con la media más baja de 16.66 siendo éste el síntoma que menos afecta la calidad de vida de estos pacientes.

El insomnio fue el síntoma que más afecta a los pacientes con leucemia con una media de 83.33, seguido de los pacientes con cáncer de piel, tiroides y cáncer de páncreas con medias de 66.66, en contraste con los pacientes con cáncer de hígado, quienes presentan la media más baja con un valor de 13.33, siendo éste el síntoma que menos afecta la calidad de vida de estos pacientes.

La pérdida de apetito fue el síntoma que más afecta a los pacientes con cáncer de tiroides con una media de 66.66, seguido de los pacientes con cáncer de mama con una media de 47.22, mientras que los pacientes con leucemia presentan la media más baja



con un valor de 16.66, siendo éste uno de los síntomas que menos afecta la calidad de vida de estos pacientes.

La constipación fue el síntoma que más afecta a los pacientes con cáncer de piel con una media de 100, seguido de los que tienen cáncer de mama, con una media de 87.03, siendo los menos afectados los pacientes con cáncer de estómago, con una media de 45,45.

La diarrea fue el síntoma que más afecta a los pacientes con cáncer de páncreas y cáncer óseo con una media de 100, mientras que los pacientes con cáncer de piel, son los menos afectados por éste síntoma con la media más baja (33.33); siendo además éste síntoma el que con mayor media afecta la calidad de vida en casi todos los tipos de cáncer, a excepción del cáncer de piel donde el síntoma que afecta más es la constipación y el cáncer a la sangre donde los síntomas que más afectan son el insomnio, náuseas y vómitos.

Se puede apreciar que con respecto al tipo de cáncer, los problemas financieros fueron el factor que más influye en los pacientes con cáncer de hígado, tiroides y páncreas con una media de 13.33.

**TABLA N° 18**

**PROMEDIO DE LOS SÍNTOMAS EN LA CALIDAD DE VIDA CON  
RELACIÓN AL DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE CÁNCER SEGÚN EL  
CUESTIONARIO QLQ-C30 EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO  
ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE  
TACNA EN EL AÑO 2014**

**Tabla de ANOVA**

			Suma de Cuadrados	GI	Media Cuadrática	F	Sig.
Fatiga * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	26457,434	11	2405,221	5,096	,000
	Intra-grupos		65127,751	138	471,940		
	Total		91585,185	149			
Náuseas y Vómitos * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	11486,838	11	1044,258	2,780	,003
	Intra-grupos		51839,088	138	375,646		
	Total		63325,926	149			
Dolor * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	42174,857	11	3834,078	5,033	,000
	Intra-grupos		105128,846	138	761,803		
	Total		147303,704	149			
Disnea * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	30675,481	11	2788,680	4,696	,000
	Intra-grupos		81946,742	138	593,817		
	Total		112622,222	149			
Insomnio * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	22682,990	11	2062,090	2,796	,003
	Intra-grupos		101761,455	138	737,402		
	Total		124444,444	149			
Pérdida de apetito * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	21314,713	11	1937,701	3,713	,000
	Intra-grupos		72018,620	138	521,874		
	Total		93333,333	149			
Constipación * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	39139,581	11	3558,144	6,750	,000
	Intra-grupos		72741,900	138	527,115		
	Total		111881,481	149			
Diarrea * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	8487,508	11	771,592	2,086	,025
	Intra-grupos		51038,418	138	369,844		
	Total		59525,926	149			
Problemas Financieros * Diagnóstico Principal	Inter-grupos	(Combinadas)	3350,305	11	304,573	2,401	,009
	Intra-grupos		17508,954	138	126,876		
	Total		20859,259	149			

Fuente: Instrumento de recolección de datos

En la tabla N° 18 se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto a la presencia de fatiga como síntoma, en éstos pacientes ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto a la presencia de dolor como síntoma, en éstos pacientes ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto a la presencia de disnea como síntoma, en éstos pacientes ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto a la presencia de pérdida de apetito como síntoma, en éstos pacientes ( $p=0.000$ ).

Se puede apreciar una diferencia significativa entre el diagnóstico principal de cáncer respecto a la presencia de constipación como síntoma, en éstos pacientes ( $p=0.000$ ).

**TABLA N° 19**

**DISTRIBUCIÓN DE FRECUENCIA DE LAS EXPECTATIVAS SANITARIAS  
EN LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO ONCOLÓGICO ATENDIDOS EN  
EL HOSPITAL HIPÓLITO UNANUE DE TACNA EN EL AÑO 2014**

		N	%
Servicio de Rehabilitación Física Gratuita	No	114	76,0%
	Sí	36	24,0%
	Total	150	100,0%
Psicoterapia de apoyo o Terapia psicológica de apoyo	No	11	7,3%
	Sí	139	92,7%
	Total	150	100,0%
Áreas destinadas a pacientes oncológicos hospitalizados	No	46	30,7%
	Sí	104	69,3%
	Total	150	100,0%
Consejería en nutrición y conductas de riesgo en pacientes que padecen de cáncer	No	114	76,0%
	Sí	36	24,0%
	Total	150	100,0%
Visitas médicas domiciliarias	No	24	16,0%
	Sí	126	84,0%
	Total	150	100,0%
Áreas de esparcimiento y distracción donde se encuentren personas con el mismo problema de salud	No	133	88,7%
	Sí	17	11,3%
	Total	150	100,0%
Facilidades de cobertura en salud a través de un Seguro Integral Oncológico	No	7	4,7%
	Sí	143	95,3%
	Total	150	100,0%

Fuente: Encuesta aplicada para recolección de datos

En la tabla N° 20, nos muestra que del total de pacientes encuestados, las expectativas sanitarias según prioridad, fueron: Facilidades de cobertura en salud a través de un Seguro Integral Oncológico con un 95.3%, seguido de psicoterapia de apoyo o terapia psicológica de apoyo, con un 92.7%, visitas médicas domiciliarias con un 84.0% y áreas destinadas a pacientes oncológicos hospitalizados con un 69.3%.

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

En la tabla N° 01, se puede apreciar que la población estudiada, estuvo conformada por 150 pacientes con diagnóstico oncológico, de los cuales el 62% fueron mujeres (n:93) y el 38% restante fueron varones (n:57), además vemos que del total de las mujeres la mayoría (31,2%) corresponden a edades entre 50 a 59 años y solo el 6.5% ,tienen edad entre 30 a 39 años, mientras que en los varones en su mayoría (35,1%) corresponden a edades entre 60 a 69 años de edad y solo el 10.5% tienen edad entre 40 a 49 años. Comparado con el estudio de Cruz Bermúdez<sup>5</sup> donde su población de estudio estuvo conformada por 40 sujetos con cáncer, siendo la edad promedio  $60,98 \pm 11,5$  (IC95% 57,28 – 64,67) años y el género predominante fue el femenino frente al masculino (72,5% y 27,5% respectivamente). Otro estudio realizado por Álvaro Hernando Castañeda Hernández<sup>15</sup>, quien contó con una población de 158 personas con enfermedad crónica oncológica entre 0 y 6 meses de diagnosticada que asisten a la Unidad de Oncología y Radioterapia de la Empresa Social del Estado Hospital Universitario de la Santander, donde el 75.31% son mujeres y 24.68% son hombres, cuyo rango de edad es predominantemente mayores de 60 años (48.73%), mientras que en los grupos de 18 a 35 años y 36 a 59 años se encontraba en un 15.82% y 35.44% respectivamente. Podemos asumir que en ambos estudios la población más afectada por el cáncer, respecto al sexo, son las mujeres, probablemente por la mayor incidencia de cáncer ginecológico, como es el cáncer de mama y cáncer de útero.

La tabla N° 02, nos muestra que del total de pacientes estudiados, el 24% tienen cáncer de mama, siendo el porcentaje más alto referente a los tipos de cáncer en nuestro estudio, seguido por el cáncer de cuello uterino con un 17.3%, cáncer de próstata con un 16% y el cáncer de estómago con 14,7%, comparado con el estudio de Cruz Bermúdez<sup>5</sup>, donde el tipo de cáncer más común fue el cáncer de mama, el cual estuvo representado por un 33% del total, seguido del cáncer de útero con un 13%, al igual que el cáncer de piel con un 13%. Mientras que en la población estudiada por Álvaro Hernando Castañeda Hernández<sup>15</sup>, encontró que los diagnósticos médicos más frecuentes correspondieron, en primer lugar, al cáncer de mama (16.45%), seguido del cáncer de cuello uterino (23.41%) y cáncer de estómago (11.39%).

Al comparar nuestro estudio, con el realizado por Cruz Bermúdez, existe una frecuencia similar con respecto al cáncer de mama y útero. Es así que en los tres estudios mencionados, incluido el nuestro, la frecuencia de cáncer de mama, con respecto a los otros tipos de cáncer es alta.

En la tabla N° 03 nos muestra que del total de pacientes con cáncer, el 50% recibió quimioterapia y el 50% restante no recibió quimioterapia, con respecto al número de sesiones de quimioterapia, en los pacientes que sí recibieron este tratamiento, el 11.3% recibió una sesión, el 9.3% recibió dos sesiones y 4 sesiones, el 8.7% recibió tres sesiones, siendo solo el 1.3% de la población quien recibió 7 o más sesiones; en el estudio realizado por Carmen Terol Cantero y Jesús Rodríguez Marín<sup>14</sup>, en pacientes con cáncer que reciben tratamiento quimioterápico, mencionan que éstos pacientes consideraron que la función social fue el área de calidad de vida más “afectada” durante la administración del tratamiento con quimioterapia asumiendo que el impacto de la enfermedad y los tratamientos administrados producen no sólo compromiso en la condición física o los síntomas, sino también, en los aspectos psicosociales. Referente a nuestro estudio la función social también fue la dimensión más comprometida (tabla N° 07) y teniendo en cuenta que del total de pacientes estudiados la mayoría recibió tratamiento con quimioterapia, podríamos asumir que en nuestra población, también fue éste tratamiento el que causó el mayor compromiso de la dimensión mencionada.

En la tabla N° 04, podemos evidenciar que del total de pacientes con cáncer, el 63,3% no recibió radioterapia, mientras que el 36,7 % sí recibió radioterapia. Con respecto al número de sesiones de los pacientes que recibieron éste tratamiento, el 9,3% recibió una sesión al igual que los que recibieron 2 sesiones y solo el 0,7% recibió 8 o más sesiones. Cabe resaltar que nuestro estudio en su mayoría estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de cáncer de mama (tabla N° 02). En contraste con un estudio realizado en Asunción-Paraguay, sobre calidad de vida en pacientes con cáncer de mama por la Dra. Margarita Samudio<sup>6</sup>, las características clínicas de dicha población fue que el 51,2 % recibió radioterapia mientras el 48,8% restante no lo recibió, mientras que los pacientes que recibieron quimioterapia fue de 95,2%.

En conclusión podemos decir que en nuestra población estudiada, la mayor parte de los pacientes no acceden al tratamiento con quimioterapia y radioterapia, quizá por su bajo

nivel socioeconómico, de accesibilidad y/o cultural. Esto se puede evidenciar en el compromiso financiero, otorgándole los valores de media más bajos, con predominio del sexo masculino.

En la tabla N° 05 y 06, podemos observar, que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer, el 52,0% sí tuvo cirugía debido a su problema oncológico, mientras que el 48% no tuvo cirugía. De acuerdo al porcentaje de pacientes que si accedieron a éste tratamiento el 41,3% tuvo una cirugía, el 9,3% tuvo dos cirugías y el 1,3% tuvo 3 cirugías. Con respecto al número de tratamientos recibidos, el 38,7% no recibió ningún tratamiento, el 30% recibió tres tratamientos, el 17,3% recibió dos tratamientos y el 14% recibió solo un tratamiento.

La tabla N° 07 con respecto a las dimensiones de la calidad de vida del paciente con diagnóstico de cáncer la menos comprometida fue la calidad de vida global, con un valor de 66,22, mientras que la media es baja en la función social con un valor de 13,22, seguido de la función emocional con una media de 22,78 y rol funcional con una media de 26,22. Así, las dimensiones más afectadas que comprometen la calidad de vida en éstos pacientes son la función social, función emocional y el rol funcional. En contraste con el estudio realizado Ricardo Sánchez Pedraza<sup>12</sup>, donde la población en estudio con diagnóstico de cáncer, menciona que la dimensión más afectada fue la función emocional con una media de 67, seguida del rol funcional con una media de 73.1, mientras que otro estudio realizado por Alejandra Yeladaky Ríos y Zulma Del Carmen Hernández Fernández<sup>11</sup>, respecto a las dimensiones más afectadas, se evidenció que el área más afectada fue la física con un valor calificativo de 47,50 debido a que la mayoría tiene falta de energía y alteraciones con el sueño. En lo que se refiere a la calidad de vida total o global tuvo un valor calificativo de 57,82, siendo una de las dimensiones menos comprometidas al igual que la dimensión de salud ambiental debido a que las personas se sienten seguras en su entorno físico y cuentan con la información necesaria. Podemos decir que en ambos estudios (nuestro estudio y el realizado por Alejandra Yeladaky Ríos y Zulma Del Carmen Hernández Fernández) la calidad de vida global fue una de las dimensiones menos comprometidas en este tipo de pacientes. Al comparar nuestro estudio con el estudio realizado por Ricardo Sánchez Pedraza, encontramos resultados similares, evidenciando que la función emocional, es la

dimensión que está sumamente comprometida en ambos estudios, reflejando la depresión y angustia del paciente al aceptar su enfermedad. También podemos concluir que la función social fue la dimensión que más afectó la calidad de vida en los pacientes de nuestro estudio, quizá porque el cáncer como enfermedad, trae repercusiones físicas y psicológicas que impiden la realización de las actividades cotidianas y el desarrollo de las relaciones sociales. Además debido a que muchas veces la familia no es participe del diagnóstico, no le brindan el apoyo necesario.

En la tabla N° 08 , con respecto a los síntomas que más afectan la calidad de vida de los pacientes con cáncer, encontramos que la diarrea es el síntoma más predominante con una media de 87,11, seguido de náuseas y vómitos con una media de 77,56, mientras que el insomnio, es el síntoma que menos afecta a estos pacientes con una media de 33.33; En contraste con el estudio realizado por Alejandra Yeladaky y Zulma Del Carmen Hernández Fernández<sup>11</sup>, en pacientes con diferentes tipos de cáncer, quien al igual que en nuestro estudio , evidenció que los síntomas que más afectan la calidad de vida son la diarrea, constipación y alteraciones en el apetito, lo que ocasionó que en ese grupo el área más afectada sea la física. Podemos decir que la diarrea fue el síntoma que más afectó la calidad de vida del paciente con cáncer en nuestro estudio, quizá porque es un síntoma que muchas veces resulta limitante, para la realización o desempeño de las actividades cotidianas, además de repercutir en el estado físico del paciente (como la pérdida de peso, alteración del estado general, entre otros).

En la tabla N° 09, se evidenció que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer en ambos sexos la dimensión más afectada fue la función social con una media de 13.22, seguido de la función emocional con una media 22.77 y el rol funcional con una media de 26.22. Además cabe mencionar que el sexo masculino fue en general el género más afectado en todas las dimensiones, a excepción de la calidad de vida global, la cual se vio más afectada en el sexo femenino. Podemos concluir que el sexo femenino percibe mejor las relaciones interpersonales, aceptando el apoyo de su entorno familiar durante la evolución de la enfermedad, y mayor facilidad para desempeñarse laboralmente sintiéndose una persona útil.



En la tabla N° 10, se puede apreciar una diferencia significativa entre ambos sexos respecto al compromiso de su calidad de vida global y función física ( $p=,001$ ). Y por último, una diferencia significativa entre ambos sexos respecto al compromiso del rol funcional ( $p=,003$ ).

En la tabla N° 11, se observa que del total de pacientes con diagnóstico de cáncer que participaron en nuestro estudio, el síntoma que más afectó en ambos sexos, fue la diarrea con una media de 87.11, seguido de las náuseas y vómitos con una media de 77.55, siendo los síntomas que menos afectan la calidad de vida de éstos pacientes el insomnio y la falta de apetito con medias de 33.33. Es así que la diarrea fue el síntoma que más afectó en nuestro estudio, mientras que el síntoma que menos afectó la calidad de vida en el sexo femenino fue el insomnio con una media de 34.7 y la presencia de fatiga en el sexo masculino otorgándole una media de 39.3.

En la tabla N° 13, podemos evidenciar, que en nuestro estudio del total de pacientes con diagnóstico de cáncer, los que perciben tener una peor calidad de vida corresponde a los pacientes con cáncer a la sangre (leucemia) con una media de 41,66 seguido de los pacientes con cáncer de mama con una media de 44.90. Es así, que los pacientes menos afectados por su enfermedad son los pacientes con cáncer de estómago, teniendo una media de 92.42. En comparación con el estudio realizado por Cruz Bermúdez<sup>5</sup>, donde los tipos de cáncer que presentaron puntajes más altos fueron el linfoma con una media de 74, cáncer de colon con una media de 72 y tiroides con una media de 67, mientras que el cáncer con menor media es el mieloma múltiple con una media de 51 y el cáncer de próstata con una media de 55, siendo estos dos últimos tipos de cáncer, los que más afectados vieron su calidad de vida en dicho estudio.

En nuestro estudio se puede observar que en los pacientes con cáncer de tiroides el valor de la media es de 0.00, que no es considerado al momento de medir la calidad de vida, probablemente dicho resultado sea contradictorio entre los encuestados que tienen el mismo tipo de cáncer (es decir, los que tienen sólo, cáncer de tiroides).

La tabla N° 14 muestra una diferencia estadística significativa entre la calidad de vida global del paciente y el diagnóstico principal de cáncer ( $p=,000$ ), donde podemos

asumir que la dimensión calidad de vida global está afectada en cierto grado, en los pacientes con diagnóstico principal de cáncer.

En la tabla N° 15, se puede apreciar que del total de pacientes estudiados, la función social fue la dimensión más afectada con una media de 13,22, seguida de la función emocional con una media de 22,77. En contraste con el estudio realizado por Ricardo Sánchez Pedraza<sup>12</sup>, donde la población en estudio con diagnóstico principal de cáncer, la dimensión más afectada fue la función emocional con una media de 67, seguida del rol funcional con una media de 73,1, por lo que podemos inferir que en los diferentes tipos de cáncer, la dimensión que casi siempre se ve comprometida ya sea en mayor o menor grado es la función emocional.

En lo que se refiere al cáncer de mama (tipo más frecuente en nuestro estudio) la dimensión más afectada fue la función social con una media de 21,29, seguida de la función emocional con una media de 26,85, mientras que la función física fue la dimensión menos afectada en éstos pacientes con una media de 62,22; además en nuestro estudio puede decirse que la percepción fue favorable con lo que respecta a calidad de vida global de los pacientes con cáncer de mama, supeditada quizá a una buena función física y una baja sintomatología física, mientras que la función emocional se vio más afectada al momento de sobrellevar la enfermedad, resultados que son similares a las investigación realizada por la Dra. Margarita Samudio<sup>6</sup>, tomando como encuesta el test QLQ30 para cáncer, QLQBR23 y combinación de ambos instrumentos, donde determinó que la dimensión más afectada en el cáncer de mama fue la función emocional con una media de 71,2, seguido de la función cognitiva con una media 79,5, mientras que la función física al igual que en nuestro estudio fue la menos afectada (85,3)

Podemos observar en nuestro estudio, las pacientes con cáncer de cuello uterino, la dimensión que más se vio afectada fue la función social con una media de 14,74, seguida de la función emocional media de 22,11, mientras que la función física resulto menos afectada con una media de 46,41. Al comparar los datos con el trabajo de Pablo Torres Chávez<sup>7</sup>, utilizando encuestas de calidad de vida QOL-C30, se observan resultados similares, su grupo de estudio también estaba emocionalmente más afectado (función emocional afectada con un puntaje de 70,1%) en relación con las otras

dimensiones, como son la función física, la cual fue la menos afectada (con puntaje de 86,7%).

En los pacientes con cáncer de estómago, la función social se vio más afectada con una media de 6.06, seguida del rol funcional con una media de 10.60, mientras que la dimensión menos afectada fue la función física con una media de 26.96. Comparado con el estudio de Ricardo Sánchez Pedraza<sup>12</sup>, donde la dimensión más comprometida en éstos pacientes fue la función emocional, obteniendo una media de 58.8, seguida del rol funcional con una media de 69.5, siendo la menos afectada la función social con una media de 83.0. Vemos que en ambos estudios hay diferencias significativas con lo que respecta a la función social, pero existe una similitud en lo que se refiere al compromiso del rol funcional. El rol funcional se ve afectado probablemente a los tratamientos que se ven sometidos éstos pacientes, principalmente las cirugías que se realizan como parte del tratamiento del cáncer, así como también las cirugías realizadas debido a complicaciones de la enfermedad de base, como son los procesos obstructivos.

En nuestro grupo de estudio los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata la dimensión que se vio más afectada fue la función social con una media de 8.33, seguido del rol funcional con una media de 15.97, mientras que la dimensión menos afectada fue la función física con una media de 36.66. Comparado con el estudio realizado por José Mauricio Freyre Santiago<sup>13</sup>, quien encontró resultados muy similares a nuestro estudio, teniendo como resultado que la dimensión más afectada en pacientes con cáncer de próstata era la calidad de vida global con la media más baja (66.6), seguida del rol funcional con una media de 66.67, mientras la dimensión menos afectada fue la función física con una media de 82.22. Podemos decir entonces, que el rol funcional se ve más afectado en este tipo de pacientes, probablemente por la sintomatología intestinal y urinaria, secundarios al tratamiento hormonal.

En nuestra población de estudio, los pacientes con diagnóstico de cáncer pulmonar, la dimensión que estuvo más afectada fue la función emocional con una media de 12.50, mientras que la dimensión menos afectada fue la función cognitiva con una media de 32.14, que coincide con el estudio realizado por Raquel Rodríguez Quintana<sup>9</sup>, quien encontró que en los pacientes con cáncer pulmonar la dimensión más afectada fue la función emocional con una media de 75.47, mientras que la función social y cognitiva

fue la menos afectada con medias de 89.4. En ambos estudios la función emocional estuvo más afectada probablemente por la sintomatología de la enfermedad, ya que algunos de éstos pacientes reciben tratamiento con radioterapia donde los efectos secundarios de la misma producen problemas respiratorios (fibrosis pulmonar) y cardiacos, estando supeditados a cuidados médicos permanentes, donde el paciente, en la mayoría de las veces se siente inútil.

En nuestro estudio, respecto a los pacientes con cáncer de colon, podemos observar que la función social fue la más afectada, con una media de 11.53, mientras que la dimensión menos afectada fue la función física con una media de 43.07. Comparado con el estudio realizado por Jackeline Herrera Mostacero<sup>10</sup>, con pacientes con diagnóstico de cáncer de colon atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo desde el primero de enero 2008 hasta el 31 de julio del 2009, utilizando el cuestionario del QLQ C-30, demuestra que al igual que nuestro estudio, la dimensión más comprometida en éstos pacientes fue la función social, obteniendo una media de 46.88, mientras que la dimensión menos afectada fue la función física, con una media de 66.07. En éstos pacientes, la función social se ve afectada, probablemente por dificultades para desempeñarse laboralmente y relacionarse con la sociedad.

En la tabla N° 17, podemos apreciar que con respecto al tipo de cáncer, la diarrea fue el síntoma que más afecta a los pacientes con cáncer de mama, con una media de 90.74, seguido de náuseas y vómitos con una media de 87.96, mientras que la presencia de insomnio fue el síntoma que menos afecta a éste tipo de pacientes con una media de 39.81, Encontramos diferencias significativas si lo comparamos con el estudio realizado por José Mauricio Freyre Santiago<sup>13</sup>, donde el síntoma más frecuente en pacientes con cáncer de mama fue el insomnio con una media de 34.44, seguido de dolor con una media de 28.89, mientras que el síntoma que menos afectó a esa población fue la diarrea, náuseas y vómitos con medias de 6,67.

En lo pacientes con cáncer de cuello uterino, el síntoma que más afecta a este tipo de pacientes fue la diarrea con una media de 89.74, seguido de náuseas y vómitos con una media de 80.12, mientras que la presencia de insomnio fue el síntoma que menos afecta a éste tipo de pacientes con una media de 32.05; contrastado con el estudio realizado por

Pablo Torres Chávez<sup>7</sup>, utilizando como instrumento el test QLQ30 y QLQBR23, evidenciamos diferencias con nuestro estudio, ya que el síntoma que más afectó a ese grupo de pacientes fue el dolor con un puntaje de 21,7%, seguido de constipación con un puntaje de 19,9 %, siendo el síntoma que menos afectó a éstas pacientes las náuseas y vómitos con una puntaje inferior de 6,4%. A pesar de encontrar diferencias en lo que se refiere a los síntomas, podemos decir que en ambos estudios los síntomas gastrointestinales repercuten en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de cuello uterino, como son la pérdida de apetito, diarrea y la constipación, probablemente secundario a la realización de los diferentes tratamientos.

Refiriéndonos a los pacientes con cáncer de estómago el síntoma que más afectó a este tipo de pacientes fue la diarrea con una media de 92.42, seguido de la presencia de náuseas y vómitos, con una media de 68.18, mientras el síntoma que menos afecta la calidad de vida de éste tipo de pacientes es la pérdida del apetito con una media de 16.66. En contraste con el estudio realizado en Colombia por Ricardo Sánchez Rivera<sup>8</sup> utilizando la escala EORTC QLQ C30, encontró diferencias marcadas con nuestro estudio, donde menciona que el síntoma que más repercute en la calidad de vida del paciente con cáncer de estómago fue la presencia de fatiga, con una media de 44.5, seguida de dolor con una media de 40.3, siendo el síntoma que menos afecta a estos pacientes la presencia de disnea con una media de 14.3. Es así que en nuestro estudio predomina la presencia de síntomas gastrointestinales, probablemente por el tratamiento quimioterápico administrado o secundario a complicaciones de la enfermedad de base, la cual se refleja en cuadros de descompensación y compromiso del estado general.

Con respecto a los pacientes con cáncer de próstata el síntoma que más afectó a este tipo de pacientes fue la diarrea con una media de 86.11, seguido de la presencia de náuseas y vómitos con una media de 79.86, constipación con una media de 63.88, mientras el síntoma que menos afectó a éste tipo de pacientes es la presencia de fatiga con una media de 31.01. En comparación con el estudio realizado por José Mauricio Freyre Santiago<sup>13</sup>, donde menciona que el síntoma que más repercute en la calidad de vida del paciente con cáncer de próstata fue la presencia de dolor con una media de 37.78, seguido de la presencia de insomnio con una media de 31.11 y constipación con una media de 26.6. Mientras que el síntoma que menos afecta a estos pacientes es la diarrea

con una media de 11.11. Al observar los resultados de nuestro estudio, comparados con éste último, se concluye que la constipación, es el tercer síntoma que con más frecuencia afecta la calidad de vida de éstos pacientes, probablemente se deba a consecuencia de los efectos secundarios del tratamiento hormonal administrado a estos pacientes.

En lo que se refiere a los pacientes con cáncer de pulmón el síntoma que más afectó a este tipo de pacientes fue la presencia de diarrea con una media de 83.33, seguido de constipación con una media de 73.80, mientras el síntoma que menos afectó a éste tipo de pacientes es la presencia de disnea con una media de 21.42. Encontrando algunas diferencias si lo comparamos con el estudio realizado por Raquel Rodríguez-Quintana<sup>9</sup>, empleando los cuestionarios de la EORTC QLQ-C30 y el módulo específico de pulmón LC13, la escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD) ,donde concluye, que el síntoma que más afecta la calidad de vida del paciente con cáncer pulmonar, es la presencia de insomnio una media de 25.76, seguido de la fatiga con una media de 18.59, mientras que el síntoma que menos afectó a estos pacientes fue la presencia de náuseas y vómitos con una media de 3.79, seguido de estreñimiento y disnea con medias de 11.81. Podemos decir que la disnea es uno de los síntomas que menos dificulta las actividades diarias de éstos pacientes y por lo tanto compromete en menor grado su calidad de vida.

En nuestro estudio, los pacientes con diagnóstico de cáncer de colon, el síntoma que más afectó la calidad de vida de éstos pacientes, fue la presencia de diarrea, con una media de 79.48, seguido de náuseas y vómitos una media de 71.79, mientras el síntoma que menos afecta a éste tipo de pacientes es el insomnio con una media de 17.94. En comparación con el estudio realizado por Jackeline Herrera Mostacero<sup>10</sup>, valorando la calidad de vida según el cuestionario QLQ-C30, concluyendo que la presencia de fatiga fue el síntoma que más afectó la calidad de vida de estos pacientes con una media de 54.69, seguido de la pérdida del apetito una media de 50, mientras el síntoma que menos afectó fue la presencia de insomnio y disnea con una media de 35.94. Podemos decir que en ambos estudios la presencia de insomnio fue el síntoma que menos afectó la calidad de vida en éstos pacientes.

Es así que del total de pacientes estudiados, la presencia de diarrea fue el síntoma que más afecta la calidad de vida del paciente con diagnóstico principal de cáncer con una media de 87,11 seguido de las náuseas y vómitos con una, media de 77.55, siendo el insomnio al igual que la pérdida de apetito los síntomas que menos afectan la calidad de vida de estos pacientes con las medias más bajas de 13,33 respectivamente. Mientras que los problemas financieros ocupan la media más baja con un valor de 4,88 siendo uno de los factores que afecta muy poco en la calidad de vida de éstos pacientes, probablemente porque no cuentan con buen nivel socioeconómico que le permita solventar los gastos de la enfermedad, ya que son tratamientos muy costosos, teniendo como único respaldo el seguro integral de salud, viéndose supeditados solo a ello.

En la tabla N° 19, nos muestra que del total de pacientes encuestados con cáncer, sus expectativas sanitarias según prioridad fueron: Contar con facilidades de cobertura en salud, a través de un seguro integral oncológico con un 95,3%, seguido de psicoterapia de apoyo o terapia psicológica de apoyo con un 92,7%, visitas médicas domiciliarias con un 84,0% y áreas destinadas a pacientes oncológicos hospitalizados con un 69,3%. Con todos éstos resultados podemos decir que la mayoría de pacientes con diagnóstico de cáncer requieren de psicoterapia de apoyo, ya que la dimensión psicológica juega un papel importante, desde el momento en el que el paciente logra asumir la enfermedad. Al ser un cambio tan importante y disruptivo, surgen temores y sobretodo ansiedad frente a la situación desconocida, frente al no saber qué es lo que va a pasar, además de producir alteraciones en la personalidad, crisis a nivel personal y familiar. Es por esto, que se torna relevante evaluar la reacción del paciente y su capacidad de adaptación a la situación de su enfermedad, y de esa manera otorgarles el apoyo necesario.

## CONCLUSIONES

De los resultados se puede concluir:

1. Respecto a las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico oncológico, el sexo que predominó fue el femenino con un 62% (n: 93). Con respecto al grupo etario, en el grupo de mujeres el 31,2% tienen edades entre 50 a 59 años, mientras que en los varones tenían edades entre 60 a 69 años (35,1%). En cuanto a la procedencia la mayoría procedían de Tacna. Respecto al tipo de cáncer, los tres tipos de cáncer más frecuentes son, el cáncer de mama, de cuello uterino y próstata con 24%, 17.3% y 16% respectivamente. Referente al tratamiento concluimos, el 50% recibió quimioterapia, el 36.7% recibió radioterapia y el 52% tuvo algún tipo de cirugía debido a su problema oncológico.
2. La dimensión más afectada es la función social, referente a los síntomas, la diarrea, las náuseas y vómitos son los síntomas que más afectan la calidad de vida de estos pacientes.
3. Con respecto a la dimensión más afectada, según el sexo (ambos sexos) y tipo de cáncer fue la función social.
4. Con respecto al síntoma que con mayor frecuencia afecta la calidad de vida de los pacientes oncológicos, según el sexo (ambos sexos) y tipo de cáncer fue la diarrea, náuseas y vómitos.
5. El tipo de cáncer que tiene la calidad de vida más comprometida, es el cáncer a la sangre (leucemia), seguido por el cáncer de mama y el de páncreas.
6. Las expectativas sanitarias prioritarias de los pacientes con cáncer, fueron por orden de prioridad: facilidades de cobertura en salud, a través de un seguro integral oncológico con un 95,3%, seguido de la psicoterapia de apoyo con un 92,7%, visitas médicas domiciliarias con un 84,0% y áreas destinadas a pacientes oncológicos hospitalizados con un 69,3%.



## RECOMENDACIONES

1. Que el Hospital Hipólito Unanue de Tacna consolide bases de datos confiables y actualizados de los pacientes con diagnóstico de cáncer, contando con información de datos generales, diagnóstico, tiempo de evolución, tipos de tratamiento y la información del cuidador principal o familiar, para así tener un seguimiento más estricto de éstos pacientes.
2. Debido a que la dimensión social fue la más comprometida en nuestro estudio, se recomienda generar conciencia en el equipo de salud del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, respecto a la situación de cronicidad que experimenta un paciente con cáncer, reconociendo sus necesidades sentidas visibles físicamente o no, y a partir de éstas generar propuestas de intervención de impacto y de alta satisfacción para la persona con enfermedad oncológica y su familia.
3. Que estudiantes de medicina realicen en un futuro estudios comparativos con dos instituciones de salud para conocer si existen diferencias en la calidad vida, por lo que se recomienda repetir el estudio pero en los pacientes con diagnóstico oncológico atendidos en el hospital Daniel Alcides Carrión, Es Salud – Tacna, ya que las realidades en estos grupos de pacientes son totalmente distintas.
4. Se recomienda realizar investigación en calidad de vida, que permita medir la percepción del paciente en las diferentes etapas de la enfermedad y estadios del tratamiento, con el fin de identificar necesidades específicas ante la magnitud de la problemática.
5. Fomentar el interés por la investigación en esta área en centros de oncología en el país, a través de la publicación y socialización de los resultados del estudio.
6. La medición de la calidad de vida debería ser incorporada a la evaluación rutinaria de los pacientes oncológico tanto en los hospitales del MINSA, ESSALUD, clínicas entre otros; lo cual debe realizarse en diferentes momentos

de su evolución; de este modo, se podría pesquisar mejor y más oportunamente las áreas problemáticas a reforzar.

7. Es prioritario que las entidades gubernamentales generen políticas que se orienten hacia el fomento de la calidad de vida de pacientes en situación de enfermedad crónica de cáncer, además de tener en cuenta cuales son las expectativas sanitarias de estos pacientes, generando estrategias para abordar sus principales necesidades.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Navarro S. Calidad de vida: Parámetros de las ciencias de la salud. NFT 1994; 7: 11-2. / Francisco Ferriols Lisart. Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.
2. Revista :Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales Escuela de Psicología, Universidad Católica del Norte, Antofagasta, Chile Revista Médica de Chile 2010;
3. Calidad de vida en oncología clínica: Correspondencia: Francisco Ferriols Lisart. Servicio de Farmacia. Hospital Clínico Universitario. Avda. Blasco Ibáñez, 17. 46010 Valencia.
4. Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú, 2013/ Elaborado por Willy César Ramos Muñoz y Diego Rolando Venegas Ojeda. - Lima Ministerio de Salud, Dirección General de Epidemiología, 2013. Biblioteca Nacional del Perú N° 2013-17088 ISBN: 978-9972-820-99-1 Primera edición, Noviembre 2013 Tiraje: 1000 ejemplares.
5. Instituto Nacional del Cáncer.. Cuidados médicos de apoyo. Publicado por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos, 2004 (disponible en [www.nci.nih.gov/español](http://www.nci.nih.gov/español)).
6. González U, Grau J, Amarillo MA. La calidad de vida como problema de la bioética. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. Bioética desde una perspectiva cubana. Ciudad de la Habana; 1997; 279-285.
7. Organización Mundial de la Salud: Definición de Cáncer según la OMS, Martel de C, Ferlay J, Franceschi. The Lancet Oncology 2012; 13: 607-615

8. Herdman MJ. Reflexiones sobre la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. *Gac Sanit* 2005; 19(2):91-2.
9. Valoración de la calidad de vida en pacientes de cáncer. Tesis doctoral no publicada, Universitat Autònoma de Barcelona./ Estrategias de afrontamiento, adaptación y calidad de vida. Congreso oficial de Psicólogos/Área Psicología y Salud: Psicología de la Salud. Libro de comunicaciones, 90-96, Madrid: publicaciones del Colegio Oficial de Psicólogos.
10. Manual de evaluación en psicología clínica y salud de Bernardo Moreno Jiménez y Carmen Jiménez Gómez: evaluación de la calidad de vida. Madrid año 1196/ universidad autónoma de Madrid
11. Lizan L. Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. *Aten Primaria* 1995; 16 (Suplemento 1):131-132
12. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Ciencia y Enfermería IX* 2003;(2):9-21.
13. Pascualini CD, Inmunidad tumoral y Visión retrospectiva de la relación de los Retrovirus y el Cáncer. Escuela de Medicina de Buenos Aires. 1997-57 (suplemento II) 3-18.
14. Verdú Rotellar, M. Algara López, P. Foro Arnalot Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. CAP San Martí 10H. Barcelona. \*Instituto de Oncología Radioterápica.
15. González Baron M., Ordóñez A., Filie, Oncología clínica fundamentos y patología general, McGraw Hill Interamericana 2a edición, 2009, págs. 17-20.
16. Stanley L. Robbins et al, Patología estructural y funcional, McGraw Hill Interamericana sexta edición, 2000, 176-181.

17. Romero Benítez, Margarita Profesora Titular. Cátedra de Bioquímica. Facultad de UNNE Medicina. Bases moleculares del Cáncer: Protooncogenes, Oncogenes y Genes Supresores de Tumores. Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Cátedra de Bioquímica
18. Instituto de Oncología de New York: Revisión de Artículos en Oncología. clasificación y tipos de Cáncer: Carcinomas, Adenocarcinomas, Sarcomas, Linfomas, Leucemias. sexta edición. Publicado en New York: Wiley-Liss. 2010.
19. Sistema TNM: Método de estadiaje de neoplasias .AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Union Internacional Contra Cancer).Edicion 2011.
20. Sistema TNM: Método de estadiaje de neoplasias .AJCC (American Joint Committee on Cancer) en colaboración con la UICC (Unión Internacional Contra Cáncer).Edición 2011.
21. Tierney y Coll. Diagnóstico y tratamiento de Tumores Malignos. Instituto de Oncología .Publicación en la 35ª Edición del Manual Moderno de Oncología. Año 2011.
22. Roberto Aguilar Cordero. Efectos Secundario del Tratamiento con Quimioterapia y Radioterapia. Departamento de Oncología. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada. Aceptado en abril del 2011.
23. Olivares ML. Incidencia del cáncer en el Perú. Precedencia de la Primera Conferencia UICC sobre el cáncer en los países en desarrollo. Nagoya: P Raven recibido 2007.
24. Juan Arraztoa E. Cáncer: Diagnóstico y Tratamiento. Dos volúmenes. Santiago, Chile: Publicaciones de la Revista Médica de Chile –volumen 126 n.7 Santiago julio del 2010.

## **ANEXOS**

**ANEXO N° 01**

**INTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS**

1. **Edad:** \_\_\_\_\_
2. **Sexo:**
  1. Femenino
  2. Masculino
3. **Procedencia:** \_\_\_\_\_
4. **Año de diagnóstico del cáncer:** \_\_\_\_\_
5. **Diagnóstico principal:** \_\_\_\_\_
6. **Quimioterapia:**
  1. Si
  2. No
7. **Número de sesiones de quimioterapia:** \_\_\_\_\_
8. **Radioterapia:**
  1. Si
  2. No
9. **Número de sesiones de radioterapia:** \_\_\_\_\_
10. **¿Tuvo cirugía debido a su problema de salud oncológico?**
  1. Si
  2. No

**Si la respuesta a la pregunta número 10 es “SI”:**
11. **Número de Cirugías Realizadas:** \_\_\_\_\_
12. **Año de la última Cirugía:** \_\_\_\_\_
13. **¿Qué servicio adicional necesitaría para llevar mejor su estado actual?  
Marque al menos 4 alternativas, que considere usted de mayor prioridad:**
  - a) Servicio de rehabilitación física gratuita.
  - b) Psicoterapia de apoyo o terapia psicológica de apoyo.
  - c) Áreas destinadas a pacientes oncológicos hospitalizados.
  - d) Consejería en nutrición y conductas de riesgo en pacientes que padecen de cáncer.
  - e) Visitas médicas domiciliarias.
  - f) Áreas de esparcimiento y distracción donde se encuentren personas con el mismo problema de salud.
  - g) Facilidades de cobertura en salud, a través de un seguro integral oncológico



### EORTC QLQ-C30 (version 3)

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Por favor escriba sus iniciales:

Su fecha de nacimiento (día, mes año):

Fecha de hoy (día, mes, año):

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
1. ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un gran esfuerzo, como llevar una bolsa de compras o una maleta pesada?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de su casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	1	2	3	4

#### Durante la semana pasada:

	No	Un poco	Bastante	Muchísimo
6. ¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Tuvo algún impedimento para realizar sus hobbies o actividades recreativas?	1	2	3	4
8. ¿Se quedó sin aliento?	1	2	3	4
9. ¿Tuvo algún dolor?	1	2	3	4
10. ¿Tuvo que detenerse a descansar?	1	2	3	4
11. ¿Tuvo dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se sintió débil?	1	2	3	4
13. ¿Se sintió sin apetito?	1	2	3	4
14. ¿Sintió náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Tuvo vómitos?	1	2	3	4

Por favor, continúe en la página siguiente





**ANEXO N° 02**

**TABLA DEL TOTAL DE PACIENTES ENCUESTADOS Y LOS EXCLUIDOS**

	Número	Porcentaje
Fallecidos	26	11%
Pacientes que se cambiaron de domicilio	13	6%
Pacientes que se negaron a responder el test	16	7%
Pacientes no encontrados en su domicilio al momento de la aplicación del test	24	10.10%
Paciente incapacitado de comunicarse verbalmente	8	3.40%
Efectivos	150	63.30%
Total	237	100%

**ANEXO N° 03**

**TIPOS HISTOLOGICOS DE CANCER REGISTRADOS EN EL HOSPITAL  
HIPOLITO UNANUE 2014**

<b>TIPO DE CÁNCER</b>	<b>TIPO HISTOLÓGICO</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Mama</b>	Carcinoma ductal infiltrante	22	91.67%
	Carcinoma lobular infiltrante	2	8.33%
<b>Cuello Uterino</b>	Carcinoma epidermoide de exocervix	19	95%
	Adenocarcinoma mucinoso endocervical	1	5%
<b>Estómago</b>	Adenocarcinoma tubular de estómago	12	80%
	Adenocarcinoma de células en anillo de sello	3	20%
<b>Próstata</b>	Adenocarcinoma ductal de próstata	2	100%
<b>Pulmón</b>	Carcinoma de células escamosas	6	85.7%
	Carcinoma de células pequeñas	1	14.3%
<b>Piel</b>	Carcinoma basocelular de piel	1	100%
<b>Hígado</b>	Carcinoma hepatocelular	2	100%
<b>Leucemia</b>	Leucemia linfoblástica aguda de células B	2	100%

Fuente: Historia Clínica de los Pacientes con Cáncer.  
Hospital Hipólito Unanue de Tacna 2014