



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO  
MAYOR DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

**PRESENTADA POR  
EDER PIERR VEGA CALERO**

**ASESOR**

**JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**TESIS  
PARA OPTAR EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ  
2018**



**Reconocimiento - No comercial**  
**CC BY-NC**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, y aunque en las nuevas creaciones deban reconocerse la autoría y no puedan ser utilizadas de manera comercial, no tienen que estar bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE ONCOLÓGICO ADULTO  
MAYOR DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA**

**TESIS  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADO POR  
EDER PIERR VEGA CALERO**

**ASESOR  
MGTR. JOSÉ FRANCISCO PARODI GARCÍA**

**LIMA, PERÚ**

**2018**

## **JURADO**

**Presidente:** Brady Ernesto Beltrán Garate, magister en Medicina con mención en Oncología Médica

**Miembro:** Sixto Sánchez Calderón, maestro en Docencia Universitaria e Investigación

**Miembro:** Félix Konrad Llanos Tejada, médico especialista en Neumología

A Dios, a mis padres y a mis profesores, por apoyarme durante todo este  
proceso

## **AGRADECIMIENTO**

A todas las personas que de uno u otro modo colaboraron en la realización de este trabajo y especialmente a mis profesores de la Facultad de Medicina Humana.

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
<b>PORTADA</b>	
<b>JURADO</b>	ii
<b>DEDICATORIA</b>	iii
<b>AGRADECIMIENTOS</b>	iv
<b>ÍNDICE</b>	v
<b>RESUMEN</b>	vii
<b>ABSTRACT</b>	viii
<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
<b>CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO</b>	5
1.1 Antecedentes	5
1.2 Bases teóricas	13
1.3 Definición de términos básicos	17
<b>CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	18
2.1 Formulación de la hipótesis	18
2.2 Variables y su operacionalización	18
<b>CAPÍTULO III: METODOLOGÍA</b>	19
3.1 Tipo y diseño	19
3.2 Diseño muestral	19
3.3 Técnicas y procedimientos de recolección de datos	19
3.4 Procesamiento y análisis de los datos	21
3.5 Aspectos éticos	21
<b>CAPÍTULO IV: RESULTADOS</b>	23
<b>CAPÍTULO V: DISCUSIÓN</b>	28
<b>CONCLUSIONES</b>	32
<b>RECOMENDACIONES</b>	33
<b>FUENTES DE INFORMACIÓN</b>	34
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

## ÍNDICE DE TABLAS

	<b>Págs.</b>
<b>Tabla 1.</b> Medida resumen de la edad del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	23
<b>Tabla 2.</b> Características sociodemográficas del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	23
<b>Tabla 3.</b> Calidad de vida, buena o mala relacionada a la edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.	24
<b>Tabla 4.</b> Calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.	25
<b>Tabla 5.</b> Estado físico del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	26
<b>Tabla 6.</b> Estado emocional del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	26
<b>Tabla 7.</b> Estado social del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	26
<b>Tabla 8.</b> Estado de salud global del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	27
<b>Tabla 9.</b> Tipo de cáncer en la población de estudio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	27

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y transversal. El universo estuvo constituido por pacientes con edad mayor o igual a 60 años, con diagnóstico de cáncer y que fueron atendidos en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

**Resultados:** De un total de pacientes, el 63% de los pacientes oncológicos presentaron una mala calidad de vida global. En el análisis bivariado, la edad promedio relacionada con la calidad de vida, se apreció que los pacientes con buena calidad de vida tuvieron una edad promedio de  $68 \pm 6.97$  años. En la calidad de vida relacionada al sexo; se demostró una mayor proporción de mujeres con mala calidad de vida. Al evaluar la calidad de vida en relación al estado civil, se observó que en los pacientes casados, solteros y separados; predominó una mala calidad de vida, resultado contrario presentaron los pacientes viudos, en quienes predominó una buena calidad de vida, mientras que en los convivientes la calidad de vida fue indiferente. Respecto a la calidad de vida y el grado de instrucción, se evidenció que existe un predominio de una mala calidad de vida en todos los niveles educativos. A través de la medida de tendencia central (media) y medida de dispersión (desviación estándar), se pudo determinar que la calidad de vida en el estado físico fue de  $67.4 \pm 16$ ; la emocional,  $52.7 \pm 26$ ; la social,  $63.6 \pm 20$  y la salud global,  $63.8 \pm 15$ .

**Conclusión:** Existe una mala calidad de vida global en la mayoría de pacientes oncológicos adultos mayores (63%) que fueron atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Así mismo se presenta una tendencia a una mejor calidad de vida en el estado físico, emocional, social, salud global.

**Palabras clave:** Calidad de vida, paciente oncológico

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the quality of life of the elderly adult cancer patient in the Medical Oncology Unit of the National Hospital Arzobispo Loayza.

**Methodology:** Observational, extensive and transversal study. The universe was constituted by patients older than or equal to 60 years, diagnosed with cancer and who were treated at the Medical Oncology Unit of the National Hospital Arzobispo Loayza.

**Results:** Of a total of patients, 63% of cancer patients had a poor overall quality of life. In the bivariate analysis, the average age related to quality of life, it was observed that patients with good quality of life had an average age of  $68 \pm 6.97$  years. In the quality of life related to sex; a greater proportion of women with poor quality of life was demonstrated. When assessing the quality of life in relation to marital status, it was observed that in married, single and separated patients; the poor quality of life prevailed, the opposite result was presented by the widowed patients, in whom a good quality of life prevailed, while in the cohabitants the quality of life was indifferent. Regarding the quality of life and the level of education, it was evident that there is a predominance of poor quality of life at all educational levels. Through the measure of central tendency (mean) and measure of dispersion (standard deviation), it was possible to determine that the quality of life in the physical state was  $67.4 \pm 16$ ; the emotional one,  $52.7 \pm 26$ ; the social,  $63.6 \pm 20$  and global health,  $63.8 \pm 15$ .

**Conclusion:** There is a poor overall quality of life in the majority of elderly cancer patients (63%) who were treated at the National Hospital Arzobispo Loayza. Likewise, there is a tendency towards a better quality of life in the physical, emotional, social, global health.

**Keywords:** Quality of life, oncological patient

## INTRODUCCIÓN

El cáncer es considerado, actualmente, como un grave problema de salud pública, debido a la alta morbilidad que este representa; además de los años de vida perdidos por discapacidad <sup>(1)</sup>. En el 2012, en el Globocan, se reportaron 14.1 millones de casos nuevos de cáncer y que 32.5 millones de personas vivían dicha enfermedad; para el 2025 se estima que debido a los cambios demográficos y de envejecimiento, 19.3 millones de serán diagnosticados <sup>(2)</sup>.

A nivel latinoamericano se registraron 2.8 y 1.3 millones de casos nuevos y muertes por cáncer, respectivamente; así mismo, los casos nuevos de cáncer en América están en aumento por el crecimiento, envejecimiento y el cambio de estilos de vida <sup>(2)</sup>. La principal causa de que la mortalidad siga siendo mayor es debido a la demora en la detección del cáncer, esto ocurre por un menor acceso a los servicios de salud <sup>(3)</sup>.

A nivel nacional se reportaron 18 319 de casos nuevos al año de cáncer, en el periodo comprendido entre el 2006-2011, además se demostró que las mujeres que sufrían de cáncer presentaron mayoritariamente: cáncer de cérvix, mama y estómago; mientras que a nivel masculino los más frecuentes fueron cáncer de estómago, próstata y piel. El número de los años de vida saludables perdidos (AVISA) por cáncer fue de 418 690, constituyendo el 8% de la carga de enfermedad nacional <sup>(3)</sup>.

Tradicionalmente, se trataba la enfermedad basándose solo en datos objetivos que se reflejan desde una perspectiva médica; sin embargo, es preferible tratar este mal desde una manera más holística, tomando en cuenta también la perspectiva del paciente, es decir, seguir un modelo biopsicosocial <sup>(1, 4)</sup>.

En salud, calidad de vida se define como el conjunto de agentes físicos, emocionales y sociales que contribuyen al bienestar del ser humano <sup>(4-5)</sup>.

A nivel de oncología, el estado funcional y calidad de vida fue una preocupación en la práctica de dicha especialidad; por tal motivo en 1946 Karnofsky y Burchenal desarrollaron una escala clínica para cuantificar el rendimiento funcional de los pacientes con cáncer <sup>(6)</sup>. No obstante, se sabe que la calidad de vida resulta un problema mucho mayor del que se pensaba en esa época <sup>(7)</sup>. Motivo por el cual en las últimas décadas se dio una mejor definición haciendo que se le tome mayor importancia en los ensayos clínicos, puesto que es una variable que permite realizar seguimiento de la eficacia de las intervenciones y se relaciona muy bien con la supervivencia del paciente, siendo un área amplia de investigación, por su utilidad para identificar mejores tratamientos para cada paciente <sup>(8)</sup>.

El cáncer en adultos mayores es más prevalente <sup>(2)</sup>, en este grupo etario la elección de la terapéutica óptima se basa más en la edad fisiológica que la edad cronológica, en tal sentido la calidad de vida debiera ser un elemento crítico en la elección de la terapia, puesto que nos permite identificar los grupos en los cuales la terapia puede o no ser más agresiva. Existen pocas publicaciones respecto a este tema a nivel nacional <sup>(1, 9-12)</sup>. Por tal motivo, la presente investigación se realizará en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza dado que este establecimiento de salud, se encuentra después del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) en cuanto a la atención de pacientes con cáncer en Lima Metropolitana.

A todo esto, los tratamientos oncológicos siempre se enfocaron en las variables biomédicas, que a su vez se basan en las tasas de respuesta al tratamiento, transcurso de la enfermedad o perduración global del paciente; pero ante la disconformidad con ese enfoque se generó la necesidad de una aproximación más holística, que se extiende hacia su integridad <sup>(6)</sup>.

Con el advenimiento de nuevos tratamientos también se generó un cambio en la mentalidad del oncólogo clínico quien incremento su inclinación en asuntos relacionados con calidad de vida. Esto debido a la incapacidad de poder contar con medicamentos que puedan prolongar la vida del paciente, por tanto, mejorar su calidad de vida <sup>(13)</sup>.

Debido al gran problema que representa el cáncer en la salud pública, especialmente por la pérdida de AVISAS <sup>(1-3)</sup>, que según se estima irá en aumento, según las variaciones demográficas y de envejecimiento <sup>(2)</sup>, además de problemas propios de la enfermedad, se suman los fenómenos de toxicidad o eventos adversos que se asocian a los tratamientos oncológicos, produciendo así una conmoción fundamental en cuanto vitalidad del paciente se trata. Tal es así que ahora se tiene gran interés en ver instrumentos que puedan medir tanto el impacto de la enfermedad como del propio medicamento, en el estado de salud del individuo <sup>(25)</sup>.

Por consiguiente, es necesario manejar un enfoque general del estudio de la calidad de vida, cambios psicosociales y las reacciones adversas del paciente enfermo de cáncer; esta rama de la investigación está vinculada al campo de la psicología oncológica; cuyo objetivo es adquirir habilidades para poder participar en un sinnúmero de actividades al que están destinadas y así proporcionar el bienestar e incrementar la supervivencia del paciente <sup>(9)</sup>.

Debido a esto, en Perú se precisa desarrollar información que permita conocer y mejorar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Existen algunas investigaciones a nivel nacional que abordan esta problemática <sup>(1, 9-12)</sup>. Pero hace falta un mayor interés en este campo, sobre todo en el grupo del adulto mayor en el cual las comorbilidades y distintos aspectos sociales conllevan a una menor calidad de vida. En tal sentido la información obtenida ayudará a mejorar las estrategias de abordaje empleada a los pacientes adulto mayor. Debido a lo expuesto es conveniente realizar la presente investigación, como evidencia que permita fundamentar la administración cotidiana sobre encuestas de calidad de vida en los diferentes servicios de oncología del país, para acceder a una visión más universal de la calidad de vida en este grupo de pacientes oncológicos, la implementación de este estudio en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, que es uno de los hospitales con mayor afluencia de pacientes oncológicos del país, permitirá aportar mayores herramientas al servicio de oncología para una atención integral de sus pacientes.

El diseño del presente estudio fue observacional, de corte transversal; por lo tanto, no se tuvo que realizar un seguimiento en el tiempo de la evolución de los casos presentados en el estudio. En la validez interna del estudio existe la posibilidad de sesgo de selección, ergo se controló con la adecuada aplicación de criterios de inclusión y exclusión. En cuanto a la posibilidad de sesgo de información por parte del paciente esta fue regulada con un adecuado control de la calidad, es decir, con la supervisión y monitoreo durante la recolección de datos; así mismo, la encuesta fue revisada por el mismo investigador. Y en cuanto a la validez externa, el muestreo fue no probabilístico intencional y se realizó en un solo establecimiento, por tanto, no es posible extrapolar los resultados a la población general.

Por el diseño del estudio, se contó con logística y un tiempo de realización para la investigación. De igual manera con el financiamiento para el estudio. Las encuestas fueron aplicadas por el propio investigador y se contó con un hardware y software donde se digitaron los datos obtenidos y el programa estadístico para el análisis de los mismos, esto último se realizó con el asesoramiento de un estadístico. Con respecto al lugar donde se realizaron las encuestas, se solicitó la autorización a la dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y aprobación de su Comité de Ética e Investigación.

Finalmente, se planteó como objetivo general; determinar la calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, y como objetivos específicos; describir la calidad de vida en los aspectos del estado emocional, social, físico y salud global.

## CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

### 1.1 Antecedentes

Moncada S, et al. en 2015 elaboraron un estudio con el objetivo de realizar la adaptación cultural y validación psicométrica del cuestionario EORTC QLQ STO-22 para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer gástrico en el Perú. Emplearon un estudio prospectivo, la muestra estuvo comprendida por 30 pacientes para la validez de apariencia, 29 pacientes para la evaluación de la fiabilidad del test y re-test, finalmente 44 pacientes para la valoración de consistencia interna. Hallaron 0.90 en el alfa de Cronbrach y 0.924 de fiabilidad en el re-test. Concluyeron que el cuestionario EORTC QLQ STO-22 modificado cumple con los criterios de confiabilidad y validez para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer gástrico <sup>(10)</sup>.

Heidari J, et al. en 2015 realizaron una investigación con el objetivo de estudiar la calidad de vida relaciona con la fase metastásica del cáncer gastrointestinal en referencia al centro educativo de la Universidad de Ciencias Médicas de Mazandaran en Irán. Utilizaron un estudio analítico-descriptivo, comprendida de 205 participantes. Encontraron que la edad media y desviación estándar de los pacientes fueron  $60.56 \pm 2$ ; la relación más alta entre edad y espiritualidad, estuvo relacionada con pacientes mayores de 60 años. Concluyeron que la salud espiritual y emocional fueron un factor influyente en la calidad de vida de los pacientes <sup>(14)</sup>.

Salas J, en 2014 realizó un estudio con el objetivo determinar la calidad de vida del paciente oncológico terminal en la unidad de terapia del dolor y cuidados paliativos del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima-Perú. Su estudio fue descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo comprendida de 51 participantes. Halló 41.2% pacientes oncológicos terminales con calidad de vida media; el cual estuvo conformado por cuatro dimensiones: 47.1% psicológicas, 33.3% social, 40% físico y 27.5% funcional. Concluyó que la calidad de vida fue clasificada como mala en aquellos enfermos oncológicos <sup>(1)</sup>.

Ibarrázaval M, et al. en 2014 elaboraron un estudio con el objetivo validar en Chile el cuestionario específico sobre cáncer de mama desarrollado por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer. Estudio descriptivo, comprendida de 103 participantes con edades entre 34 y 83 años. Evidenciaron que el cuestionario BR23 mostraban niveles satisfactorios de sensibilidad y especificidad en comparación con la escala SF-36. Concluyeron que el cuestionario BR23 adaptado para el uso en Chile es lingüísticamente apropiada y psicométricamente válida <sup>(16)</sup>.

Fonseca M, et al. en 2013 el objetivo de la investigación consistió en evaluar la percepción de calidad de vida y la factibilidad técnica en pacientes oncológicos terminales. De diseño descriptivo, transversal, la muestra estuvo comprendida de 77 pacientes con diagnóstico de cáncer de diversas etiologías a quienes se le aplicó la encuesta FACT-G. Hallaron 16 pacientes con bienestar emocional, 17.3 bienestar funcional, 21.2 bienestar físico y 12.5 bienestar social familiar; el escord final que representa la suma de las cuatro divisiones anteriores, con una escala de 0 a 108, fue de 67, que representa el 62% del puntaje máximo. Concluyeron que es posible efectuar encuestas sobre calidad de vida en enfermos oncológicos, lo que permitirá realizar intervenciones puntuales, así como mejorar su calidad de vida <sup>(4)</sup>.

Arregui L, y et al. en 2012 el objetivo consistió en conocer la asociación entre la incertidumbre en la calidad de vida en hombres con cáncer de próstata y mujeres con cáncer de mama. Utilizaron un diseño trasversal y correlacional, con una muestra de 100 participantes. Encontraron niveles de incertidumbre en una media de 48.59; y para los niveles de calidad de vida, una media de 58.25. Además, la incertidumbre se correlacionó positivamente a la calidad de vida; la ambigüedad tuvo, una media de 43.58; el nivel de complejidad obtuvo una media de 59.6; la falta de información alcanzó una media de 45 y para la falta de predicción una media de 61.5. Concluyeron que la reconceptualización de la teoría de incertidumbre ante la enfermedad y las perspectivas de su desarrollo pueden explicar el vínculo entre la incertidumbre y la calidad de vida en hombre y mujeres sobrevivientes de cáncer y pueden servir como guía para estudios futuros <sup>(19)</sup>.

Herrera J, et al. en 2010 realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la efectividad del tratamiento quirúrgico y adyuvante en mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de colon en comparación al de cáncer rectal. El estudio fue cohortes ambispectivo, comparativo, longitudinal y analítico, contando con 27 participantes a los cuales se les dividió en dos grupos, el grupo A de 12 pacientes, con diagnóstico de adenocarcinoma de colon, y el grupo B de 15 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de recto. Encontraron una valoración de la calidad de vida: en el grupo A la puntuación fue de  $67.86 \pm 17.9$  y en el grupo B la puntuación fue de  $68.50 \pm 11.94$ , dicha puntuación se tomó del cuestionario QLQ-C30 luego de los tres meses postoperatorios. Concluyeron que los procedimientos quirúrgicos que se realizan tanto para cáncer de colon como para el recto serán igual de efectivos cuando se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes <sup>(12)</sup>.

Arancibia H, et al. en 2009 elaboraron un estudio con el objetivo evaluar la calidad de vida en los pacientes operados de cáncer gástrico. El estudio fue descriptivo, la muestra consto de 33 pacientes sometidos a gastrectomía total curativa o gastrectomía parcial para cáncer gástrico. Hallaron que el lapso promedio desde el momento de la intervención quirúrgica hasta la entrevista, fue de 52.2 semanas, percibiendo su calidad de vida como buena al 55% con una calidad de vida encasillada como buena. Por otra parte, los pacientes varones y los que tienen más de 6 meses de cirugía, obtuvieron mayores puntajes; obteniéndose mejores resultados en los aspectos psicológicos. Concluyeron que de los pacientes post operados de cáncer gástrico obtuvieron una buena calidad de vida a pesar de la gravedad que conlleva esta enfermedad. Esto podría explicar la importancia que tienen los factores psicológicos al influir en la calidad de vida del paciente <sup>(15)</sup>.

Okino N, et al. en 2009 realizaron una investigación con el objetivo evaluar la calidad de vida de pacientes con cáncer sometidos a quimioterapia. La metodología de la investigación fue descriptivo y transversal, donde se empleó el instrumento EORTC QLQ-C30, en 30 participantes. Hallaron una variación de 71.26 a 75.12 en el promedio de las funciones que desempeñaron cada participante, convirtiéndose así un índice satisfactorio. En cuanto al promedio,

hallaron un nivel emocional de 34.44, dolor 23.33 y fatiga 22.31. Concluyeron que la calidad de vida fue satisfactoria en todos los ámbitos a excepción de la función emocional, que manifestó ser baja quedando demostrado así que las reacciones adversas de la quimioterapia influyen negativamente en la calidad de vida de los enfermos <sup>(20)</sup>.

Cruz N, en 2009 realizó una investigación con el objetivo de estudiar la calidad de vida en los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de próstata entre el año 2000 a 2005. El estudio fue observacional, prospectivo, longitudinal y analítico, con 111 participantes de muestra poblacional y 100 sujetos control. Los resultados determinaron que quienes fueron tratados con bloqueo androgénico complejo llegaron a ser afectados tanto a nivel cognitivo como sintomático; sin embargo, durante todo el estudio no se pudo evidenciar un deterioro relevante en los pacientes con deprivación hormonal. Concluye que la técnica con bloqueo androgénico complejo produjo consecuencias negativas en determinados aspectos de calidad de vida del paciente <sup>(21)</sup>.

Mara S, et al. en 2008 realizaron una investigación con el objetivo de evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama y cáncer de colon tratados con quimioterapia adyuvante. El tipo y diseño de investigación fue exploratorio y descriptivo, con una muestra de 21 participantes. Evidenciaron un descenso en las funciones emocionales, físicas, cognitivas y sociales; así como también se pudo notar que los síntomas tales como la fatiga, náuseas, vómitos, dolor, insomnio, pérdida del apetito y diarrea incrementaron al inicio del estudio; es por ello que el promedio de la evaluación del estado general de salud/calidad de vida incrementó luego de los tres meses transcurridos en el tratamiento. Concluyeron que la quimioterapia adyuvante pudo originar gran conmoción en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama y cáncer de colon quienes fueron tratados con dicho tratamiento <sup>(18)</sup>.

Fredy S, en 2006 realizó un estudio con el objetivo de describir la calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. La metodología del estudio fue descriptivo y de corte transversal en 48 pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama. Los resultados determinaron que la calidad de vida distingue

como mala al 81.3% de los pacientes evaluados, comparado con el 4.2% de los pacientes con calidad de vida considerada buena y muy buena. Concluyó que existe un evidente desgaste de calidad de vida en el curso de esta patología, siendo necesario crearse programas de evaluación y educación para el paciente, las cuales incluyan las variables psicosociales, desde un enfoque integral <sup>(9)</sup>.

Valle R, et al. en 2006 realizaron un estudio con el objetivo de determinar la prevalencia de sintomatología depresiva y calidad de vida. El diseño del estudio fue analítico, observacional y transversal, la muestra consistió 24 pacientes. Hallaron una prevalencia 38% de pacientes con síntomas depresivos y 38% de pacientes con baja calidad de vida. Concluyeron que la calidad de vida no llega a tener una asociación significativa con la sintomatología, pero sí con el grado de instrucción <sup>(11)</sup>.

Arraras J, en 2008 realizó un estudio con el objetivo de evaluar las propiedades psicométricas de la tercera versión de este cuestionario EORTC QLQ-C30. El diseño fue prospectivo, la muestra comprendió de 137 pacientes con cáncer de próstata. Obtuvo una media y desviación estándar de calidad de vida en el estado físico 91.9 +/-13.3, estado emocional 90.1+/- 17.1, estado social 94.8+/- 12.5, estado de salud global 71.3 +/-18.6 <sup>(26)</sup>. Concluyó que EORTC QLQ-C30 se ha demostrado como un instrumento fiable y válido al ser aplicado a una muestra de pacientes españoles con cáncer de próstata <sup>(26)</sup>.

Grupo de Estudio de Calidad de Vida EORTC, en 2002. El objetivo de dicho trabajo es validar la tercera versión de este cuestionario (3.0) para su uso en España. El diseño fue prospectivo, contaron con una muestra de 201 pacientes en un rango de edad de 21 a 90 años; todos con diagnóstico de cáncer de Cabeza y Cuello. Los resultados obtenidos en este estudio con respecto a estado físico fue de 88.6+/-17, estado emocional 80.6+/- 19, Estado Social 88.4+/- 22, Estado de Salud Global 64.7 +/-22. Concluyeron que EORTC QLQ-C30 se ha demostrado como un instrumento fiable y válido al ser aplicado a una muestra de pacientes españoles con cáncer de cabeza y cuello <sup>(27)</sup>.

Soto-Cáceres C, et al. en 2012 realizaron una investigación cuyo objetivo fue Comparar el nivel de percepción de calidad de vida mediante en el cuestionario QLQ C30 y QLQ BR-23. El estudio fue observacional, prospectivo, analítico de casos y controles, la población en estudio fue de 76 pacientes, de los cuales 38 fueron pacientes con neoplasia confirmada estadio operable intervenidas con cirugía radical (mastectomizadas) y los controles de 38 pacientes con neoplasia confirmada estadio operable, que no han tenido Cirugía radical (no mastectomizadas). Obtuvieron que 21.05% tuvieron mala calidad de vida y 78.5% buena calidad de vida respecto a la calidad de vida global; en cuanto al estado físico, su media y desviación estándar fue de 38,9+12; estado emocional 49.3+/- 19.9; estado social 59.9+/- 26.8 <sup>(25)</sup>. Concluyeron que la percepción de mala calidad de vida en pacientes con cáncer de mama afecta solo a 5.27%.

Ruiz P, et al. en 2012 realizaron un estudio con el objetivo de evaluar la calidad de vida de un grupo de mujeres cuyo diagnóstico de cáncer de mama sea superior o igual a cuatro años. El estudio fue observacional, transversal y analítico, la población estuvo comprendida por 24 mujeres con cáncer de mama por más de 4 años. Hallaron mala calidad de vida obteniendo una puntuación de estado físico de 88.33+/-10.4, estado emocional 66.6+/-26.4.8, estado social 88.19+/-19.95, estado de Salud Global 63.88 +/-20.94. Concluyeron formar enfermeras especializadas en los cuidados específicos destinados a apoyar emocionalmente y educar a la mujer con cáncer de mama <sup>(28)</sup>.

Bermúdez C, en 2013 realizó un estudio cuyo objetivo era de realizar la medición de la calidad de vida en sujetos con diversos tipos de cáncer. El estudio fue no experimental y descriptivo, la población estuvo conformada por 40 pacientes de los cuales 45%estuvieron hospitalizados y el 55% pertenecían al programa ambulatorio. Hallaron que el cáncer predominante fue de mama en el sexo femenino y próstata en el masculino; la relación que se establece entre calidad de vida con el sexo, resultó en una mala calidad de vida prevaleciente en las mujeres; y con respecto a la edad comparado con la calidad de vida, los pacientes mayores de 64 años presentaron una buena calidad de vida. Concluyó que la medición de la calidad de vida es un proceso que se debería realizar de rutina en los servicios tanto hospitalarios como ambulatorios de atención en salud <sup>(29)</sup>.

Roque C, et al. en 2017 realizaron una investigación con el objetivo de determinar la calidad de vida en los pacientes con cáncer en cuidados paliativos. La metodología de la investigación fue observacional, descriptivo y corte transversal, la muestra estuvo conformada por 49 pacientes. Hallaron buena calidad de vida global, el sexo predominante fue con 59% femenino, 43% estado civil casado y 59% grado de instrucción primaria; la asociación entre calidad de vida con el estado civil, probó que es mejor, sobrellevar la enfermedad con una persona a lado casados, convivientes, a diferencia de aquellos pacientes que sobrellevan la enfermedad estando solos viudo, separado, soltero. Concluyeron que existe asociación entre calidad de vida y nivel educativo, habiendo una mala calidad de vida en todos los niveles de educación <sup>(30)</sup>.

## **1.2 Bases teóricas**

### **Calidad de vida**

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define Calidad de vida como La percepción que tiene un individuo de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno.

Aunque resulta complicado conceptualizar calidad de vida con exactitud puesto que cada persona le adjunta su propio significado. Constituido de diversos conceptos que afectan la satisfacción total de vida que incluyen la buena salud, un hogar adecuado, trabajo, estabilidad personal y familiar, afinidad, educación y actividades de ocio <sup>(31)</sup>.

### **Calidad de vida relacionada con la salud**

Es una definición más amplia de la calidad de vida en general; se define como la concentración de diversos aspectos de calidad de vida que son influenciados o que pueden influir en el estado de salud de una forma directa. Estos aspectos pueden incluir síntomas de la enfermedad y reacciones adversas del tratamiento, satisfacción con el tratamiento, el funcionamiento físico y el bienestar, el funcionamiento social y satisfacción con la vida y la salud mental; incluyendo, claramente, el bienestar emocional y el funcionamiento cognitivo <sup>(3)</sup>.

### **Calidad de vida relacionada con oncología**

En la práctica oncológica, la calidad de vida siempre ha sido una preocupación, debido a este hecho, en 1949, Karnofsky y Burchenal desarrollaron una escala clínica para cuantificar el rendimiento funcional de los pacientes con cáncer. Pero actualmente existen diversos instrumentos desarrollados para determinar la calidad de vida vinculada con la salud; especialmente para el cáncer se cuentan con múltiples instrumentos, que abarcan diferentes contextos clínicos.

Esta rama de la oncología es de vital importancia, ya que en la actualidad se necesita mayores herramientas para valorar tanto el impacto de la enfermedad como el impacto del tratamiento en el individuo.

En estudios que busquen explorar la utilidad de nuevos tratamientos oncológicos, se precisa realizar una investigación sobre calidad de vida vinculado con la salud de los pacientes.

Particularmente, la calidad de vida es de suma importancia para los pacientes que se encuentran en etapas avanzadas de la enfermedad que amenazan su vida. El cuidado paliativo es una especialidad médica interdisciplinaria que se enfoca en prevenir y aliviar el sufrimiento de los enfermos, además contribuye en el apoyo a una mejor calidad de vida posible para los pacientes y sus familias que enfrentan una enfermedad grave. Para la evaluación de la efectividad de este tipo de tratamientos es obligatorio el análisis de la calidad de vida, ya que la dimensión de sobrevivida no es considerable como el grado de control de los síntomas y la conservación de los diferentes dominios de la "calidad de vida del paciente" <sup>(25)</sup>.

### **Medición de la calidad de vida relacionada con la salud**

Existe una gran variedad de cuestionarios validados y confiables disponibles para una competente evaluación de la calidad de vida vinculada con la salud. Estos instrumentos se dividen en:

**Instrumento genérico del estado de salud:** Estos cuestionarios pueden ser aplicados a toda la población y pueden ser completados por pacientes con o sin dolencia médica. Estos instrumentos proporcionan puntos de referencia comparativos entre grupos de poblaciones saludables e indispuestos o distintos grupos de edad.

**Instrumento genérico de enfermedad:** Estos instrumentos pueden ser utilizados para cualquier población con dolencias médica, así como también pueden ser empleados como comparación de diversas dolencias en cuanto a su dificultad o intervención médica. Además, de poderse evaluar el estado de salud habitual del individuo, también se puede evaluar la apreciación del paciente con respecto a la repercusión funcional de la enfermedad o discapacidad.

**Instrumento específico de la enfermedad:** Estos instrumentos están diseñados para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes, específicamente de la enfermedad misma, tratamientos o síntomas específicos. Proporcionan una información más detallada que los instrumentos antes mencionados, también es posible que sean más susceptible a cambios específicos vinculado con los medicamentos.

### **Medición de la calidad de vida en oncología**

Debido al estudio y la importancia que tiene la calidad de vida para el tratamiento oncológico, se da inicio a la investigación con Karnofsky en calidad de vida del paciente oncológico. Dado que se requiere una mejor manera de análisis en calidad de vida de los pacientes oncológicos, esta rama de la investigación se ha expandido dramáticamente. Se han desarrollado diversas herramientas para

calcular la calidad de vida vinculada con la salud global, así como de síntomas específicos en cáncer. Dichos instrumentos fueron validados en diversas poblaciones y por consiguiente fue necesario traducirlo a varios idiomas. A su vez se han desarrollado diversos instrumentos específicos para población pediátrica y adulta con bajos niveles de alfabetización. Por tanto, basta solo la variabilidad de instrumentos para poder dividir la evaluación de calidad de vida:

**Índice general o global:** Donde se dimensiona los daños ocasionados por la enfermedad en un solo indicador que a su vez comprende una escala nominal. Esto será útil cuando se quiere saber la distancia entre el valor individual de calidad de vida y los valores normativos de una determinada comunidad.

Ejemplos:

Índice de Karnofsky (KPS)

Escala de Zubrod (ECOG)

**Índice particular:** Describen cada uno de los aspectos de la lesión causada por la enfermedad, configurando así una línea multidimensional relativa a esta. La aplicación de estos instrumentos es fundamental para permitir dar a conocer las áreas o aspectos que requieran mayor atención. Son estos índices los que se encuentran más desarrollados en los ensayos clínicos. Ejemplos:

EORTC QLQ - C30

Rotterdam Symptom Check List (RSCL)

Cáncer Rehabilitation Evaluation System (CARES)

Functional Assesment of Cancer Therapy Scale (FACT)

Se establece que para una adecuada valoración de la calidad de vida se debe emplear cuestionarios que cumplan las siguientes reglas:

- Deben de ser sencillos y concisos para desarrollar y comprender, es decir, no debe contar con más de 50 ítems.
- Autocumplimiento por parte del enfermo para aludir sobrestimaciones al ser suplementado por expertos.
- Diversas dimensiones que incluyan subescalas que evalúen aspectos físicos, funcional y psicosocial.

- Incorporar apariencias inherentes a un prototipo de cáncer específico.
- Contar con propiedades psicométricas apropiadas, que hayan sido determinadas en diversos pacientes con cáncer en sus diferentes estadios.
- Estar preparados para comprender las diferentes lenguas y culturas de los pacientes que serán evaluados.

### **Cuestionario EORTC QLQ - C30**

Elaborado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC), en 1987 desarrolló su primer cuestionario el EORTC QLQ-C36, que era específicamente para cáncer; caracterizado por ser multidimensional, sencillo y breve de acabar, además y principalmente, de que era aplicable en un amplio rango cultural. Pero a medida que se empleaba se fueron modificando y mejorando algunos aspectos de este, dando así la segunda generación, el cual es actual EORTC QLQ-C30. Es el instrumento relacionado con la calidad de vida más empleado en ensayos clínicos en Europa y actualmente es grandemente utilizado en América y otras partes del universo. Dicho cuestionario está validado en no menos de 80 idiomas para los diferentes países, como la versión validada en español y diseñada para la población peruana, siendo este instrumento el empleado en el presente estudio, este está constituido por 30 preguntas o ítems que se encargarán de valorar la calidad de vida que se encuentra vinculado con los aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes diagnosticados con cáncer.

En nuestro país, algunos estudios plantearon un punto de corte > 60 como indicador para una buena calidad de vida y < 60 como indicador para una mala calidad de vida <sup>(25), (31)</sup>.

### **1.3 Definición de términos básicos**

**Cáncer:** Neoplasia maligna, duro o ulceroso que tiende a invadir y destruir los tejidos orgánicos circundantes <sup>(31)</sup>.

**Cáncer avanzado o metastásico:** Se propaga desde la parte del cuerpo donde comenzó (el sitio primario) hacia diferentes partes del cuerpo <sup>(3)</sup>.

**Oncología:** Especialidad médica quien estudia y trata las neoplasias, tumores benignos y malignos, enfocándose principalmente en tumores malignos o cáncer <sup>(29)</sup>.

**Calidad de vida en oncología:** Se refiere a la calidad de vida vinculada con la salud, nivel psicosocial y la influencia que tienen con la enfermedad <sup>(12)</sup>.

## CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

### 2.1 Formulación de la hipótesis

El presente estudio es de tipo descriptivo, por lo tanto, la hipótesis está implícita.

### 2.2 Variables y operacionalización

<b>Variable</b>	<b>Tipo</b>	<b>Indicador</b>	<b>Categorías</b>	<b>Medio de verificación</b>
Sexo	Cualitativa Nominal	Género	Femenino Masculino	Encuesta
Edad	Cuantitativa discreta	Edad en años cumplidos	Según lo recolectado	Encuesta
Estado civil	Cualitativa nominal	Condición de una persona según el registro civil	Soltero Casado Divorciado Viudo Separado	Encuesta
Nivel educativo	Cualitativa nominal	Condición de una persona con respecto a su instrucción educativa recibida	Sin instrucción Primaria Secundaria Sup. técnico Sup. universitaria	Encuesta
Diagnóstico	Cualitativa nominal	Diagnóstico identificado con CIE 10 o CIE-O	Categorías correspondientes a neoplasia maligna	Historia clínica
Calidad de vida relacionada con la salud	Cualitativa nominal	Percepción del estado de salud medido con el cuestionario EORTC QLQ-C30	Buena calidad de vida: puntaje > 60  Mala calidad de vida: puntaje < 60	Encuesta

## **CAPÍTULO III: METODOLOGÍA**

### **3.1 Tipo y diseño**

Se realizó es un estudio observacional, descriptivo y transversal.

### **3.2 Diseño muestral**

#### **Población de estudio**

El universo del estudio estuvo conformado por pacientes que tienen una edad igual o mayor a 60 años con diagnóstico de cáncer que se atienden en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se evaluó a los pacientes que fueron atendidos en el periodo de mayo a junio de 2018.

#### **Criterios de selección**

#### **Criterios de inclusión**

- Paciente atendido o controlado en el consultorio externo de la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en los últimos 12 meses.
- Diagnóstico de neoplasia confirmado por el oncólogo.
- Aceptación de la aplicación de la encuesta con el consentimiento informado respectivo.
- Pacientes con tratamiento de quimioterapia, radioterapia, quirúrgico y/o terapia combinada.

#### **Criterios de exclusión**

- Paciente que no culmine la encuesta.
- Paciente con antecedente de déficit cognitivo que impida realizar la encuesta.

#### **Muestreo**

Se utilizó un muestreo no probabilístico, por intención.

### **3.3 Técnicas y procesamientos de recolección de datos**

Se solicitó los respectivos permisos del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y a la Unidad de Oncología Médica para acceder al trato con los pacientes con diagnóstico de cáncer que se encuentren en tratamiento. Al obtener la autorización, los pacientes fueron abordados en el consultorio externo, explicándoles el propósito del estudio. Posteriormente, se solicitó a los pacientes seleccionados quienes se encontraban en compañía de sus familiares, que procedan a firmar el formulario de consentimiento informado.

A continuación, se les hizo el Test Minimental de Folstein, para valorar la existencia de déficit cognitivo; si el puntaje es mayor a 27 en el test, nos indica que se trata de paciente sin deterioro cognitivo. Realizado todo esto, procedemos a la recolección de datos en base al cuestionario EORTC QLQ - C30 bajo el formato de entrevista. Tomó este proceso tomó entre 20 y 23 minutos.

#### **Obtención de autorizaciones**

Se solicitó las autorizaciones de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres y del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

#### **Instrumento de recolección de datos**

Se empleó el instrumento EORTC QLQ-C30.

#### **Cuestionario EORTC QLQ-C30**

*European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of life.*

El QLQ-C30 es un cuestionario que consta de 30 ítems, fue traducido y validado en 81 idiomas con uso a nivel mundial, siendo uno de los mejores cuestionarios para la valoración de la calidad de vida del paciente oncológico. La fiabilidad varía según estudios entre 0,52 y 0,89 en las diferentes escalas. Para el presente estudio, usaremos la versión adaptada al español <sup>(24)</sup>.

Otro estudio que se realizó en el Perú, para determinar la validación y confiabilidad del instrumento denominado QLQC30 (cuestionario de calidad de vida) para pacientes con cáncer, elaborado por la organización europea para la

investigación y tratamiento del cáncer (EORTC). Fue realizado por Monge Rodríguez F. (2006), con su estudio sobre Calidad de vida de los pacientes con cáncer de mama en el hospital ESSALUD Cuzco, cuyo objetivo fue describir la calidad de vida de este tipo de pacientes. Para la validación del instrumento se empleó el método basado en la covarianza de ítems, para este caso el coeficiente alpha Cronbach era de 0.89, lo que indica que existe un alto grado de confiabilidad del instrumento <sup>(9)</sup>.

El instrumento permite valorar la calidad de vida vinculada con la salud relacionado a los siguientes aspectos:

- Estado físico
- Estado emocional
- Estado social
- Estado global de salud

Los siguientes ítems se valorarán con puntuaciones que van desde 1 hasta el 4.

1. En absoluto
2. Un poco
3. Bastante
4. Mucho

La excepción será en la escala de salud global donde los ítems se valorarán con puntuaciones de 1 hasta al 7, siendo el ítem 1 como pésimo y el 7 como excelente.

Para la sumatoria, se debe aplicar la transformación lineal de 0-100 para cada una de las escalas con la finalidad de obtener una puntuación real para cada paciente, para ello aplicamos las fórmulas que están descritas en el Manual QLQ-C30, este indica que los valores altos en las escalas de salud global y área funcional (estado físico, emocional y social) reflejan una mejor calidad de vida.

### **3.4 Procesamiento y análisis de los datos**

Se procedió a realizar los siguientes pasos:

- Explicar a los pacientes sobre el proceso de investigación
- Aplicar el consentimiento informado
- Llenar las encuestas a través de entrevistas directas
- Registrar los datos en una base de datos predefinida en SPSS V22

Luego de registrar todos los datos del cuestionario EORTC QLQ-C30 en una tabla del programa Excel 2016, y según la fórmula brindada por el Manual EORTC se procedió a una transformación lineal de las escalas de calidad de vida a una puntuación de 0-100. Los puntajes obtenidos nos permitieron clasificar como buena calidad de vida global a puntajes mayor de 60 y mala calidad de vida global menor de 60, siguiendo el punto de corte encontrado en trabajos de investigaciones pasados.

Los puntajes obtenidos se sometieron para su análisis en el software SPSS versión 22 en español con el fin de obtener tablas que permitan analizar los datos.

A continuación, se realizó un análisis descriptivo, en donde las variables cualitativas fueron analizadas por medio de frecuencias absolutas y relativas; mientras que las variables cuantitativas se analizaron usando medidas de tendencia central (media, mediana, promedio).

### **3.5 Aspectos éticos**

El presente estudio pasó por la evaluación del Comité de Ética de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres y el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Se consideraron medidas con respecto a los participantes del estudio, donde su integridad física, emocional, personal e identidad no se vieran perjudicadas. No hubo procedimientos invasivos en el presente estudio y se detalló un consentimiento informado que el participante firmó.

Finalmente, se explicó adecuadamente las implicaciones del estudio, así como sus objetivos, duración, número de participantes y todo lo concerniente con la investigación a realizar.

## CAPÍTULO IV: RESULTADOS

**Tabla 1.** Medida resumen de la edad del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

Estadísticos	Edad
Promedio	67.45
Mínimo	60
Máximo	90
Desviación estándar	6.40

En la tabla 1 se observa la medida resumen de la edad del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza donde se encontró que la edad promedio fue de 67.45 años, siendo la mínima de 60 y la máxima de 90 años.

**Tabla 2.** Características sociodemográficas del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

<b>Sexo</b>	<b>n=100</b>	<b>%</b>
Femenino	61	61.0
Masculino	39	39.0
<b>Estado civil</b>	<b>n=100</b>	<b>%</b>
Casado	61	61.0
Conviviente	16	16.0
Soltero	13	13.0
Viudo	5	5.0
Separado	5	5.0
<b>Grado de Instrucción</b>	<b>n=100</b>	<b>%</b>
Sin instrucción	17	17.0
Primaria	49	49.0
Secundaria	28	28.0
Superior Técnico	1	1.0
Superior Universitario	5	5.0

En la tabla 2 se observa las características sociodemográficas del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, aquí apreciamos que el 61% son de sexo femenino y el 39% de sexo masculino. Con relación al estado civil, podemos observar que el 61% son casados, el 16% son de situación sentimental conviviente, el 13% son solteros y el 5% son viudos, mismo porcentaje para los separados. En relación con el grado de instrucción el estudio indica que el 49% accedió a estudios de nivel primario, el 28% tuvieron estudios de nivel secundario, el 17% no presentó estudios, el 5% presentó estudios de nivel superior universitario y el 1% contaron con estudios técnicos.

**Tabla 3.** Calidad de vida buena o mala relacionada a la edad, sexo, estado civil, grado de instrucción (n = 100)

Variables	Calidad de vida			
	Buena		Mala	
	n	%	n	%
<b>Edad en años (media ± DE)</b>	67 ± 5.34		68 ± 6.97	
<b>Sexo n (%)</b>				
Femenino	22	59.46	39	60.94
Masculino	15	40.54	24	39.06
<b>Estado civil n (%)</b>				
Casado	19	51.35	42	66.67
Conviviente	8	21.62	8	12.7
Soltero	6	16.22	7	11.11
Viudo	3	8.11	2	3.17
Separado	1	2.7	4	6.4
<b>Grado de instrucción n (%)</b>				
Sin instrucción	5	13.51	12	19.05
Primaria	18	48.65	31	49.21
Secundaria	12	32.43	16	25.4
Sup. técnico	0	0	1	1.59
Sup. universitario	2	5.41	3	4.76

En el análisis podemos observar que la edad promedio de los pacientes que poseen una buena calidad de vida es de 67 ± 5.34, mientras que, en los pacientes con mala calidad de vida es 68 ± 6.97. Con respecto al número de mujeres con

buena calidad de vida esta fue de 22 (59.46%) y mala calidad de vida, de 39 (60.94%); el número de varones con buena calidad de vida fue de 15 (40.54%) y mala calidad de vida, 24 (39.06%). En cuanto al estado civil, el número de casados con buena calidad de vida fue de 19 (51.35%) y mala calidad de vida con 42 (66.67%); el número de convivientes con buena calidad de vida fue de 8 (21.62%) y mala calidad de vida 8 (12.7%); el número de solteros con buena calidad de vida fue de 6 (16.22%) y mala calidad de vida fue de 7 (11.11%); el número de viudos con buena calidad de vida resultó ser 3 (8.11%) y mala calidad de vida fue de 2 (3.17%); el número de separados con buena calidad de vida fue de 1 (2.7%) y mala calidad de vida con 4 (6.4%). Con respecto al grado de instrucción, el número de personas sin grado de instrucción con buena calidad de vida es 5 (13.51%) y mala calidad de vida 12 (19.05%); el número de personas con grado de Primaria y buena calidad de vida es 18 (48.65%) y mala calidad de vida es 31 (49.21%); el número de personas con grado de Secundaria y buena calidad de vida es de 12 (32.43%) y mala calidad de vida es de 16 (25.4%); el número de personas con estudio Superior Técnico y buena calidad de vida fue de 0 (0%) y mala calidad de vida con 1 (1.59%); el número de personas con grado de Superior Universitario y buena calidad de vida fue de 2 (5.41%) y con mala calidad de vida 3 (4.76%).

**Tabla 4.** Calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

	<b>N° de pacientes</b>	<b>%</b>
Buena calidad de vida	37	37
Mala calidad de vida	63	63
Total	100	100

En la tabla 4 de un total de 100 pacientes atendidos en la Unidad de Oncología, 37% tienen una buena calidad de vida y 63% de los pacientes tienen mala calidad de vida.

**Tabla 5.** Estado físico del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

	<b>n</b>	<b>Media ± DE</b>
Estado físico	100	67.4 ±16

La tabla 5 nos muestra los valores, a través del cuestionario QLQ-C30, del estado físico referido por los pacientes adultos mayores de la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se describe que la media es 67.4 con una desviación estándar de 16.

**Tabla 6.** Estado emocional del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

	<b>n</b>	<b>Media ± DE</b>
Estado emocional	100	52.7 ± 26

La tabla 6 nos muestra los valores, a través del cuestionario QLQ-C30, del estado emocional indicado por los pacientes adultos mayores de la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se describe que la media es 52.7, con una desviación estándar de 26.

**Tabla 7.** Estado social del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

	<b>n</b>	<b>Media ± DE</b>
Estado social	100	63.6 ± 20

La tabla 7 nos muestra los valores, a través del cuestionario QLQ-C30, del estado social mencionado por los pacientes adultos mayores de la Unidad de Oncología

Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se encuentra que la media es 63.6, con una desviación estándar de 20.

**Tabla 8.** Estado de salud global del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

	<b>n</b>	<b>Media ± DE</b>
Estado de salud global	100	63.8 ± 15

La tabla 8 nos muestra los valores, a través del cuestionario QLQ-C30, del estado de salud global referido por los pacientes adultos mayores de la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Se describe que la media es 63.8 con una desviación estándar de 15.

**Tabla 9.** Tipo de cáncer en la población de estudio del Hospital Nacional Arzobispo Loayza

<b>Tipo de cáncer</b>	<b>%</b>
Mama	17
Próstata	28
Pulmón	13
Endometrio	20
Estomago	10
Colon	9
Páncreas	2
Piel	1

La tabla 9 muestra el porcentaje de cáncer en la muestra de estudio, siendo 17% cáncer de mama, 28% de próstata, 13% de pulmón, 20% de endometrio, 10% de estómago, 9% de colon, 2% de páncreas y 1% de piel.

## CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El mantenimiento y la mejora de la calidad de vida es uno de los objetivos clave de la atención que recibe el paciente oncológico. Desde hace muchos años atrás, se incrementó de manera importante la evaluación y la búsqueda de la mejora de dichos pacientes. La calidad de vida es un factor importante en algunos grupos más vulnerables que el resto, como, por ejemplo: los pacientes con enfermedad avanzada o quienes están atravesando la tercera edad, estos constituyen un grupo muy amplio de los pacientes oncológicos; resulta clave entonces, mantener una buena calidad de vida y hacer un balance entre este aspecto y los efectos resultados del tratamiento de la enfermedad. En tal sentido, este estudio tuvo como objetivo conocer el nivel de la calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Dando como resultado de esta investigación, que 63% de los pacientes oncológicos tuvieron una mala calidad de vida global, este resultado coincide con lo presentado por Monge F, <sup>(9)</sup> en su estudio calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco, donde se reportó que la calidad de vida se distingue como mala en el 81.3% de los pacientes. No obstante, Soto R, en 2012 <sup>(25)</sup>, en su investigación Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de Mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Chiclayo difiere, dado que, en su estudio, el 78.5% de las pacientes presentaron una buena calidad de vida global.

Respecto a la edad, en este estudio se obtuvo que el promedio de los pacientes oncológicos fue de  $67.45 \pm 6.4$  años, lo cual resultó semejante a las cifras reportadas en las investigaciones de Bermúdez C, <sup>(30)</sup> y Heidari J, <sup>(14)</sup> ya que estos estimaron que el promedio de la edad fue de  $60.98 \pm 11.5$  años y  $60.56 \pm 2$  años, respectivamente.

En referencia al sexo, en este estudio existió un predominio del sexo femenino, debido a que las mujeres representaron el 61% del total de la muestra. Bermúdez C, <sup>(30)</sup> demostró cierta semejanza, puesto que, el sexo con mayor proporción en su

investigación fue el femenino 72,5%; de igual manera, Roque C, <sup>(31)</sup> reportó que el sexo femenino se presentó en mayor frecuencia 59%.

En cuanto al estado civil, 61% de los pacientes estaban casados, por otro lado, el grado de instrucción más frecuente fue el primario, llegando a un 49%. Roque C, <sup>(31)</sup> en su estudio demostró similitud con estas categorías, debido a que reportó más personas casadas y con grado de instrucción primario, siendo de 43 % y 59%, respectivamente.

En el análisis bivariado, respecto a la edad promedio relacionado con la calidad de vida, se apreció que los pacientes con buena calidad de vida tuvieron una edad promedio de  $68 \pm 6.97$  años, esto presentó similitud con la investigación desarrollada por Bermúdez C, <sup>(30)</sup> dónde se comparó la calidad de vida con la edad y se obtuvo como resultado que, todos los pacientes mayores de 64 años presentaron buena calidad de vida.

Por otro lado, respecto a la a calidad de vida relacionada al sexo; se demostró una mayor proporción de mujeres con mala calidad de vida, en comparación con los varones, lo cual coincide con Bermúdez C, <sup>(30)</sup> debido a que en su investigación existieron más mujeres que varones con mala calidad de vida.

En referencia a la relación de la calidad de vida con el estado civil, en los pacientes casados, solteros y separados; predominó una mala calidad de vida, caso contrario presentaron los pacientes viudos, en quienes predominó una buena calidad de vida, mientras que en los convivientes la calidad de vida fue indiferente. Estos resultados fueron distintos a lo reportado por Roque C, <sup>(31)</sup> dado que en su estudio las personas casadas y convivientes presentaron buena calidad de vida; y los viudos, mala calidad de vida. No obstante, existe concordancia en las personas solteras y separadas, ya que ellas presentaron una mala calidad de vida.

En cuanto a la relación entre la calidad de vida y el grado de instrucción, se pudo observar que existe un predominio de una mala calidad de vida en todos los niveles educativos; este resultado coincide con lo hallado por Roque C, <sup>(31)</sup>

quienes demostraron un predominio de la mala calidad de vida en todos los niveles educativos.

Con el respectivo cálculo de la medida de tendencia central (media) y medida de dispersión (desviación estándar), se pudo determinar que la calidad de vida referente al estado físico se obtuvo  $67.4 \pm 16$ ; la emocional,  $52.7 \pm 26$ ; la social,  $63.6 \pm 20$  y la salud global,  $63.8 \pm 15$ . Los resultados de las dimensiones de la calidad de vida, así como la calidad de vida global, fueron inferiores a lo hallado por Arraras J, et al. <sup>(26)</sup> quienes evaluaron la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata utilizando el cuestionario QLQ-C30, obteniendo como promedio en el estado físico,  $91.9 \pm 13.3$ ; en el emocional,  $90.1 \pm 17.1$ ; en el social,  $94.8 \pm 12.5$  y en la salud global,  $71.3 \pm 18.6$ .

De igual manera, el grupo de estudio calidad de vida EORTC <sup>(27)</sup>, en sus investigaciones realizadas en España, en pacientes con diagnóstico de cáncer de Cabeza y Cuello, obtuvo resultados superiores en el estado físico, emocional y social, con un promedio de  $88.6 \pm 17$ ,  $80.6 \pm 19$  y  $88.4 \pm 22$ , respectivamente; mientras que la salud global obtuvo un promedio semejante a lo reportado en esta investigación, siendo de  $64.7 \pm 22$ .

En otra investigación realizada en España por Ruiz P, <sup>(28)</sup> en la que se empleó el mismo cuestionario se observó semejanza en el aspecto emocional, con un promedio de  $66.6 \pm 26.4.8$ ; pero diferencia en el estado físico y social, ya que se obtuvo un promedio de  $88.33 \pm 10.4$  y  $88.19 \pm 19.95$ , respectivamente. Además, la calidad de vida global obtuvo un promedio de  $63.88 \pm 20.94$ , siendo similar a lo hallado en la presente investigación.

A nivel nacional, Soto R, <sup>(25)</sup> en su estudio desarrollado en el Hospital Almanzor Aguinaga de Chiclayo, cuyo objetivo fue comparar el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama obtuvo que el promedio de la calidad de vida en el estado físico fue de  $38,9 \pm 12$ ; en el emocional,  $49.3 \pm 19.9$  y en el social,  $59.9 \pm 26.8$ , resultando en puntajes bajos, comparados al presente estudio.

Cómo se puede apreciar con lo expuesto anteriormente, los estudios realizados en España (Arraras Urdaniz, 2008 y Grupo de Estudio EORCT) reportaron que los pacientes oncológicos presentaron una mejor calidad de vida global, así como en sus estados físico, emocional y social; independientemente del tipo de cáncer que padezcan. Mientras que, a nivel nacional, esta investigación, así como la de Soto R (2012), demostraron que la calidad de vida de los pacientes oncológicos puede ser mejor, debido a que los puntajes promedios obtenidos fueron relativamente bajos. Esta diferencia entre las regiones, Europa y América Latina, puede ser reflejo del mejor desarrollo de un sistema sanitario en comparación al otro, en el cual se brinde un manejo tecnológico e integral a los pacientes; así mismo, puede ser reflejo de una adecuada política pública orientada al bienestar del ser humano, sea cual sea su condición; lo cual contribuye a mejorar todos los aspectos de la vida del paciente, resultando en una mejor calidad de vida.

La valoración geriátrica integral demostró ser de utilidad en el manejo, abordaje y toma de decisiones en asuntos concernientes a pacientes oncológicos adulto mayor; optimizando el tratamiento dado por los oncólogos.

Esta investigación fue realizada bajo un muestreo no probabilístico, lo cual confiere una limitación frente a estudios que, con muestreo probabilístico, debido a que tendría una menor representatividad en la población, además de no poder realizar inferencias a la misma. Para la identificación de los pacientes con déficit cognitivo, se aplicó el Mini Mental State, con el cual se determinó que el 100% (103) de la población obtuvo un puntaje mayor o igual a 27, que es considerado como sin deterioro cognitivo, motivo por el cual no se excluyó a ninguno de los encuestados. Sin embargo, se excluyeron del estudio a tres, pues no culminaron la encuesta, por ende, la muestra final estuvo constituida por 100 personas.

## CONCLUSIONES

Existe una mala calidad de vida global en la mayoría de pacientes oncológicos adultos mayores (63%) que fueron atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Existe una tendencia a una mejor calidad de vida con respecto al estado físico ( $67.4 \pm 16$ ) en los pacientes oncológicos adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Existe una ligera tendencia a una mejor calidad de vida con respecto al estado emocional ( $52.7 \pm 26$ ) en los pacientes oncológicos adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Existe una tendencia a una mejor calidad de vida con respecto al estado social ( $63.6 \pm 20$ ) en los pacientes oncológicos adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

Existe una tendencia a una mejor calidad de vida con respecto al estado de salud global ( $63.5 \pm 15$ ) en los pacientes oncológicos adultos mayores atendidos en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza.

## RECOMENDACIONES

Desarrollar e implementar acciones intersectoriales, orientadas a la atención integral de las esferas del desarrollo físico, psicológico y social, de los pacientes con enfermedades oncológicas, otorgando especial relevancia a la mejora de la calidad de vida.

Llevar a cabo la elaboración de programas continuos y sostenidos en el tiempo para los pacientes oncológicos, destinados a optimizar las condiciones físicas que repercuten sobre su calidad de vida, brindando una orientación y consejería integral, así como una programación de atenciones con el fin de evaluar su estado de salud general.

Brindar talleres de pares intra y extramurales donde se fomente el desarrollo y mejora de la inteligencia emocional de los pacientes oncológicos, ya que esto permitirá una mejor adaptación y manejo de esta difícil etapa.

Fomentar la intervención e integración de los familiares en las atenciones de los pacientes oncológicos, con el fin de sensibilizarlos y lograr que estos puedan contribuir a la adaptación social de los pacientes, involucrándolos en las actividades diarias que ellos realicen.

Fomentar la creación del servicio de oncogeriatría o la participación de equipos geriátricos para el cuidado de personas mayores con enfermedades oncológicas.

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Salas JC. Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada. Cuid salud 2014; 1(1):1-10.
2. International Agency for Research on Cancer. Globocan 2012. Lyon: WHO/IARC; 2012 [acceso 15 de abril de 2016]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/>
3. Ministerio de Salud del Perú. Análisis de la situación del cáncer en el Perú, 2013. Lima: Dirección General de Epidemiología; 2013.
4. Fonseca M, Schlack C, Mera E, Muñoz O, Peña J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer terminal. Rev Chil Cir 2013; 65(4):321-328.
5. Moinpour CM, Feigl P, Metch B. Quality of life end points in cancer clinical trial: review and recommendations. J Natl Cancer Inst. 1989; 81:485-95
6. Karnofsky DA, Burchenal JH: The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In Evaluation of chemoterapeutic agents. Edited by MacLeod CM. New York: Columbia University Press; 1949:191-205.
7. Malhotra V. Functional problems in the patient with cancer. In: Up-to-date, Hesketh PJ, Savarese DMF (Eds), UpToDate, Waltham MA 2015 [acceso 15 de abril de 2016]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/>
8. Ganz PA. Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy complications. Cancer. 1994; 74(4):1445-52.
9. Monge FS. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama- Hospital EsSalud Cusco. Sitúa. 2006; 15(1):48-54.
10. Soria JM, Carrasco JG, Loza C, Ruiz Eloy, Payet E. adaptación cultural y validación psicométrica del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ

STO-22 para los pacientes con cáncer gástrico en el Perú. Rev Gastroenterology Perú. 2015;35(2):127-36.

11. Valle R, Zúñiga M, Tuzet C, Martínez C, De la Jara J, Aliaga R, et al. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. An Fac Med Lima. 2006; 67(4):327-32.
12. Herrera J, Diaz J, Yan-Quiroz F. 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 (Trujillo). Rev. Gastroenterology Perú: 2010; 30(2): 137-147.
13. Ferriols R, Ferriols F, Alós M, Magraner J. Calidad de vida en oncología clínica. Farm Hosp 1995; 19: 315-322.
14. Heidari J, Jafari H, Janbabaei G. Life quality related to spiritual health and factors affecting it in patients afflicted by digestive system metastatic cancer. Mater Sociomed. 2015; 27(5): 310-313.
15. Arancibia H, Carvajal C, Bustamante M, Justiniano JC, Talhouk O, Guler K, et al. Análisis de calidad de vida en pacientes gastrectomizados por cáncer gástrico. Rev Med Chile. 2009; 137:481-486.
16. Ibarrazaval ME, Rodríguez PF, Fasce G, Silva FW, Waintrub H, Torres C, et al. Calidad de vida en cáncer de mama: validación del cuestionario BR23 en Chile. Rev Med Chile. 2013; 141:723-734.
17. Ríos-Quezada MJ, Cruzat-Mandich C. Percepción y significados asociados a la calidad de vida en pacientes hemato-oncológicos. Rev Chil Neuro-Psiquiat. 2015; 53(4): 261-268.
18. Machado SM, Sawada NO. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos en tratamiento quimioterápico adyuvante. Texto Contexto Enfem, 2008; 17(4): 750-7.

19. Arreguín L, Morales MC, Bonilla ML, Soriano MM, Tlalpan RMT, Pérez V. Incertidumbre y calidad de vida en mujeres y hombres afectados por cáncer. *Enfermería (Montev.)* 2012; 1(12): 77-83.
20. Sawada NO, Nicolussi AC, Okino L, Coelho FM, Fontão MM. Quality of life evaluation in cancer patients to submitted to chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP*. 2009;43(3): 578-84.
21. Cruz NA. Resultados del uso en cáncer de próstata del bloqueo androgénico completo en área de salud con hospital de referencia de tipo 2 (1° parte). Calidad de vida: aplicación del instrumento EORTC QLQ-C30. *Arch. Esp. Urol*. 2009; 62(6): 431-459.
22. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute*. 1993; 85: 365-376.
23. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, on behalf of the EORTC Quality of life Group. The EORTC QLQ-C30 scoring Manual (3<sup>rd</sup> Edition). European Organisation of Research and Treatment of Cancer. Brussels; 2001.
24. Oñate-Ocaña LF, Ochoa-Carrillo FJ. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer. *Gaceta Mexicana de Oncología*. 2013; 12(6):379-381.
25. Soto-Cáceres CR. Soto-Cáceres V. Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. *Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Rev. Cuerpo méd*. 2012: 6(1): 25-29.
26. Arraras J, Illarramendi J, Valerdi J. The EORTC quality of life questionnaire qlq-c30 (version 3.0). Validation study for Spanish prostate cancer patients. *Rev. Psic. Salud*. 1995; 7: 13.

27. Arraras J, Arias F, Tejedor M. The EORTC QLQ-C30 (version 3.0) quality of life questionnaire. Validation study for Spain with head and neck cancer patients". *Psycho-oncology*. 2002; 11: 249.
28. Ruíz P, Almansa M. Calidad de vida en mujeres que conviven cuatro o más años con cáncer de mama, desde una perspectiva enfermera, España diciembre 2012. Facultad de enfermería, Universidad de Murcia *Revista de Salud Pública*.
29. Bermúdez C, Fabián H, Collazos M, Enrique J, Angarita Fonseca A. Medición de la calidad de vida por el cuestionario QLQ-C30 en sujetos con diversos tipos de cáncer de la ciudad de Bucaramanga-Colombia. *Enferm Glob*. abril de 2013; 12(30): 294-303.
30. Roque C, Castillo A. Evaluación de la calidad de vida mediante el cuestionario EORTC QLQ-C30 en pacientes con cáncer en cuidados paliativos [Tesis optar Título Médico Cirujano]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2017.
31. Miguel Oswaldo Cadena Sanabria, Jorge H, López R, Jesús S, Juan G, Henry B. Importancia de la valoración geriátrica integral en el manejo de pacientes con cáncer. Colombia agosto del 2012. Instituto de Oncología Carlos Ardila Lülle. *Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander*.

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

Titulo	Problema	Objetivos	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección de datos
Calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza	¿Cuál es la calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza?	<p><b>General</b></p> <p>Determinar la calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p><b>Específicos</b></p> <p>Describir la calidad de vida del paciente oncológico en su estado físico</p> <p>Describir la calidad de vida del paciente oncológico en su estado emocional</p> <p>Describir la calidad de vida del paciente oncológico en su estado social.</p> <p>Describir la calidad de vida del paciente oncológico en su estado global de salud.</p>	Observacional, descriptivo, transversal.	<p>El universo del estudio son los pacientes con edad igual o mayor a 60 años con diagnóstico de Cáncer que se atienden en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza.</p> <p><b>Muestreo</b></p> <p>No probabilístico, por intención.</p> <p><b>Análisis de datos</b></p> <p>SPSS versión 22.</p>	Encuesta EORTC-QLQ-C30 CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30

## 2. Instrumento de recolección de datos

### ENCUESTA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES ONCOLÓGICOS DEL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

EDAD:

SESO: F ( ) M ( )

ESTADO CIVIL: casado ( ) Conviviente ( ) soltero ( ) viudo ( ) separado ( )

EDUCACION: sin instrucción ( ) primaria ( ) secundaria ( ) sup. Técnico ( ) Superior. Universitario ( )

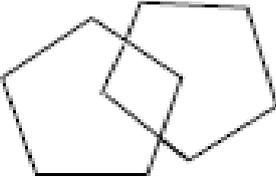
### ERORTC QLQ-C30 (versión 3)

Estamos interesados en conocer el grado de sus síntomas y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, encerrado en un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones

		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1	¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieren un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compras o una maleta?	1	2	3	4
2	¿Tiene dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3	¿Tiene dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4	¿Tiene que quedarse en cama o sentado la mayor parte del día?	1	2	3	4
5	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al baño?	1	2	3	4
<b>Durante la semana pasada</b>					
6	¿Tiene problemas para hacer su trabajo o las tareas de casa?	1	2	3	4
7	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus actividades de ocio?	1	2	3	4
8	¿Le faltó el aire?	1	2	3	4
9	¿Ha sentido dolor?	1	2	3	4
10	¿Necesitó descansar?	1	2	3	4
11	¿Ha tenido dificultad para dormir?	1	2	3	4
12	¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13	¿Le ha faltado apetito?	1	2	3	4
14	¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
<b>Durante la semana pasada</b>		<b>En absoluto</b>	<b>Un poco</b>	<b>Bastant</b>	<b>Much</b>



## Instrumento de valoración mental

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE de Folstein)		
	ORIENTACIÓN	
5	¿Qué año – estación – fecha – día – mes?	
5	¿Dónde estamos? (estado – país – ciudad – hospital – piso)	
	MEMORIA INMEDIATA	
3	Repetir 3 nombres (“árbol”, “puente”, farol”). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos	
	ATENCIÓN Y CÁLCULO	
5	Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear “mundo” al revés	
	RECUERDO DIFERIDO	
3	Repetir los tres nombres aprendidos antes	
	LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
2	Nombrar un lápiz y un reloj mostrados	
1	Repetir la frase “Ni sí, ni no, ni peros”	
3	Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: “Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo	
1	Leer y ejecutar la frase Cierre los ojos	
1	Escribir una frase con sujeto y predicado	
	Copiar este dibujo:  	
Puntuación total:		

### **3. Consentimiento informado**

#### **Calidad de vida del paciente oncológico mayor de 60 años del Hospital Nacional Arzobispo Loayza**

**Sr./Sra.:** .....

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

Resumen del proyecto:

El siguiente estudio tiene como propósito investigar la calidad de vida en pacientes mayores de 65 años. Debido a que existe una mayor expectativa de vida, conjuntamente con eso también existe mayor incidencia de cáncer en población adulta y adulta mayor, los efectos tanto propios de la enfermedad como los diversos tratamientos generan un deterioro a nivel de la calidad de vida, la práctica de la oncología ahora se orienta no solo al tratamiento sino también al mejoramiento global del paciente por tanto es importante tener una mejor definición y conceptualización de la calidad de vida, para eso se desarrollaron escalas para cuantificar este aspecto, para así poder orientar mejor el tratamiento. Para poder realizar este estudio, se cuenta con el cuestionario EORTC QLQ-C30, considerado como el mejor cuestionario de valoración de calidad de vida relacionada con la salud en cáncer, para poder tener una apreciación de la calidad de vida de los pacientes atendidos en la Unidad de Oncología Médica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Con lo recolectado en los cuestionarios se hará un análisis para ver las posibles correlaciones.

Confidencialidad de la encuesta:

Las únicas personas que sabrán que usted participó en el estudio somos los miembros del equipo de investigación. Nosotros no divulgaremos ninguna información sobre usted, o proporcionada por usted durante la investigación. Cuando los resultados de la investigación se publiquen o se discutan en

conferencias, no se incluirá información que pueda revelar su identidad. Si es su voluntad, su nombre no será registrado en la encuesta ni en ninguna otra parte.

Nadie fuera del equipo de investigación tendrá acceso a su información sin su autorización escrita. Si usted decide participar, usted está libre retirarse en cualquier momento sin tener ninguna consecuencia para usted. En el momento que solicite información relacionada con el proyecto los investigadores se la proporcionarán.

Al respecto, expongo que:

He sido informado/a sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades que la realización del procedimiento implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente.

He sido también informado/a en forma previa a la aplicación, que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, los investigadores responsables: Eder Pierr Vega Calero, con correo [eder\\_vega@usmp.pe](mailto:eder_vega@usmp.pe), teléfono: 984421942, ha manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. También puedo contactarme con el Comité Institucional De Ética En Investigación De La Universidad De San Martín De Porres, a través de la

Dirección de la Universidad de San Martín de Porres, Av. Alameda del Corregido 1531, Urb. Los Sirius III Etapa, La Molina, Teléfono: (511) 365-2300 anexo 160, correo: [etica\\_fmh@usmp.pe](mailto:etica_fmh@usmp.pe)

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo,....., DNI o pasaporte N°....., de nacionalidad....., mayor de edad. Consiento en participar en la investigación denominada: “Calidad de vida del paciente oncológico mayor de 65 años del Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, y autorizo a la Sr. Eder Pierr Vega Calero, investigador responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.

Fecha: ...../...../.....

Hora: .....

Firma de la persona que consiente: .....

Investigador responsable: .....

Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

## 4. Autorización institucional

PERU Ministerio de Salud Hospital Nacional Arzobispo Loayza

**DIRECCIÓN GENERAL**

Lima, 07 de Mayo del 2018

**OFICIO N° 1048 - HNAL -DG- 2018**

Señor  
**EDER PIERR VEGA CALERO**  
Investigador Principal  
**Presente.-**

Ref.: Aprobación de Trabajo de Investigación  
Expediente N° 008149 -2018

De mi mayor consideración:

Me dirijo a Usted para saludarla cordialmente y acusar recibo de vuestra solicitud de autorización para ejecución del Trabajo de Investigación, titulado: "Calidad de vida del paciente oncológico adulto mayor del Hospital Nacional Arzobispo Loayza"

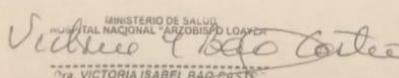
Al respecto le informamos que teniendo la opinión favorable del Comité Institucional de Ética en Investigación- Universidad Sn Martín de Porres (Oficio No 1341-2016-CIEI-USMP-CCM) Vo Bo de la Unidad de Oncología Médica-HNAL, del Comité de Investigación Institucional-HNAL (Informe de Evaluación No 008-18-HNAL-CII-2018, de fecha 04 de Mayo del 2018) y de la Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (MEMORANDUM N° 151-18/HNAL-OADeI-2018, de fecha 07 de Mayo del 2018), esta Dirección autoriza la realización del Proyecto de Investigación antes mencionado.

El mencionado Trabajo de Investigación estará bajo la asesoría y supervisión del Dr. ROLIG ALIAGA CHAVEZ Médico de nuestra Institución.

Se le informa que la vigencia de esta aprobación es por el período de un año a partir de la fecha, luego de lo cual de ser necesario, tendría que solicitar una renovación de Extensión de Tiempo y que los trámites deben realizarse dos meses antes de su vencimiento.

Sin otro particular, hago propicia la oportunidad para expresarle mi especial consideración.

Muy Atentamente,

  
MINISTERIO DE SALUD  
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA  
Dra. VICTORIA ISABEL BAGO CASTRO  
C. N. P. 18653 N. N. E. 9910  
Directora General (r)

