



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA  
UNIDAD DE POSGRADO**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022**

**PRESENTADO POR  
ISMAEL REYNALDO TOMAILLA TAYPE**

**ASESOR  
RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN  
PARA OPTAR  
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA  
MÉDICA**

**LIMA- PERÚ**

**2022**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual  
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

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



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**UNIDAD DE POSGRADO**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES  
ONCOLÓGICOS  
HOSPITAL MARÍA AUXILIADORA 2022**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**PARA OPTAR**

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ONCOLOGÍA MÉDICA**

**PRESENTADO POR**

**ISMAEL REYNALDO TOMAILLA TAYPE**

**ASESOR**

**Dr. RISOF ROLLAND SOLIS CONDOR**

**LIMA, PERÚ**

**2022**

**0**

## ÍNDICE

	<b>Págs.</b>
Portada	i
Índice	ii
<b>CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	<b>2</b>
1.1 Descripción de la situación problemática	3
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.3.1 Objetivo general	3
1.3.2 Objetivo específicos	3
1.4. Justificación	
1.4.1 Importancia	4
1.4.2 Viabilidad y factibilidad	5
1.5 Limitaciones	6
<b>CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO</b>	<b>7</b>
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Términos básicos	26
<b>CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES</b>	<b>27</b>
3.1 Formulación	27
3.2 Variables y su definición operacional	28
<b>CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA.</b>	<b>31</b>
4.1 Diseño metodológico	31
4.2 Diseño muestral	31
4.3 Técnica de recolección de datos	32
4.4 Procesamiento y análisis de datos	33
4.5 Aspectos éticos	33
<b>CRONOGRAMA</b>	<b>35</b>
<b>PRESUPUESTO</b>	<b>35</b>
<b>FUENTES DE INFORMACION</b>	<b>36</b>
<b>ANEXOS</b>	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumentos de recolección de datos	

## **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

### **1.1 Descripción de la situación problemática**

La Organización Mundial de la Salud OMS, define calidad de vida como la percepción desde el punto de vista cultural y los sistemas de valores, los cuales se relacionan con sus estándares, expectativas y metas. En el Perú, este concepto aún sigue siendo un tema de poca relevancia, razón por la cual se ubica en el puesto 124 del ranking de todos los países de Latinoamérica.

Un estudio publicado en 2020 sobre la experiencia del paciente reclutado por la medición de la calidad de vida en ensayos clínicos de oncología, recomienda no solo investigar esta percepción a corto plazo, si no realizar estudios de largo alcance a fin de obtener mejores resultados (1).

El departamento de Oncología del hospital María Auxiliadora de Nivel III que atiende una gran población proveniente del cono sur de Lima-Perú, no cuenta con instrumentos que puedan medir la calidad de vida de los pacientes oncológicos.

Por tanto, se debe utilizar un instrumento validado a nivel internacional como por ejemplo el cuestionario SF-36, que aparece en los años 90, a través de Medical Outcomes Study. Este cuestionario facilita un perfil de estado de bienestar, y se puede aplicar a la población general.

La presente investigación, que pretende medir la calidad de vida de los pacientes oncológicos del hospital María Auxiliadora, plantea un enfoque diferente, pues se podrá recolectar y analizar información que ayudará a conocer mejor a la población objetivo, describir el estado físico y mental de los

pacientes, y cada uno de los que formen parte del estudio. De esta forma, se logrará identificar de qué manera los pacientes perciben a largo plazo, los problemas y dificultades propios de su cáncer.

## **1.2 Formulación del problema**

¿En el 2022 como se encuentra la calidad de vida en pacientes oncológicos del hospital Nacional María Auxiliadora?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Conocer el estado de la calidad de vida de los pacientes oncológicos del hospital María Auxiliadora Lima 2022.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

Identificar las características epidemiológicas y socioeconómicas de los pacientes oncológicos.

Establecer las actividades físicas que realiza usualmente el paciente oncológico en su primera hospitalización.

Identificar la percepción del paciente oncológico con respecto a su estado emocional y qué tanto afecta a su actividad laboral, desde cuatro semanas antes de su hospitalización.

Identificar la percepción del paciente oncológico con respecto a su estado emocional y qué tanto afecta a su actividad social, desde cuatro semanas antes de su hospitalización.

Determinar el dolor físico y su implicancia en sus labores y actividades en general, desde cuatro semanas antes de su hospitalización.

## **1.4 Justificación**

### **1.4.1 Importancia**

Una de las enfermedades más prevalentes en el mundo es el cáncer, tratado muchas veces en el campo de la oncología. Sus consecuencias son de ámbito social, psicológico, biológico, que alteran por completo a la persona que padece este mal. Los pacientes con cáncer dejan de lado su autonomía física, son aquejados por muchos síntomas, y aumenta el temor que su vida no se prolongue, en definitiva, tienen miedo a morir. La persona afectada no logra tranquilidad emocional, económica, pues es una enfermedad muy cara en todo aspecto. De esto surge el concepto de calidad de vida en oncología, o llamado de otra manera, el cómo la persona percibe su enfermedad y ello determina su. Permite afrontar sus complicaciones, aceptar los tratamientos, aprender a tolerar si muchas veces no mejoran, y también resignarse cuando la enfermedad sea más fuerte que el tratamiento. Si el paciente no tiene un buen equilibrio físico, mental y social, todo es más difícil de afrontar, lo que termina deteriorando más su estado de salud.

Se debe mencionar esta forma de vida en oncología está cobrando cada día más auge, pues aparecen muchas terapias agresivas, y mejora la calidad de paciente para decidir su potestad. Actualmente, se debería considerar agregar a los objetivos de los ensayos clínicos, la repercusión del tratamiento o qué estrategia terapéutica se consideró; es decir, de qué manera la intervención médica influye en el bienestar biopsicosocial del individuo.

Este estudio plantea evaluar el estado de salud de los pacientes oncológicos del hospital María Auxiliadora, para conocer el estado de los pacientes,

sirviendo de base para posteriores estudios a la vez que servirá para identificar poblaciones con mayor afectación y desplegar intervenciones focalizadas para mejorar la terapia con actividades integrales que permitan apoyar la terapia farmacológica o quirúrgica de los pacientes en pro de una mejor recuperabilidad.

#### **1.4.2 Viabilidad y factibilidad**

El Servicio de Oncología médica del hospital María Auxiliadora, en sus dos áreas como hospitalización y consultorio externo, permite tener acceso y contacto con los pacientes oncológicos y realizar los cuestionarios referidos a calidad de vida, la cual es materia de investigación durante el año 2022. Por tanto, es factible realizar y ejecutar el presente estudio en la población ya definida.

Éticamente, es viable pues no afecta la salud de los pacientes y los datos serán confidenciales.

#### **1.5 Limitaciones**

Realizar el estudio con pacientes oncológicos dentro de una institución de salud compleja como el hospital María Auxiliadora presenta una serie de retos y dificultades entre ellas acceder a información subjetiva como lo es la calidad de vida.

Una dificultad para realizar el estudio es obtener el consentimiento de cada paciente oncológico y que acceda a ser parte del mismo para desarrollar el cuestionario SF36 en su totalidad. Existe riesgo de tener información



incompleta, ante lo cual se realizará reemplazo de casos que no contesten el cuestionario.

Por otro lado, tiene algunos sesgos, para determinar las dimensiones que evalúan el aspecto físico y mental, pues los datos serán manifestados según la percepción subjetiva de cada paciente.

Otra limitación es que el estudio es unicéntrico y sus resultados son extrapolables solo a poblaciones parecidas.

## **CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Antecedentes**

Haslam A (1) publicó, en 2020, una investigación sobre la experiencia del paciente reclutado por la medición de la calidad de vida en ensayos clínicos de oncología. Se empleó artículos sobre ensayos clínicos de oncología de las tres revistas de oncología de mayor impacto entre 2015 y 2018. Se encontró que la evaluación de la calidad de vida fue alta durante el tratamiento 69.8%, durante el seguimiento 54.4%, y en el final y hasta la muerte solo 3.4%. Las conclusiones fueron que las futuras investigaciones y recomendaciones de políticas deben considerar no solo los resultados de la CdV a corto plazo, sino también los resultados de la CdV a lo largo de la atención del paciente con cáncer.

Bahareh T (2) elaboró, en 2015, una investigación en Irán sobre CdV en pacientes con cáncer oral de 2004 al 2015. Se emplearon cuestionarios SF-36 y H&N35 (Head and Neck) por vía telefónica y se recopiló la información demográfica respecto a la enfermedad. Se encontró que la media del puntaje SF-36 obtenida fue de  $63.77 \pm 23.44$  (sobre 100) y el H&N QOL de  $63.7 \pm$

15.36 (35–140). Las conclusiones fueron que las mujeres y otros pacientes con terapia combinada tuvieron menos calidad de vida, y los que recibieron tratamiento antes, tuvieron mejor CdV en ambos cuestionarios ( $p < 0,001$ ). Esta se correlaciona significativamente con la recurrencia, edad avanzada y menor nivel educativo ( $P < 0,001$ ). Los pacientes con cáncer oral tuvieron menos calidad de vida que la población normal.

Eyigor S (5) presentó, en 2010, un estudio sobre el dolor informado, fatiga, dificultad para conciliar el sueño y la calidad de vida (CdV) en pacientes hospitalizados entre 18 y 50 años y  $> 60$  años con cáncer. Se empleó la inclusión de 53 pacientes. Se encontró que en el grupo  $> 60$  años, no hubo diferencias significativas en términos de dolor, fatiga, tipo de fatiga, dificultad para conciliar sueño, ni puntajes de CdV ( $p > 0,05$ ). Al comparar ambos grupos etéreos, la fatiga fue significativamente más alta en los pacientes  $>$  de 60 años ( $p < 0,05$ ). Las conclusiones fueron que, en otras dimensiones, (dolor, sueño y CdV), no hubo diferencia entre los pacientes hospitalizados con cáncer los pacientes  $> 60$  años y los más jóvenes.

Sánchez R (6) elaboró, en 2012, evaluó el concepto de calidad de vida en pacientes oncológicos. Se empleó una pregunta abierta: ¿cómo define la calidad de vida? Se encontró a 1029 pacientes de Colombia evaluados de 2010 a 2012, con neoplasia uterina, mamaria, prostática, gastro-colónica, y otro grupo de menores de edad con diferentes tipos de neoplasia maligna. Las conclusiones revelaron que estos conceptos dependen del tipo de cáncer y que

el confort de vida está entrelazado con el bienestar, la salud, la funcionalidad, una alimentación adecuada, la familia y a nivel espiritual.

Fonseca M (7) publicó en 2013 , una investigación sobre la evaluación funcional del tratamiento del cáncer. Se empleó el cuestionario FACT-G para un estudio descriptivo en 77 pacientes con diagnóstico de cáncer terminal. Se encontró que el área de confort físico fue evaluada con 21,21 sobre 28 puntos; el confort sociofamiliar resultó 12,575 de 28; el confort emocional, 16 de 24 y el confort funcional, 17,335 de 28. El puntaje que representaba la suma de las cuatro, con escala de 0 a 108, fue 67 y representa el 62 % del puntaje total. Las conclusiones fueron que las encuestas de la calidad de vida son sencillas de realizar ya que permite pesquisar oportunamente las áreas problemáticas y no lo que los médicos suponen para así brindar al paciente, familia y amigos una mejor calidad de vida en su etapa terminal.

Kwiatkowski F (8) presentó en 2017, una investigación sobre un ejemplo del impacto y utilidad de los estudios de calidad de vida. Se empleó en un ensayo clínico aleatorizado de dos semanas de intervención con terapia física adaptada y educación nutricional el SF-36 en quienes determinaron la CdV en supervivientes a cáncer de mama. Se encontró en 251 pacientes pos quimioterapia que: de 0,27 (-0,01; 0,56), 0,28 (-0,02; 0,58), 0,41 (0,02; 0,81) y 0,45 (0,11; 0,80) respectivamente. Las conclusiones fueron que la CdV mejoró progresivamente con un tamaño de efecto que se incrementó en los seguimientos desde los dos a cinco años.

Maas K (9) en 2017, en Holanda, diseñó un estudio sobre la evolución de la calidad de vida a mediano plazo en pacientes tratados con esofagectomía mínimamente invasiva (EMI), comparada con esofagectomía abierta (EA). Se empleó debido a resultados de estudios no canonizados discordantes en el impacto sobre la calidad de vida hasta el primer año de seguimiento. Se encontró la calidad de vida a un año de tratamiento fue mejor en el grupo de EMI que en EA, en el componente físico por SF-36 [ 50 (6; 48 - 53) versus 45 (9; 42 - 48) p .003]; salud general por EORTC - C30 [ 79 (10; 76 - 83) versus 67 (21; 60 - 75) p .004]; y dolor por EORTC OES18 [6 (9; 2 - 8) versus 16 (16; 10-22) p .001]. Las conclusiones fueron que la EMI se asoció a mejor calidad de vida a mediano plazo comparada con EA.

Fernando H (10) en 2014, elaboró una investigación a través de un ensayo clínico randomizado y multicéntrico, la calidad de vida global por SF-36 y el Score de disnea según SOBQ (Shortness of Breath Questionnaire) basales, a los tres, doce y 24 meses. Se empleó en pacientes operables de alto riesgo sometidos a resección sublobar, o sublobar más braquiterapia. Se encontró que los puntajes del componente físico (PCS) y mental (MCS) de SF-36 se estandarizaron y ajustaron para edad y género en controles normales, con puntajes menores a 50 indicando un estado de salud menor al promedio. Se buscó evaluar el impacto de los resultados basales en la supervivencia libre de recurrencia y en general, así como identificar subgrupos (tipo de cirugía, tipo de resección, localización del tumor, tamaño del tumor y función respiratoria) con una disminución de 10 puntos o con una mejoría en la CdV después de la operación. Las medias de puntaje basal de los 212 pacientes incluidos fueron

de 42,7; 51,1 y 70,8 en PCS, MCS y SOBQ, respectivamente. Las conclusiones fueron que no hubo diferencia significativa en la sobrevida libre de recurrencia o en la sobrevida en general respecto a un valor menor o mayor a la media de puntaje basal, excepto en una menor sobrevida general en pacientes con SOBQ por debajo de la media. No se encontró diferencia significativa entre los brazos del estudio en porcentaje de cambio en la calidad de vida desde el basal, tres, 12 o 24 meses de seguimiento. Una mejoría de 10 puntos en el PCS fue observada a los tres meses de cirugía asistida por videoscopia versus toracotomía (16,5% versus 3,6%,  $P= 0,02$ ). Por tanto, una pobre calidad de vida basal no predijo peor sobrevida general o sobrevida libre de recurrencia en esta población. La cirugía asistida por videoscopia se asoció con una mejoría de la función física a los tres meses, y de la disnea después de un año de seguimiento.

Vilagut G en 1999, revisa el ítem SF-36 realizado en América, para ser utilizado en MOS. Se trata de una escala que determina información del estado de confort y se puede aplicar a la población en general siendo de muy buena utilidad en pacientes en general. Ha sido evaluado en más de 400 estudios, lo cual lo convierte en uno de los instrumentos con más potencial para evaluar CVRS (11).

En estos últimos tiempos han existido innumerables trabajos teóricos catalogado a vida buena, estado de buena disposición, espiritual y se han obtenido muy buenos resultados con la aplicación de estos cuestionarios validados por OMS (12,13).

## **2.2 Bases teóricas**

### **Definición**

Hablar de calidad de vida conduce al siglo pasado, cuando la palabra bienestar, derivado de los pocos ajustes socioeconómicos que dejó la Gran Depresión de los años 30, se extendió incluso muchos años más tarde (1945-1960). Más adelante, el término calidad de vida se usó en dos ideas: en la lengua cotidiana de la población, con dirección a la felicidad que absolutamente la mayoría desea según Epicuro, pero buscaba estar vinculado a satisfacer necesidades; y, en la investigación científica, donde se analiza desde muchas vertientes del saber (2).

En otros términos, el estado de confort con relación a la salud, se centró en elaborar indicadores que permitieran medir y evaluar las muchas formas en que la población enferma y muere. Se utilizaron otras disciplinas para lograr una mejor comprensión del hecho ocurrido. De esta manera, surgió la International Society for Quality of Life Research quienes publicaron investigaciones en relación a temas de la salud, en sus diferentes áreas.

La enfermedad oncológica está deviniendo uno de los sufrimientos más prevalentes en el mundo. En la mayoría de las formas o tipos de cáncer, las tasas de incidencia aumentan conforme avanza la edad del paciente. Así mismo, la esperanza de vida está aumentando en zonas subdesarrolladas tanto como en países del primer mundo. Entonces, es de esperarse que la cantidad de pacientes con cáncer se incremente de manera proporcional (4).

Tradicionalmente, el tratamiento del cáncer ha sido basado en evidencia de acuerdo a tiempo libre de enfermedad, tiempo de supervivencia y tasa de respuesta (6). El tratamiento en oncología, sin embargo, debe evaluar al paciente con una perspectiva múltiple. Lo que espera cada paciente en cuanto a su recuperación y forma de terapia, pueden variar según el tipo de cáncer, el género o sexo del paciente, su edad y otros factores. El impacto que tiene el cáncer en su calidad de vida (CdV) significa un elemento vital para valorar en su evolución y recuperación (4).

La CdV del paciente se ha recomendado como uno de los principales puntos duros finales en los ensayos clínicos oncológicos y las demás investigaciones en cáncer (4).

### **Calidad de vida**

La elaboración del significado cultural y de la representación social de cada individuo parte de un proceso mental que se define a partir de las vivencias en el cual se desarrolla. Esto es lo que le otorga confort de vida y hace evidencia de calidad (2).

La CdV está basada en la experiencia de forma personal y subjetiva, lo cual puede explicarse en las variadas formas de conceptualización. Estas se han elaborado a partir de diferentes disciplinas. Como ejemplo, el área de las ciencias médicas relaciona la CdV con el estado de confort psicosomático del ser humano, la función orgánica, sus síntomas o la ausencia de patologías. En filosofía se asocia con alegría o lo expresado como una vida plena; para los financistas, con lo útil de los ingresos o en el intercambio de bienes y servicios.



Las ciencias sociales lo definen asociado al desarrollo de la persona en un campo social; los políticos, conceptualizan la CdV como un fin que debe perseguir cada ciudadano sea a medio o corto plazo. Por último, los ambientalistas relacionan la CdV con aquellas condiciones del medio ambiente en el cual se desarrolla un individuo (2).

### **Calidad de vida relacionado al bienestar.**

La gran relevancia de valorar este parámetro se encuentra en su gran impacto dentro de las políticas y prácticas sanitarias en las últimas décadas. Se debe tomar en cuenta que en el proceso de salud-enfermedad, existen grandes influencias como el aspecto económico, sociocultural, la experiencia de cada persona y su estilo de vida. Estos factores condicionan la manera en que se enferma y fallece cada sujeto, por ello la CVRS determina el impacto físico mental y social de las patologías o la incapacidad, de obtener mejores conocimientos de cada grupo de pacientes, de su respuesta y sentir frente a modernos tratamientos. En el campo de la salubridad pública, la CdV emerge como la manera importante y adecuada para ajustar la eficiencia, eficacia y el impacto de determinados programas comunes (2).

La OMS elaboró el concepto de confort de vida, como la percepción singular en cuanto a la posición de la vida en un contexto cultural y valores que desarrolla

el ser y su interacción con sus metas, ilusiones, reglas y desasosiego. De esta forma se ven incorporadas;

Física: dolor, malestar, reposo, energía, cansancio, somnolencia.

Psicológica: optimismo, mediación, aprendizaje, memoria, distracción, subestima, negativismo.

Grado de independencia: motilidad, actividad cotidiana, dependencia farmacológica, incapacidad para laborar.

Relaciones sociales: Relaciones Interpersonales, asistencia social, actividad sexual.

Entorno: Entorno ambiental, Seguridad integral, libertad financiera, sanitarios, recreación, movilidad.

Espiritual: religión o creencias personales (2).

La característica subjetividad del confort de vida relacionada a la salud (CVRS) fue descrita en diversas investigaciones donde se indica que los galenos no evalúan o diagnostican condiciones que para el individuo son preponderantes. Asimismo, se han encontrado algunas diferencias entre lo que es calificado, dependiendo de si fue realizado por el agente de salubridad, el paciente o por su entorno familiar (5).

### **Calidad de vida en cáncer**

En consideración a que varias formas de cáncer avanzado son incurables, la calidad de vida en pacientes con cáncer ha servido, entre otros, para dar relevancia a los cuidados paliativos. Muchos de estos pacientes, al ser conscientes de su posición, tienden a interesarse más en no perder su integridad física y en sufrir la escasa cantidad de síntomas, lo que significa

prolongar su vida muchas veces con la consecuencia de mucha toxicidad farmacológica o secuelas quirúrgicas. De otro lado, la escasez de recursos financieros solo justifica que sean incorporados nuevos fármacos si a pesar de no incrementar la supervivencia, al menos ofrecen un beneficio sintomático importante (6).

Un estudio colombiano determinó cuáles son las primordiales medidas que destacan según la opinión privada del paciente oncológico, a través de preguntas abiertas y su posterior análisis lexicográfico. Ellos encontraron que ciertos aspectos de la CdV son valorados de diferente forma según diversos tipos de cáncer. Por ejemplo, la noción de salud ocupa un lugar importante en individuos con neoplasia prostática, gastrointestinal y en pacientes pediátricos. Mientras tanto, el confort, tranquilidad emotiva y financiera, junto a la compañía por parte de la familia, son los aspectos más importantes para los pacientes con neoplasia prostática.

En el caso de dolientes de cáncer de cérvix o mama, lo más preocupante se identifica como el ambiente familiar, el contar con disponibilidad de tratamiento y los aspectos espirituales. Los pacientes con cáncer colorrectal se mostraron más interesados en mantener su capacidad para el trabajo. Cuando se realizó el análisis de correspondencias entre variables y tipo de cáncer, el estudio sugirió que la CdV se asocia más según el lugar del tumor y al grupo etario, más que por el sexo del paciente (5).

En el mismo contexto, se ha informado que la edad modifica de forma importante la apreciación de cada componente y, por ello, diferencia su impacto en la CdV. Al respecto, se observó que adultos jóvenes logran su máxima función física y psicológica casi un año después del tratamiento primario, es

decir, que tienen una recuperación más rápida. Sin embargo, los adultos mayores tienen otros problemas como la presencia de otras enfermedades crónicas, estrés, disfunción cognitiva y ciertas limitaciones tanto orgánicas como psicológicas. Todas ellas se ven en aumento progresivo en relación a la edad. De la misma manera, su respuesta al tratamiento, efectos colaterales y la expectativa de estos pacientes en cuanto al periodo posterior al tratamiento pueden cambiar con la edad (4).



Figura 1. Esquema de la CdV Tchekmedyian (4).

### **Factores físicos**

El bienestar físico u orgánico puede ser valorado realizando preguntas respecto al estado de energía, náuseas, dolor o efectos colaterales del tratamiento. También sobre la facultad habitual de responder ante la carencia de la familia, el pesar de enfermedad y la determinación de encontrarse en reposo a causa del cáncer.<sup>6</sup> Es bastante común la debilidad, también referida como cansancio crónico o fatiga, y se ha informado presente entre el 14 a 96% de pacientes en

tratamiento y entre el 19 a 82% posterior al tratamiento, con un origen multifactorial (6).

Las náuseas y vómitos pueden originar a su vez problemas metabólicos, nutricionales y anorexia, disfunción en el estado mental, laceraciones esofágicas, dehiscencia de las heridas, pueden ocasionar el cese voluntario del tratamiento antineoplásico y alteraciones de la capacidad funcional (6).

El dolor ha sido descrito en el 30% de evaluados al momento del diagnóstico, elevando su presencia al 65 a 85% conforme la enfermedad progresa. El 90% de pacientes hospitalizados con cáncer sufren de algún tipo de dolor. La forma de dolor generalizado demuestra disminuir la supervivencia de pacientes con cáncer (4).

Los parámetros de dolor y fatiga son importantes puesto que afectan claramente la percepción de salud, funcionalidad y, por tanto, calidad de vida (4).

### **Factores sociales-familiares**

Fonseca et al. determinaron la CdV un tanto más pobre en el ámbito social y familiar (6). Los estudios relacionan el confinamiento y la ausencia de enlaces sociales con el incremento del peligro en la morbimortalidad. El valor que dan los pacientes a la presencia o disponibilidad de sus amistades es mínimo, lo cual reflejaría el aislamiento adquirido o impuesto por ellos mismos en etapas terminales. Se ha observado que la comunicación familiar también es deficiente. El ambiente social puede ayudar a los pacientes a mejorar su

resistencia al estrés y deterioro psicológico producidos por la enfermedad, para ayudarlos a tener una mejor recuperación física y mental (6).

El cáncer involucra y concierne a toda la familia, lo cual constituye un gran cambio para las costumbres y la vida cotidiana del entorno del paciente. Por ejemplo, los pacientes casados de distinta edad y uno u otro género se adaptan mejor a la patología crónica y tendrían un confort de vida superior respecto a la de pacientes solteros (6).

La satisfacción sexual también fue estudiada y el puntaje obtenido en el estudio de Fonseca *et al.* fue muy bajo, con 0,8 sobre un score de 4.

Se puede relacionar al respecto la presencia de anemia e hipoxia lo cual perjudica la energía sexual de los pacientes. Otras veces los tratamientos utilizados, tanto médicos como quirúrgicos también pueden producir ese efecto. El bienestar psicológico y autoimagen del paciente también influyen (4). Se observó además que en estado terminal no se ve disminuido necesariamente el deseo sexual, y en contraste, puede verse incrementado el interés por cercanía física a pesar de cualquier dificultad para el encuentro coital (6).

### **Factores mentales-emocionales**

La tristeza es una reacción y emoción comprensible frente al cáncer, por lo que es valioso diferenciar la presencia de un grado normal de tristeza frente a un cuadro depresivo.

### **Factores funcionales**

El bienestar funcional depende mucho de la etapa de adaptación en que está el enfermo, las cuales pueden tener diferente duración e intensidad en cada paciente (6).

Existe un peligro de presentar somnolencia, trastornos del ciclo circadiano y vigilia. El trastorno de sueño es el más común y generalmente se encuentra asociado a los problemas biofísicos y psicosomáticos producidos por la neoplasia y su terapéutica (6).

### **Cuestionarios de calidad de vida**

Las diversas investigaciones se centraron en elaborar indicadores para medir y evaluar las diversas formas en que la población enferma y muere. Existen muchas dificultades para interpretar y analizar las encuestas con ese diseño, lo que, en muchos casos, dificulta poder emplearlo en estudios multicéntricos o comparar entre diferentes culturas o incluso entre países (5).

El hecho de usar instrumentos estandarizados para medir CVRS, permitieron ver las alteraciones en la condición del individuo, permitiendo evaluar resultados y poder determinar patrones referenciales. También, los instrumentos insertan la multiextencionabilidad del constructo, considerando factores como síntomas físicos, función cognitiva, funcionalidad, emociones y factores sociales (5).

Breslow et al. estudiaron la salud y bienestar de una población de Alameda, California, pero, no contemplaron cuánta satisfacción tenía el paciente, en otras palabras, qué tan buena era su calidad de vida (3).

Más adelante, se utilizaron muchos índices para valorar calidad de vida. El primero fue, el índice funcional de Karnofsky utilizado para cuantificar la calidad de vida en pacientes oncológicos. Sirvió para obtener informe de cómo realizar

un diagnóstico, determinar la terapéutica y valorar una respuesta clínica. Su defecto era una pobre exactitud y reproductibilidad, con una escasa fiabilidad y validez (3).

La OMS desarrolló un estudio multicéntrico realizado en 14 países (15 ciudades), en pacientes con diversas patologías y población general y utilizaron la técnica de grupos focales. Su objetivo era clarificar los significados y representaciones sociales de la calidad de vida según las diferentes culturas Surgieron cuatro dimensiones: física, psicológica, social, y ambiental (2).

Spitzer et al., en 1981, diseñó un ítem para valorar el confort de vida de pacientes oncológicos. Evaluaba de manera global la calidad de vida. Dicha escala tenía diferentes componentes que analizaban los aspectos físicos y emocionales del confort de vida. La medida en escala consiste en 15 puntos y es más fácil y sencilla de usar que la denominada escala Karnofsky (3).

En 1986, Gelber desarrolló, índice TWIST, para enfermos con neoplasia mamaria sometidas a adyuvancia. TWIST mezcla el efecto antitumoral, la toxicidad y la calidad de vida. Sus resultados fueron en variables de tiempo. Los resultados secundarios tienen puntaje que resta el tiempo de supervivencia (3).

El ítem de la Organización Europea para el estudio en la Terapéutica del Cáncer (EORTC) cuenta con 36 interrogantes que contienen factores somáticos, psicológicos, sociales y globales (3).

### **Características de las interrogantes de los test de confort de vida**



Hasta la actualidad, no hay un cuestionario aceptado por unanimidad por los investigadores; para ello, se necesitan ciertos requisitos:

Simple. Corto y fácil de registro, de comprensión y para completar.

Cuantitativo.

Puede aplicarse al principal número de posturas posibles.

Estar validado en la población de estudio y ser perceptible a los cambios de confort de vida durante la terapia.

Sin esta última condición no puede ser emplearlo con garantía (3).

Para determinar calidad de vida, se debe realizar tres veces un ensayo clínico en terapia oncológica: al iniciar el tratamiento, a la mitad y al culminar. Las preguntas deben relacionarse a un corto tiempo para ayudar al cumplimiento del formulario y tener la principal exactitud factible (3).

### **Aplicación de los cuestionarios de calidad de vida**

Gracias a los estudios de calidad de vida, ahora podemos aplicarlos a las siguientes situaciones:

Efectividad de un fármaco, pero que presenta cierta toxicidad importante.

Los resultados nos dirán si los beneficios son mayores que la pérdida de calidad de vida proveniente de los efectos secundarios del fármaco estudiado.

Uso de un fármaco para prever complejidades que son asintomáticas.

El enfermo acepta o no perder cierta parte de su calidad de vida para prevenir complicaciones que podría padecer pero que actualmente no tiene.

Tratamientos con misma efectividad, pero diferentes en efectos adversos.

El tratamiento paliativo para enfermedades crónicas (3).

### **Cuestionario SF-36**

El cuestionario SF-36 (Short Form Health Survey), en sus dos versiones (total y reducida: SF-12), son un instrumento muy útil para poder evaluar CVRS a nivel mundial. El SF-36 cuenta con 36 interrogantes que evalúan la situación positiva y negativa de la salud. Todo inició con el MOS, y sus 40 conceptos vinculados con la salud. El SF-36 tiene ocho escalas, donde están representados los conceptos de salud que se utilizan frecuentemente en las primordiales interrogantes de salud, y los aspectos más asociados con la enfermedad y terapéutica (10).

El SF - 36 y sus cuestionarios cubren los rangos: rol emocional, integralidad, algesia corporal, confort general, físico, mental, social, y vital. Además, SF - 36 incluye un cuestionario dinámico, que evalúa la alteración en el estado de salud global relacionándolo con el año previo. Hay dos versiones del SF-36 que evalúan el período de memoria: una versión estándar (examina un mes anterior) y la aguda (siete días antes). Estas versiones están destinadas a individuos >14 años, el cual se realiza como entrevista personal o mediante vía telefónica (10).

El SF-36 se ha adaptado al español y logró validarse en varios países, entre ellos Perú. Los esfuerzos fueron para mantener la comparabilidad de las distintas versiones según su adaptación cultural. Por mencionar, la acción de practicar golf (interrogante PF02) en la versión inicial se tuvo que traducir por ir

en tándem en los países de Holanda e Italia, hasta el andar por el bosque o por parque en Suiza, y andar con tiempo mayor a una hora en España (10).

En el Perú, de 4344 personas no institucionalizadas, entre 15 y 64 años de edad, provenientes de la ciudad de Lima, Trujillo, Huancayo, y Piura. encontraron el cuestionario como una medida válida y confiable, que tiene consistencia interna y mide el estado de salud de los peruanos (11). Se tuvieron que ajustar algunos términos de acuerdo a la cultura de la población. Se cambió la frase caminar una cuadra por caminar cien metros. Las respuestas se recolectaron utilizando escalas de dos (sí/no) a seis categorías (siempre, casi siempre, muchas veces, algunas veces, casi nunca, nunca) y se utilizó la versión estándar que avalúa cuatro semanas anteriores. Todo ello bajo un proceso de tres pasos para obtener el puntaje SF-36(11,12).

Un SF-36 con mayor puntuación significa que tiene un mejor estado de salud.

Para calcular las puntuaciones, luego de administrar el cuestionario, se debe:

1. Homogeneizar el rumbo de los resultados a través de la recodificación de las diez interrogantes en negativo, para que todas las interrogantes vayan de superior puntuación, por consiguiente, mejor estado de confort.

2. Calcular la sumatoria de las interrogantes de la escala vale mencionar puntuación consistente de la escala.

3. Transformar linealmente las puntuaciones consistentes, obteniendo puntuaciones entre 0 - 100, bajo fórmula:

Escala alterada =  $((\text{Puntaje obtenido} - \text{Puntaje más bajo posible}) / \text{rango posible}) \times 100$ .

Así pues, para cada dimensión, se codifica cada ítem, agregándose y transformándose en un rango que es desde 0 el pésimo confort de salud hasta 100 excelente confort de salud (11).

Si falta información o se ha respondido un promedio del 50% de las interrogantes, se recomienda reemplazar una interrogante faltante por el promedio de las interrogantes completas en ésta. Por otra parte, más del 50% de interrogantes que no fueron respondidas, no se debe de calcular la puntuación para esa escala. El SF-36 permite calcular dos puntuaciones sumario, un componente sumario físico (PCS) y un componente mental (MCS), al combinar las puntuaciones en cada dimensión (11).

Si se habla de las restricciones de SF - 36, se puede mencionar que no introduce ciertas ideas de salud: insomnio, conciencia, familia o el sexo. Es importante cuando son diseñadas las investigaciones donde los pacientes sufren patologías o son víctimas de efectos adversos ante las terapéuticas, que afectan alguna de estas medidas de confort (11).

Muchas veces, es difícil su aplicación en individuos mayores, aún más en aquellos pacientes internados, pues se evidencia un gran porcentaje que no responden todas las interrogantes.

Para maximizar el cumplimiento en adultos mayores, se deben considerar algunos aspectos como la letra de mayor tamaño, opciones de respuesta sin formato ni matriz. También, se debe supervisar el cumplimiento y falta de respuestas en blanco en los cuestionarios autoadministrados, en frente del paciente (11).

### **2.3 Definición de Términos básicos**

**Glosario:** Sociedad Española de Oncología Médica.

**Neoplasia:** Proliferación y diferenciación celular alterada debido a una masa tumoral.

**Calidad-vida:** Percepción del lugar en su existencia a varios niveles de generalización.

**Estadio:** Estadio evolutivo del cáncer de acuerdo a su diseminación.

**Epidemiología:** Rama medica encargada de la investigación en incidencia del desarrollo en cuanto a la población y sus enfermedades infecciosas.

## CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES

### 3.1 Formulación de Hipótesis

Este análisis de investigación trata de un estudio descriptivo por lo que no presenta hipótesis.

### 3.2 Variables y su definición operacional

VARIABLE	Definición,	Naturaleza,	Indicador,	Medida,	Categoría,	Verificación.
Edad	Años de vida que tiene el paciente	Cuantitativa	Años	Discreta		Historia Clínica
Sexo	Género al que pertenece el paciente con cáncer	Cualitativa	Sexo biológico	Nominal	Masculino Femenino	Historia Clínica
Tipo de cáncer	Clasificación según etiología del cáncer	Cualitativa	Estirpe celular primaria	Nominal	NM COLON NM RECTO NM GASTRICO NM MAMA NM CERVIX LINFOMA LEUCEMIA NM PULMON NM RENAL NM HEPATICO NM PANCREAS NM VIAS BILIARES MIELOMA	Historia Clínica

Situación en nutrición	Relación que tiene un individuo con respecto a la ingesta de nutrientes	Cualitativa	IMC	Ordinal	desnutrido < 18 kg/m <sup>2</sup> normal 18 -- 24kg/m <sup>2</sup> sobrepeso 25 -- 29kg/m <sup>2</sup> Obeso(a) >30kg/m <sup>2</sup>	Historia Clínica
Comorbilidades crónicas	Otras enfermedades crónicas presentes en el paciente no relacionadas al diagnóstico de NM	Cualitativa	Antecedentes patológicos consignados	Nominal	INF (HIV, VHB,) CV (HTA, IMA.) END (DM2...) NEUM (ASMA...) REU (AR...) DER (PSORIASIS...)	Historia Clínica
Confort físico y mental de pacientes oncológicos	Disposición de bienestar que implica lo emocional, físico, social, laboral	Cualitativa	Salud física	Nominal	Excelente Muy buena Buena Regular Mala	Cuestionario SF36
Dificultad de la actividad social por actividades físicas o mal estado emocional	Nivel d estado general	Cualitativa	Salud global	Ordinal	Mucho mejor Algo mejor, Más o menos igual, Peor	Historia Clínica
Actividad laboral	Grado de no poder realizar sus actividades cotidianas	Cualitativa	Imposibilidad de actividades	Nominal	Ninguno, Leve, Regular, Bastante, Excesivamente.	Historia Clínica

Aspecto emocional	Percepción de grado de dolor.	Cualitativa	Nivel de cada persona de percepción de algesia.	Ordinal	Nada	Historia Clínica
					Muy escaso	
					Escaso	
					Regular	
					Bastante	
					Excesivo.	
Dolor físico	Nivel de dolor que evita su desenvolvimiento normal	Cualitativa	Percepción que impide su desenvolvimiento en trabajo	Ordinal	Ninguno, Poco. Moderado Mucho Extremo.	Historia Clínica
Estadio clínico	Diseminación del cáncer en el cuerpo, de acuerdo al grado y cantidad.	Cualitativa	Sistema estadiaje TNM	Ordinal	1, 2, 3, 4.	Historia Clínica
Tiempo transcurrido hasta la progresión	Tiempo que pasa desde el diagnóstico hasta el inicio del empeoramiento o diseminación.	Cuantitativa	Años	Razón		Historia clínica



Tipo de tratamiento oncológico	Quimioterapia Inmunoterapia Radioterapia Cirugía	Cualitativa	Tipo	Nominal	QT INT RT CX	Historia oncológica
--------------------------------------	---	-------------	------	---------	-----------------------	------------------------

## **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Debido a que el enfoque de las investigaciones son producto de estudios cualitativos y cuantitativos, este estudio de investigación por su orientación descriptiva y cuantitativa es retrospectivo.

### **4.2 Diseño de muestral**

#### **Población**

Pacientes con diagnóstico neoplásico confirmado por biopsia por anatomopatología.

#### **Población de estudio**

Pacientes con diagnóstico nuevo de cáncer hospitalizados en el Hospital María Auxiliadora en el año 2022.

#### **Tamaño de la población de estudio**

Los pacientes con cáncer atendidos en el departamento de Oncología (hospitalización) Hospital María Auxiliadora en el año 2022 que acuden a control aproximadamente 100 pacientes.

#### **Muestra:**

#### **Tamaño muestral**

Se evaluará a la población que aproximadamente representa 100 pacientes hospitalizados en el departamento de Oncología.

#### **Muestreo**

No se realizará muestreo, se realizará un censo a todos los hospitalizados desde el mes enero al mes mayo 2022.

### **Criterios de selección**

### **Criterios de inclusión**

Pacientes con cáncer mayor de 15 años del Hospital María Auxiliadora en el año 2022.

### **Criterios de exclusión**

Consentimiento Informado no firmado.

Pacientes con enfermedad no activo (cáncer curado).

Pacientes oncológicos con comorbilidades limitantes que impidan desarrollar la encuesta (ej. ICC estadio IV, ECV secuelar, Sd. demencial, etc.)

Pacientes con barrera de lenguaje, no hispano hablantes.

Historias clínicas con datos epidemiológicos incompletos que impidan estudiar o conocer el tipo de cáncer.

### **4.3 Técnicas de recolección de datos**

Para lograr una adecuada técnica de recolección de datos, se determinará la revisión documental y encuesta, verificados en cada una de las historias clínicas, obteniendo el número exacto de pacientes según su número consignado de acuerdo a los criterios de inclusión, así como los que no pueden ser parte según los criterios de exclusión.

Para obtener la ubicación del paciente, se tendrá acceso a información de las historias clínicas y se solicitará el consentimiento informado para aplicar el cuestionario SF-36 hasta completar los datos de los pacientes.

#### **4.4 Procesamiento y análisis de datos**

Conforme al procesamiento y análisis de datos este será desarrollado de modo univariado en el procesamiento y análisis informativo. Para variables cuantitativas se usarán tendencia central. Para las respuestas se utilizarán escalas e ítems. Para una mejor interpretación se llevará a cabo la prueba de Chi cuadrado y el t-test de Student o de Mahn Withney para determinar características de confort menor y mayor entre los pacientes.

Para garantizar un instrumento efectivo se desarrollará el software estadístico el IBM SPSS Statistics versión 22.0.0.0.

#### **4.5 Aspectos éticos**

El presente estudio de investigación tiene por finalidad determinar el confort de vida de individuos con algún tipo de neoplasia en sus diferentes estadios. Es muy importante respetar cada uno de los derechos éticos de los pacientes, empezando por la información recabada, la cual aparte de ser útil, tiene carácter confidencial, y posteriormente se hará el análisis correspondiente.

El estudio no involucra daño alguno o alteración de la historia natural de la enfermedad.

Además, no se vulnera la seguridad de ninguno de los participantes del estudio, pues los datos obtenidos, son solo los necesarios, permanecerán en anonimato y no se proporcionan direcciones, número de teléfono, etc.

## CRONOGRAMA

Fases/Meses	Mayo-Junio							Julio			Agosto	
Aprobación del proyecto de investigación		x	x									
Recolección de datos				x	x	x	x					
Procesamiento y análisis de datos								x	x			
Elaboración del informe												x

## PRESUPUESTO

---

<b>Personal</b>	<b>Costos</b>	<b>Costo total</b>
Secretaria	450	1150
Digitador	250	
Corrector	200	
Analista estadístico	550	
<b>Servicios</b>		
Movilidad	400	1550
Alimentación	350	
Otros	800	
<b>Total</b>		<b>2700</b>

---

## FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Alyson Haslam, Diana Herrera, Jennifer Gill, Vinay Prasad. Patient Experience Captured by Quality-of-life Measurement in Oncology Clinical Trials. 2020 Mar 2;3(3); [Internet]. Extraído el 02 de marzo 2020. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32129865/>

2. Tahani Baharet, Mohammad Razavi Sayed, Emami Hamid, Alamchi Fatemeh. Assessment of the quality of life of the patients with treated oral cancer in Iran. Oral Maxillofac Surg. 2017;1-9. [Internet]. Extraído el 05 de noviembre 2017. Disponible en <http://europepmc.org/abstract/med/28948377>

3. Cardona D, Agudelo H. Construcción del concepto cultural de calidad de vida. Revista Nacional Facultad de Salud Pública 2005; 23(1):79-90. [Internet]. Extraído el 05 de noviembre 2017. Disponible en <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12023108>

4. Ferriols Lisart R, Ferriols Lisart F, Alós Almilana M, Magraner Gil J. Calidad de vida en oncología clínica. Farm Hosp 1995; 19(6):315-322. [Internet]. Extraído el 05 de noviembre 2017. Disponible en [https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315\\_322.PDF](https://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF).

5. Eyigor S, Eyigor C, Uslu R. Assessment of pain, fatigue, sleep and quality of life (QoL) in elderly hospitalized cancer patients. Archives of Gerontology and

Geriatrics 2010; 51:e57-e61. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017.

Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20044154>

6. Sánchez R, Sierra F, Martín E. ¿Qué es calidad de vida para un paciente con cáncer? Avances en Psicología Latinoamericana 2015; 33(3):371-385. .

[Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a02.pdf>

7. 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. .

[Internet]. Extraído el 07 de noviembre 2017. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v65n4/art06.pdf>

8. Kwiatkowski F, Mouret-Reynier M, Duclos M, Bridon F, Hanh T, Travade A, et al. Long-term improvement of breast cancer survivors' quality of life by a 2-week group physical and educational intervention: 5-year update of the 'PACThe' trial. British Journal of Cancer 2017; 1-5. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.nature.com/articles/bjc2017112>

9. Maas K, Cuesta M, van Berge Henegouwen M, Roig J, Bonavina L, Rosman C, et al. Quality of Life and Late Complications After Minimally Invasive Compared to Open Esophagectomy: Results of a Randomized Trial. World J Surg 2015; 39:1986–1993. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017.

Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26037024>



10. Fernando C, Landreneau R, Mandrekar S, Nichols F, DePetrillo T, Meyers B, et al. Analysis of longitudinal quality-of-life data in high-risk operable patients with lung cancer: Results from the ACOSOG Z4032 (Alliance) multicenter randomized trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery* 2014; 1-10. [Internet]. Extraído el 10 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4807969/>
11. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit* 2005; 19(2):135-50. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112005000200007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007)
12. Salazar F.R., Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: Factor Structure, Construct Validity, and Internal Consistency. *Asia-Pacific Journal of Public Health* 2012, XX(X) 1–9. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15860162>
13. Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud sf-36 en Medellín, Colombia. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2006; 24(2):37-50. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v24n2/v24n2a05.pdf>

14. Janani K, Varghese J, Jain Mayank, Harika Kavya, HRQOL using SF36 (generic specific) in liver cirrhosis. Indian J Gastroenterol 2017; 1-5. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28762138>
15. Blair C, Robien K, Inoue-Choi M, Rahn W, Lazovich D. Physical inactivity and risk of poor quality of life among elderly cancer survivors compared to women without cancer: the Iowa Women's Health Study. J Cancer Surviv 2015; 1-10. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4876041/>
16. Sharifa Ezat W, Fuad I, Hayati Y, Zafar A, Wanda Kiyah G. Observational Study on Patient's Satisfactions and Quality of Life (QoL) Among Cancer Patients Receiving Treatment with Palliative Care Intent in a Tertiary Hospital in Malaysia. Asian Pacific Journal of Cancer Prevention 2014; 15:695-701. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24568481>
17. Zhao S, Mutch K, Elson L, Nurmikko T, Jacob A. Neuropathic pain in neuromyelitis óptica affects activities of daily living and quality of life. Multiple Sclerosis Journal 2014; 20(12):1658-1661. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24493470>
18. Hazewinkel M, Laan E, Sprangers M, Fons G, Burger M, Roovers JP, et al. Long-term sexual function in survivors of vulvar cancer: A cross-sectional study.

Gynecologic Oncology 2012; 126:87-92. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22516660>

19. Nicolaije K, Ezendam N, Caroline Vos M, Boll D, Pijnenborg J, Kruitwagen R, et al. Follow-up practice in endometrial cancer and the association with patient and hospital characteristics: A study from the population-based PROFILES registry. Gynecologic Oncology 2013; 129:324-331. [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-018-1825-4>

20. Oldenburg Ch, Boll D, Nicolaije K, Caroline Vos M, Pijnenborg J, Coebergh J, et al. The relationship of body mass index with quality of life among endometrial cancer survivors: A study from the population-based profiles registry. Gynecologic Oncology 2013; 129:216-221. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23296262>

21. Mastracci T, Hendren S, O'Connor B, McLeod R. The Impact of Surgery for Colorectal Cancer on Quality of Life and Functional Status in the Elderly. Dis Colon Rectum 2006; 49(12):1878-1884. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17036203>

22. Ryan M, White K, Roydhouse J, Fethney J. A description of the nutritional status and quality of life of Australian gynaecological cancer patients over time. European Journal of Oncology Nursing 2012; 16:453-459. . [Internet]. Extraído

el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22104702>

23. Kim Christopher, McGlynn K, McCorkle R, Erickson R, Niebuhr D, Ma S, et al. Quality of life among testicular cancer survivors: a case–control study in the United States. Qual Life Res 2011; 20:1629-1637. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3149776/>

24. Klein D, Mercier M, Abeilard E, Puyraveau M, Danzon A, Dalstein V, et al. Long-term quality of life after breast cancer: a French registry-based controlled study. Breast Cancer Res Treat 2011; 129:125-134. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21340477>

25. Bélanger L, Plotnikoff R, Clark A, Courneya K. Physical activity and health-related quality of life in Young adult cancer survivors: a Canadian provincial survey, J Cancer Surviv 2011; 5:44-53. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20857227>

26. Street J, Berven S, Fisher Ch, Ryken T. Health Related Quality of Life Assessment in Metastatic Disease of the Spine. Spine 2009; 34(22):S128-S134. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9037282>

27. Salas S, Baumstarck-Barrau K, Alfonsi M, Digue L, Bagarry D, Feham N, et al. Impact of the prophylactic gastrostomy for unresectable squamous cell head and neck carcinomas treated with radio-chemotherapy on quality of life: Prospective randomized trial. *Radiotherapy and Oncology* 2009; 93:503-509. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19524315>
28. Salati M, Brunelli A, Xiumé F, Refai M, Sabbatini A, et al. Quality of life in the elderly after major lung resection for lung cancer. *Interactive Cardiovascular and Thoracic Surgery* 2009; 8:79-83. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17643607>
29. Michel G, Bordigoni P, Simeoni M, Curtillet C, Hoxha S, Robitail S, et al. Health status and quality of life in long-term survivors of childhood leukaemia: the impact of haematopoietic stem cell transplantation. *Bone Marrow Transplantation* 2007; 40:897-904. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/17704791/>
30. Nieuwenhuizen D, Klein M, Stalpers L, Leenstra S, Heimans J, Reijneveld J, et al. Differential effect of surgery and radiotherapy on neurocognitive functioning and health-related quality of life in WHO grade I meningioma patients. *J Neurooncol* 2007; 84:271-278. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17431545>

31. Fernando H, Luketich J. Quality of life after esophageal surgery. *Thorac Surg Clin* 2004; 14: 367-374. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en [http://www.thoracic.theclinics.com/article/S1547-4127\(04\)00024-6/references](http://www.thoracic.theclinics.com/article/S1547-4127(04)00024-6/references)
32. Newton-Bishop J, Nolan C, Turner F, McCabe M, Boxer C, et al. A Quality-of-Life Study in High-Risk (ThicknessX2 mm) Cutaneous Melanoma Patients in a Randomized Trial of 1-cm versus 3-cm Surgical Excision Margins. *J Investig Dermatol Symp* 2004; 9:152-159. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15083783>
33. Camilleri-Brennan J, Steele R. The impact of recurrent rectal cancer on quality of life. *EJSO* 2001; 27:349-353. [Internet]. Extraído el 15 de noviembre de 2017. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11417978>
34. Trentham-Dietz A, Remington P, Moinpour C, Hampton J, Sapp A, Newcomb P, et al. Health-Related Quality of Life in Female Long-Term Colorectal Cancer Survivors. *The Oncologist* 2003; 8:342-349. . [Internet]. Extraído el 06 de noviembre 2017. Apto en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2538505/>

## ANEXOS

### 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA	OBJETIVO	TIPO Y DISEÑO	POBLACIÓN Y PROCESAMIENTO	RECOLECCIÓN
¿Cuál es el estado de la calidad de vida de pacientes oncológicos del HAMA 2022?	<p><b>Objetivo general</b></p> <p>Conocer el estado de la calidad de vida en los pacientes con cáncer del HAMA 2022.</p>	Transversal.	<p>Población diagnosticada con neoplasia confirmada atendidos en el HAMA</p> <p>Chi cuadrado y t-test.</p>	<p>Cuestionario aplicado.</p> <p>Historias clínicas registradas.</p>
	<p><b>Objetivos específicos</b></p> <p>Conocer las características epidemiológicas de los pacientes oncológicos.</p> <p>Establecer los factores de riesgo que pueden afectar el estado de la calidad de vida de los pacientes oncológicos.</p> <p>Determinar la frecuencia de los tipos de cánceres del Hospital María Auxiliadora.</p> <p>Determinar el estado de la calidad de vida según estadiaje y tipo de cáncer.</p>	Transversal.	<p>Población diagnosticada con neoplasia confirmada atendidos en el HAMA</p> <p>Chi cuadrado y t-test.</p>	<p>Cuestionario aplicado.</p> <p>Historias clínicas registradas</p>

## 2. Instrumentos de recolección de datos:

### FICHA DE DATOS

1. Ficha N° \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

2. H.Cli N° \_\_\_\_\_

Edad	18-24 Años ( )
	25-59 años ( )
	>60 años ( )
Sexo	H ( )
	M ( )
Grado de Instrucción	Analfabeto
	Primaria C( ) I ( )
	Secundaria C( ) I ( ) Superior Uni ( ) Inst ( )
Ingreso mensual familiar	< S/. 1000
	S/. 1000 – 3000
	> S/. 3000
Tipo de Neoplasia	Próstata ( )
	Colon y Recto ( )
	Gástrico ( )
	Mama ( )
	Cuello uterino ( )
	Pulmón ( )
	Riñón ( )
	Hígado ( )
	Páncreas ( )
	Vesícula ( )
Otros ( )	
	Localizado

Cáncer	Metastásico
Estadio del Cáncer	I ( )
	II ( )
	III ( )
	IV ( )
Tiempo de Enfermedad	<3 meses ( )
	3 a 12 meses ( )
	>12 meses ( )
Tiempo post tratamiento	Sin tratamiento ( )
	< 3 meses ( )
	3 a 12 meses ( )
	> 12 meses ( )
Tipo de Tratamiento	Ninguno ( )
	Cirugía ( )
	Quimioterapia ( )
	Radioterapia ( )
	Cx + QT ( )
	QT + RT ( ) Cx + QT + RT ( )
Estado nutricional	< 18.5kg/m <sup>2</sup> ( )
	18,6 - 24,9kg/m <sup>2</sup> ( )
	25 - 29,9kg/m <sup>2</sup> ( )
	>30kg/m <sup>2</sup> ( )
Comorbilidades crónicas	EA: Tiroiditis, LES, AR, etc ( )
	EM: HTA, DM, Gota, Dislip, ( )
	Otras ( )

### Puntaje SF-36

RANGO 1 FUNCIÓN FÍSICA:	
RANGO 2 ROL FÍSICO:	
RANGO 3 DOLOR CORPORAL:	
RANGO 4 SALUD GENERAL:	
RANGO 5 VITALIDAD:	
RANGO 6 FUNCIÓN SOCIAL:	
RANGO 7 ROL EMOCIONAL:	
RANGO 8 SALUD MENTAL:	



## ITEM SF-36:

### SOBRE SU ESTADO DE SALUD

LAS SIGUIENTES INTERROGANTES SE REFIEREN A LO QUE PIENSA CON RESPECTO A SU SALUD. SUS RESULTADOS DETERMINARAN SABER CÓMO SE ENCUENTRA Y HASTA QUÉ PUNTO ES CAPAZ DE HACER SUS ACTIVIDADES HABITUALES. RESPONDA CADA INTERROGANTE. SI NO SE ENCUENTRA SEGURO DE RESPONDER A UNA INTERROGANTE, FAVOR DE CONTESTAR LO QUE LE PAREZCA MÁS CIERTO.

MARQUE SOLO UN NÚMERO. (IMPORTANTE)

#### 1. EN LO GLOBAL, ¿DIRÍA USTED QUE SU SALUD ES? :

- ¿EXCELENTE?..... 1  
¿MUY BUENA?..... 2  
¿BUENA? ..... 3  
¿REGULAR?..... 4  
¿MALA? ..... 5

#### 2. SU ESTADO DE SALUD GLOBAL ACTUAL COMPARADO CON EL DE HACE UN AÑO CÓMO LO CALIFICARÍA UD.? :

- MUCHO MEJOR AHORA QUE HACE UN AÑO..... 1  
ALGO MEJOR AHORA QUE HACE UN AÑO..... 2  
MÁS O MENOS IGUAL AHORA QUE HACE UN AÑO..... 3  
ALGO PEOR AHORA QUE HACE UN AÑO..... 4  
MUCHO PEOR AHORA QUE HACE UN AÑO..... 5

#### 3. EN SU DÍA COTIDIANO ¿SU ESTADO DE SALUD ACTUAL LO LIMITA EN ESTAS ACTIVIDADES?

SI ES ASÍ, ¿cuánto? :

	ACTIVIDADES	SÍ. ME LIMITA MUCHO	SÍ. ME LIMITA POCO	NO. NO ME LIMITA PARA NADA
A	ACTIVIDADES INTENSAS, TALES COMO CORRER, LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PARTICIPAR EN DEPORTES AGOTADORES	1	2	3
B	ACTIVIDADES MODERADAS, TALES COMO MOVER UNA MESA, EMPUJAR UNA ASPIRADORA, TRAPEAR, LAVAR, JUGAR FÚTBOL, MONTAR BICICLETA.	1	2	3
C	LEVANTAR O LLEVAR LAS BOLSAS DE COMPRAS	1	2	3
D	SUBIR VARIOS PISOS POR LAS ESCALERAS	1	2	3
E	SUBIR UN PISO POR LA ESCALERA	1	2	3

F	AGACHARSE, ARRODILLARSE O PONERSE EN CUCLILLAS	1	2	3
G	CAMINAR MÁS DE UN KILÓMETRO (10 CUADRAS)	1	2	3
H	CAMINAR MEDIO KILÓMETRO (5 CUADRAS)	1	2	3
I	CAMINAR CIEN METROS (1 CUADRA)	1	2	3
J	BAÑARSE O VESTIRSE	1	2	3

**4. ¿DURANTE EL MES ANTERIOR HA TENIDO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON SU TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES A CAUSA DE SU SALUD FÍSICA? :**

		SI	NO
A.	¿HA DISMINUIDO USTED EL TIEMPO QUE DEDICABA AL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES?	1	2
B.	¿HA PODIDO HACER MENOS DE LO QUE USTED HUBIERA QUERIDO HACER?	1	2
C.	¿SE HA VISTO LIMITADO/A EN EL TIPO DE TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES?	1	2
D.	¿HA TENIDO DIFICULTADES EN REALIZAR SU TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES (POR EJEMPLO, LE HA COSTADO MÁS ESFUERZO)?	1	2

**5. ¿DURANTE EL ÚLTIMO MES HA TENIDO USTED ALGUNO DE LOS SIGUIENTES PROBLEMAS CON SU TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES DIARIAS NORMALES A CAUSA DE ALGÚN PROBLEMA EMOCIONAL (COMO SENTIRSE DEPRIMIDO/A O ANSIOSO/A)? :**

		SI	NO
A.	¿HA DISMINUIDO EL TIEMPO QUE DEDICABA AL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES?	1	2
B.	¿HA PODIDO HACER MENOS DE LO QUE USTED HUBIERA QUERIDO HACER?	1	2
C.	¿HA HECHO EL TRABAJO U OTRAS ACTIVIDADES CON MENOS CUIDADO DE LO USUAL?	1	2

**6. ¿DURANTE EL ÚLTIMO MES EN QUÉ MEDIDA SU SALUD FÍSICA O SUS PROBLEMAS EMOCIONALES HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES NORMALES CON SU FAMILIA, AMIGOS, VECINOS U OTRAS PERSONAS? :**

NADA EN ABSOLUTO.....	1
LIGERAMENTE.....	2
MODERADAMENTE.....	3
BASTANTE.....	4
EXTREMADAMENTE.....	5

**7. ¿DURANTE EL ÚLTIMO MES CUÁNTO DOLOR FÍSICO HA TENIDO USTED? :**

NINGUNO.....	1
MUY POCO.....	2
POCO.....	3
MODERADO.....	4
MUCHO.....	5
MUCHÍSIMO.....	6

**8 ¿DURANTE EL ÚLTIMO MES CUÁNTO HA DIFICULTADO EL DOLOR SU TRABAJO NORMAL (INCLUYENDO TANTO EL TRABAJO FUERA DEL HOGAR COMO LAS TAREAS DOMÉSTICAS)?**

NADA EN ABSOLUTO.....	1
UN POCO.....	2
MODERADAMENTE.....	3
BASTANTE.....	4
EXTREMADAMENTE.....	5

**9. LAS SIGUIENTES INTERROGANTES SE REFIEREN A CÓMO SE SIENTE Y CÓMO LE SALIERON LAS COSAS DURANTE EL ÚLTIMO MES. EN CADA PREGUNTA, POR FAVOR ELIJA LA RESPUESTA QUE MÁS SE APROXIME A LA MANERA COMO SE HA SENTIDO USTED.**

**¿CUÁNTO TIEMPO DURANTE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS. ?**

		SIEMPR E	CASI SIEMPR E	MUCHA S VECES	ALGUNA S VECES	CASI NUNC A	NUNC A
A	¿SE HA SENTIDO LLENO/A DE VITALIDAD?	1	2	3	4	5	6
B	¿HA ESTADO MUY NERVIOSO/A?	1	2	3	4	5	6
C	¿SE HA SENTIDO CON EL ÁNIMO TAN DECAÍDO/A QUE NADA PODRÍA ANIMARLO/A?	1	2	3	4	5	6
D	¿SE HA SENTIDO TRANQUILO/A Y SERENO/A?	1	2	3	4	5	6
E	¿HA TENIDO MUCHA ENERGÍA?	1	2	3	4	5	6
F	SE HA SENTIDO DESANIMADO/A Y TRISTE?	1	2	3	4	5	6
G	¿SE HA SENTIDO AGOTADO/A?	1	2	3	4	5	6
H	¿SE HA SENTIDO FELIZ?	1	2	3	4	5	6
I	¿SE HA SENTIDO CANSADO/A?	1	2	3	4	5	6

**10. ¿DURANTE EL ÚLTIMO MES CUÁNTO TIEMPO SU SALUD FÍSICA O SUS PROBLEMAS EMOCIONALES HAN DIFICULTADO SUS ACTIVIDADES SOCIALES (COMO VISITAR AMIGOS, PARIENTES, ETC.) ?:**

- SIEMPRE..... 1  
 CASI SIEMPRE..... 2  
 ALGUNAS VECES..... 3  
 CASI NUNCA..... 4  
 NUNCA..... 5

**11. ¿CÓMO LE PARECE CADA UNA DE LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES?**

	ACTIVIDADES	TOTALMEN TE CIERTA	BASTAN TE CIERTA	NO SÉ	BASTAN TE FALSA	TOTALMEN TE FALSA
A	ME PARECE QUE ME ENFERMO MÁS FÁCILMENTE QUE OTRAS PERSONAS.	1	2	3	4	5
B	ESTOY SANO/A	1	2	3	4	5
C	MI SALUD VA A EMPEORAR.	1	2	3	4	5
D	MI SALUD ES EXCELENTE.	1	2	3	4	5

### 3. Consentimiento informado.

El estudio presente es realizado por **Ismael Reynaldo Tomaila Taype** de la USMP con el propósito de optar **el Título de Segunda Especialidad en Oncología Médica**.

Cualquier duda con relación al estudio, es libre de formular preguntas al Sr. **Ismael Reynaldo Tomaila Taype**, al móvil **953901003** o al correo **ismael\_tomaila@usmp.pe**.

Puede finalizar su participación en cualquier momento que usted decida.

Por su participación se agradece infinitamente.

YO: \_\_\_\_\_ DOY

MI CONSENTIMIENTO.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: \_\_\_\_\_

FECHA Y LUGAR: \_\_\_\_\_

FIRMA: \_\_\_\_\_