

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## Facultad de Medicina Humana Programa Profesional de Medicina Humana



**TÍTULO:**

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL  
TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL  
SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL  
GOYENECHÉ, AREQUIPA 2014”

**Autora:**

Priscila Margaret Córdova Santos  
Para obtener el título profesional de  
Médico Cirujano

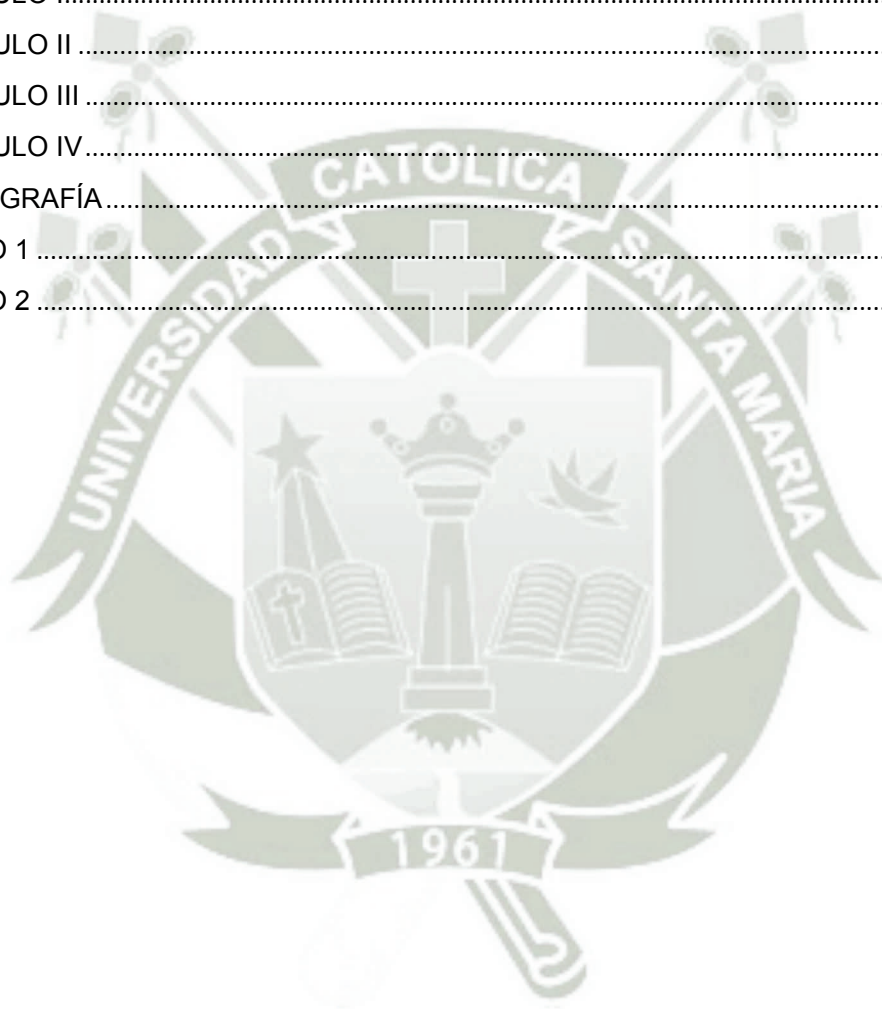
Arequipa- Perú

2014

## INDICE GENERAL

### Contenido

RESUMEN.....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPITULO I.....	5
CAPITULO II .....	10
CAPITULO III .....	21
CAPITULO IV.....	26
BIBLIOGRAFÍA.....	29
ANEXO 1 .....	34
ANEXO 2 .....	64



## RESUMEN

Un elemento fundamental en el tratamiento ya sea curativo o paliativo en pacientes con cáncer es la calidad de vida.

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, transversal, analítico durante los meses de Junio y Julio del 2014. En pacientes mujeres que acudían al servicio de Cirugía Oncología del Hospital Goyeneche y que hayan tenido el diagnóstico de Cáncer de Cuello Uterino. Se realizó un muestreo por conveniencia a 73 mujeres. Se les encuestó usando la encuesta de calidad de vida para cáncer QLQ-C30 y para cáncer de cuello uterino QLQ – CX24, además de preguntas generales sociodemográficas.

**Resultados:** Se tuvo información adecuada de 67 pacientes. Declararon que tenían una regular calidad de vida en general, sin embargo se encontraron relevantes los problemas a nivel emocional fundamentalmente. Manteniéndose en buenas condiciones el aspecto social. Además se asoció negativamente a síntomas como la fatiga y el dolor, y además síntomas relacionados a la actividad sexual. Se han encontrado notables asociaciones entre mejor calidad y el tipo histológico (adenocarcinoma), la ocupación (fuera de casa).

**Conclusiones:** La calidad de vida es auto-considerada como regular por la mayoría, la misma puede verse afectada por lo emocional, ciertos síntomas y que mejora en personas que tienen actividades laborales fuera de casa.

**Palabras clave:** Calidad de vida, cáncer de cuello uterino, Cuestionario

## **ABSTRACT**

A key element in the treatment either curative or palliative in cancer patients is the quality of life.

**Objective:** To determine the quality of life in patients surviving the treatment of cervical cancer at the Department of Gynecology Oncology Goyeneche Hospital, in the city of Arequipa in 2014.

**Material and Methods:** A prospective, cross-sectional analytical study was conducted during the months of June and July of 2014 female patients attending the Oncology Surgery Service Goyeneche Hospital and has had the diagnosis of Cervical Cancer. Sampling was conducted on 73 women for convenience. They were surveyed using the survey of quality of life for cancer QLQ-C30 and QLQ cervical cancer - CX24, in addition to general demographic questions.

**Results:** 67 patients adequate information was reported. They stated that they had a fair quality of life in general, however the problems were found primarily emotionally relevant. Keep in good condition the social aspect. It was also negatively associated with symptoms such as fatigue and pain, and also symptoms related to sexual activity. Found significant associations between better quality and histological type (adenocarcinoma), occupation (away from home).

**Conclusions:** The quality of life is self-regulating considered by most, it can be affected by the emotional, and improves certain symptoms in people who have work outside the home.

**Keywords:** Quality of life, cervical cancer, Questionnaire

## INTRODUCCIÓN

El cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte relacionada con el tumor maligno entre las mujeres que viven en países en vías de desarrollo.

Se ha estimado que cada año hay 500.000 mujeres con tumores malignos del cuello del útero y 270.000 muertes relacionadas con el cáncer cervical en todo el mundo. El mundo en desarrollo tiene la carga de alrededor del 80% de la enfermedad y el 88% de sus mortalidades relacionadas, donde el 13% de las neoplasias malignas en las mujeres son el cáncer de cuello uterino. De acuerdo a la Vigilancia Epidemiológica de Cáncer, de un total de 109 914 casos notificados en el período 2006-2011 en el Perú. Dentro de los cánceres más frecuentes estuvieron los de cérvix (14.9%). (44, 45).

Aunque, el diagnóstico y el tratamiento de cáncer de cuello uterino se ha desarrollado recientemente, hay consecuencias importantes de la enfermedad y su tratamiento entre los supervivientes, especialmente el impacto en la calidad de vida. La naturaleza crónica de la enfermedad puede afectar a la calidad de vida de estos pacientes y sus familias. Además, los trastornos funcionales pueden ser el resultado de los tratamientos como la cirugía, lo que afecta la anatomía genital femenina; radioterapia que pueda dañar la mucosa vaginal y el epitelio; y la quimioterapia, que podría inducir a algunos efectos secundarios como náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, cambios de peso y los cambios hormonales. Además, los factores psicológicos están a menudo involucrados en estos pacientes, incluyendo creencias incorrectas sobre el origen del cáncer, cambios en la autoimagen, la autoestima baja, tensiones matrimoniales, miedos y preocupaciones que pueden afectar la calidad de vida de los pacientes (10,11).

Hoy en día, los intereses en investigación de la calidad de vida en diferentes enfermedades están aumentando debido a su valor potencial en la identificación de problemas de los pacientes y el descubrimiento de los desafíos y la planificación de los sistemas de salud. Además, junto a la reducción de la morbimortalidad, el tratamiento del cáncer no solo debe orientarse al manejo de la patología en sí, sino también del factor de calidad de vida e incluso la toma en cuenta de la opinión de los pacientes en las decisiones terapéuticas. Y esta evaluación debe ser hecha con cuestionarios que se encuentre validados a nivel mundial para tener un punto de comparación en común (8, 9, 12)

Teniendo en cuenta el impacto del cáncer en la calidad de vida y también la supervivencia de largo plazo de los pacientes con cáncer de cuello uterino debido a los métodos de detección y su tratamiento precoz, estudio en el campo de la calidad de vida y sus factores relacionados son importantes. Por ello es que nos enfocamos a realizar el presente estudio con el objetivo general de determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014.

Esta tesis se divide en 4 capítulos: el primer capítulo nos muestra la muestra y la metodología utilizada, en el segundo capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio, en el siguiente se presenta la discusión y comentarios y finalmente en el último, el cuarto se exponen las conclusiones y sugerencias.





# **CAPITULO I**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

### **1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de Verificación**

**Técnicas:** Cuestionario tipo encuesta.

#### **Instrumentos**

- Ficha de recolección de datos.
- Encuesta de calidad de vida para el cáncer en general – QLQ – C30.
- Encuesta de calidad de vida para cáncer de cuello uterino – QLQ – CX24.

#### **Materiales de Verificación**

- Ficha de recolección de datos y cuestionario
- Impresión de los instrumentos
- Material de escritorio
- Computadora portátil
- Sistema Operativo Windows 7
- Paquete Office 2010 para Windows
- Programa SPSS para Windows v.18

### **2. Campo de Verificación:**

#### **2.1 Ubicación Espacial:**

El estudio se llevó a cabo en todos los pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche en la ciudad de Arequipa.

#### **2.2 Ubicación Temporal:**

La recolección de datos de este estudio se llevó a cabo en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino desde 2007 hasta junio del 2014, que hayan acudido al Servicio de Ginecología Oncológica durante los meses de Junio y Julio del 2014.

## **2.3 Unidades de Estudio**

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por la ficha de recolección de datos y los cuestionarios para calidad de vida en pacientes oncológicos QLQ-C30 y QLQ-CX24, que sean llenados por las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

### **2.3.1 Población**

La población se encuentra conformada por todos los pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino que asistan al Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche en Arequipa.

### **2.3.2 Muestreo y Muestra**

El presente estudio hizo la investigación en toda la población de pacientes que acuden a consulta de control durante los meses de junio y julio del 2014, cuyo número total de participantes fue de 73 pacientes.

## **2.4 Criterios de Selección**

### **Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes sobrevivientes al tratamiento para cáncer de cuello uterino.
- Pacientes que acepten colaborar con el llenado de los cuestionarios.

### **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con alguna discapacidad física o mental que impida el llenado correcto de la ficha de recolección de datos y los cuestionarios
- Paciente que se niegue a completar la ficha de recolección de datos y los cuestionarios.

**3. Tipo de Investigación:** Prospectivo, analítico, transversal

**4. Nivel de Investigación:** Descriptivo

**5. Estrategia de Recolección de Datos**

**Organización**

- Se procedió a solicitar el permiso correspondiente en el Hospital Goyeneche, para poder realizar los cuestionarios a los pacientes de la unidad.
- Se aplicó la Ficha de Recolección de datos y los cuestionarios QLQ -C30 y QLQ-CX24 a todos los pacientes que acudan a control.
- Cabe mencionar que la participación de las pacientes en el estudio fue totalmente confidencial y en ninguna parte de la ficha o cuestionario se solicitan datos que permitan identificar al paciente.

**6. Validación de los instrumentos**

- La ficha de recolección de datos epidemiológicos y clínicos no requiere validación.
- El cuestionario QLQ-C30 fue validado por primera vez por la Organización Europea para la investigación y el tratamiento del Cáncer en 1986, y en 1993 se reportó un estudio multicéntrico en varios países donde lo identificaban como una medida fiable y válida para la calidad de vida en pacientes con cáncer en entornos multiculturales. Este cuestionario cuenta con una validación en español por la misma organización; así mismo dicho instrumento se encuentra validado al español por Arraras y colaboradores (25).
- El cuestionario QLQ-CX24 fue validado por la Organización Europea para la Investigación y tratamiento del cáncer, para pacientes específicos con cáncer de cuello uterino por primera vez en el 2006. El mismo que se encuentra

validado por la misma organización para su uso en el idioma español (26).

## **7. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados**

### **7.1. A nivel de la recolección**

Los cuestionarios se manejaron de manera anónima asignando un código a cada participante y cada ficha de recolección y cuestionario lo que facilitará su manejo.

### **7.2. A nivel de la sistematización**

La información que se obtuvo de las encuestas fueron procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

### **7.3. A nivel de estudio de datos**

La descripción de las variables categóricas se presentan en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes.

Para las variables numéricas se utilizaron la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

Pese a tratarse de un estudio descriptivo de fondo, se usaron distintas asociaciones secundarias para buscar relaciones entre distintas características por lo que se usó la prueba de chi cuadrado entre variables categóricas y t de student para variables numéricas. Las pruebas estadísticas se consideraron significativas al tener un  $p < 0,05$ .



## **CAPITULO II RESULTADOS**

**Tabla 1. Características Sociodemográficas en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Edad</b>		
- Menos de 40 años	4	5,97
- De 40 a 45	18	26,87
- De 45 a 50	24	35,82
- De 50 a 55	8	11,94
- Más de 55 años	13	19,4
<b>Estado Civil</b>		
- Soltera	14	20,9
- Casada	11	16,42
- Conviviente	28	41,79
- Viuda	4	5,97
- Divorciada	10	14,93
<b>Educación</b>		
- Ninguna	10	14,93
- Primaria	32	47,76
- Secundaria	20	29,85
- Superior	5	7,46
<b>Ocupación</b>		
- Ama de Casa	34	50,75
- Comerciante	27	40,3
- Trabajo de campo	6	8,96
-		
<b>Procedencia</b>		
- Arequipa	19	28,36
- Cusco	16	23,88
- Puno	8	11,94
- Tacna	14	20,9
- Otros	10	14,93

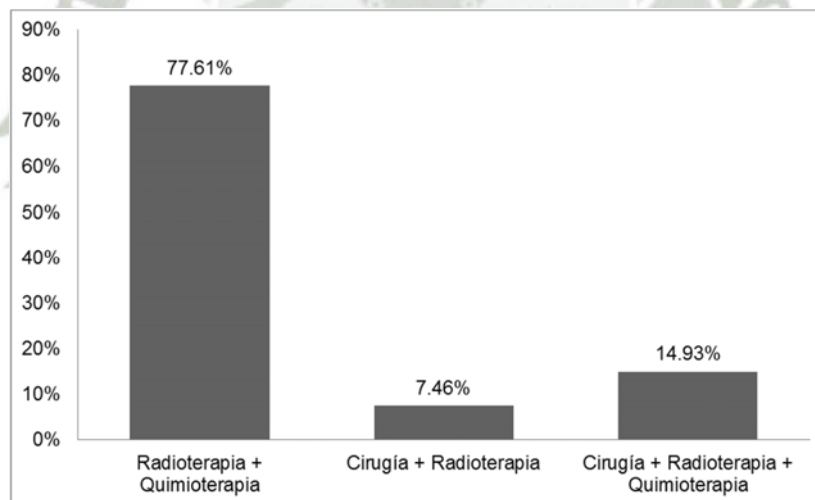
**Tabla 2. Características clínicas de los pacientes en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Característica	Frecuencia	Porcentaje (%)
<b>Tiempo de enfermedad</b>		
- Menos de 12 meses	36	51,73%
- Entre 12 y 24 meses	16	23,88%
- Más de 24 meses	15	22,39%
<b>Estadio</b>		
- IB1	5	7,46%
- IB2	10	14,93%
- IIA2	4	5,97%
- IIB	4	5,97%
- IIIA	10	14,93%
- IIIB	30	44,78%
- IVA	4	5,97%
<b>Tipo Histológico</b>		
- Adenocarcinoma	24	35,82%
- Escamoso	43	64,18%

**Tabla 3. Tipo de tratamiento recibido en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Tratamiento	Frecuencia	Porcentaje (%)
Radioterapia + Quimioterapia	52	77,61
Cirugía + Radioterapia	5	7,46
Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia	10	14,93

**Figura 1. Tipo de tratamiento recibido en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**



**Tabla 4. Antecedentes de las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

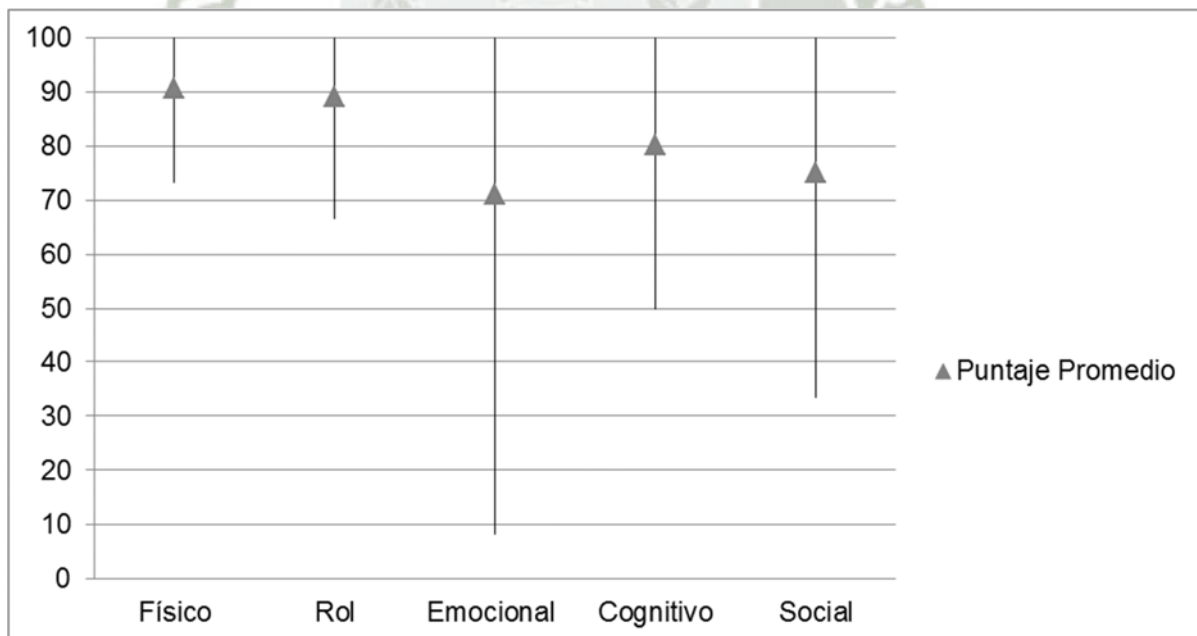
Característica	Frecuencia	Porcentaje
<b>Inicio de relaciones sexuales</b>		
- Menos de 15 años	18	26,87%
- Entre 15 y 18 años	22	32,84%
- Entre 18 y 24 años	23	34,33%
- De 25 a más	4	5,97%
<b>Número parejas sexuales</b>		
- 1	10	14,93%
- 2	19	28,36%
- 3	24	35,82%
- 4 o más	14	20,9%
<b>Realización de PAP durante los últimos 5 años</b>		
- Si	19	28,36%
- No	48	71,64%

**Tabla 5. Encuesta QLQ – C30: Escala Funcional en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Ítem	Valor Máximo	Valor Mínimo	Puntaje Promedio (%)
Físico	100	73,33	90,65
Rol	100	66,67	89,06
Emocional	100	8,33	71,06
Cognitivo	100	50	80,1
Social	100	33,33	75,12

Promedio de la escala funcional: 81.2%

**Figura 2. Encuesta QLQ – C30: Escala Funcional en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

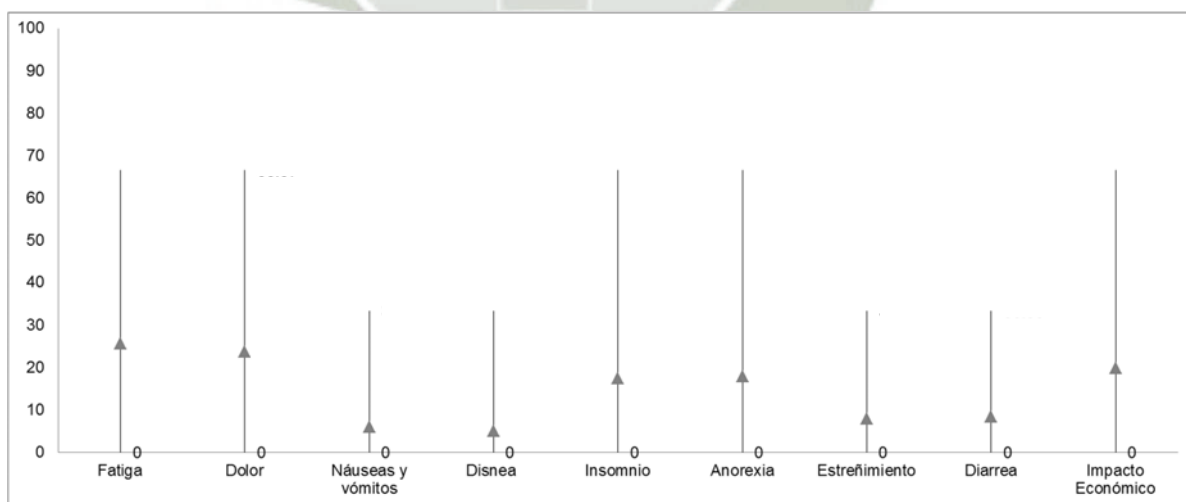


**Tabla 6. Encuesta QLQ – C30: Escala de síntomas en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Síntomas	Valor Máximo	Valor Mínimo	Puntaje Promedio
Fatiga	66,67	0	25,71
Dolor	66,67	0	23,63
Náuseas y vómitos	33,33	0	5,97
Disnea +	33,33	0	4,98
Insomnio*	66,67	0	17,51
Anorexia	66,67	0	17,91
Estreñimiento	33,33	0	7,96
Diarrea	33,33	0	8,458
Impacto Económico	66,67	0	19,9

\*Perdida de 8 casos  
Promedio de la escala de síntomas: 15.88

**Figura 3. Encuesta QLQ – C30: Escala de síntomas en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

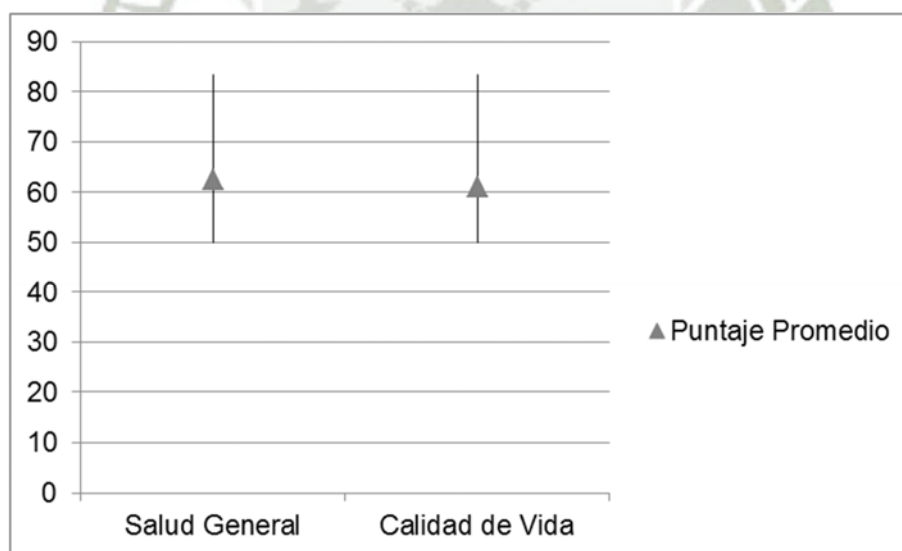


**Tabla 7. Encuesta QLQ – C30: Escala de salud global en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Ítem	Valor Máximo	Valor Mínimo	Puntaje Promedio
Salud General	83,33	50	62,5
Calidad de Vida	83,33	50	61,11

Promedio de Salud Global: 65,67

**Figura 4. Encuesta QLQ – C30: Escala de salud global en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

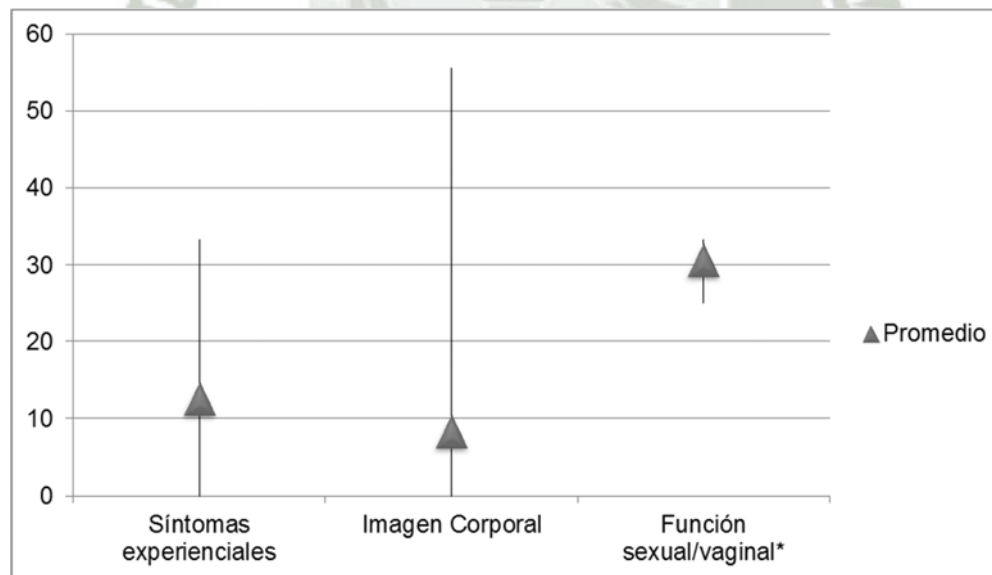


**Tabla 8. Encuesta QLQ – CX24: Escala Multi-ítem en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Escala	Valor Máximo	Valor Mínimo	Promedio
Síntomas experienciales	33,33	0	12,53
Imagen Corporal	55,56	0	8,29
Función sexual/vaginal*	33,33	25	30,56

\*52 mujeres no refirieron función sexual durante las 4 últimas semanas, considerándose sólo datos de 15 personas

**Figura 5. Encuesta QLQ – CX24: Escala Multi-ítem en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

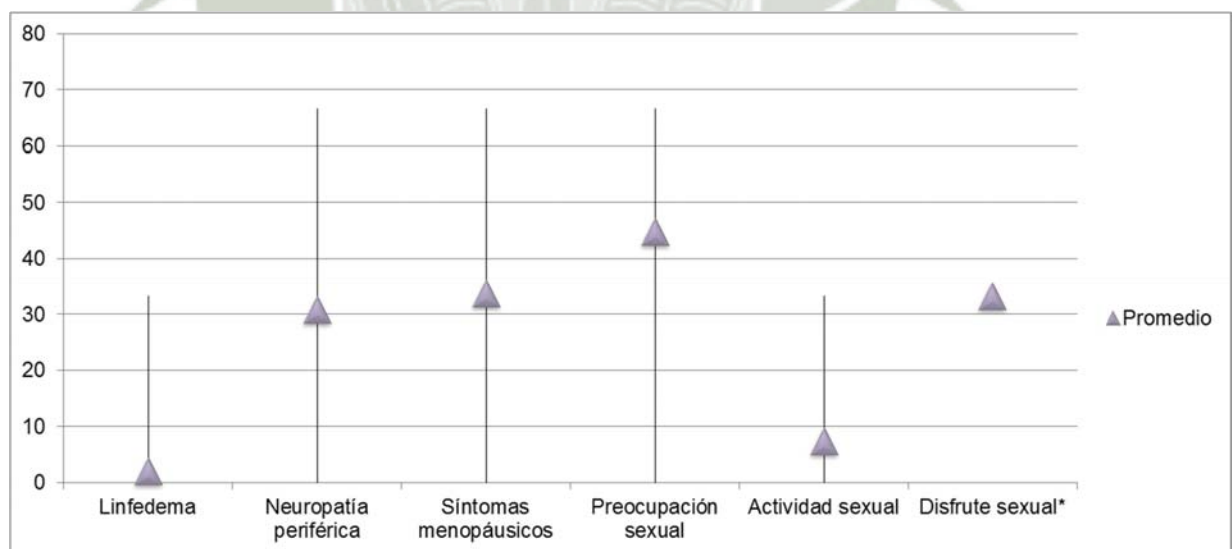


**Tabla 9. Encuesta QLQ – CX24: Ítem Simple en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Ítem	Valor Máximo	Valor Mínimo	Promedio
Linfedema	33,33	0	1,99
Neuropatía periférica	66,67	0	30,85
Síntomas menopáusicos	66,67	0	33,83
Preocupación sexual	66,67	0	44,78
Actividad sexual	33,33	0	7,46
Disfrute sexual*	33,33	33,33	33,33

\*52 mujeres no refirieron función sexual durante las 4 últimas semanas, considerándose sólo datos de 15 personas

**Figura 6. Encuesta QLQ – CX24: Ítem Simple en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**



**Tabla 10. Análisis de las características y la QLQ-C30 en las pacientes sobrevivientes al cáncer de cuello uterino en el servicio de ginecología oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014**

Característica	Fi	Ro	Em	Co	So	SGe	CV	SG
<b>Edad</b>								
- Menos de 50	92,6±1,3	87,6±2,2	65,5±3,7	80,1±2,5	68,8±2,7	66,3±2,3	63,4±2	64,9±2,1
- De 50 a más	86,3±1,6	92,1±1,9	83,3±2,8	80,2±2,2	88,9±3,3	65,9±2,7	69±,1	67,5±2,8
Valor de p	0,003	0,136	0,001	0,979	0,001	0,903	0,122	0,475
<b>Estado Civil</b>								
- Con pareja	94,5±1,1	88,9±2,3	69,1±2,9	84,6±2,1	69,2±4,1	67,5±2,5	64,1±2,2	65,8±2,3
- Sin pareja	85,2±1,5	89,3±2,3	73,8±5,6	73,8±2,9	83,3±3,6	64,2±2,4	66,7±2,7	65,52,5
Valor de p	<0,001	0,906	0,419	0,003	0,017	9,354	0,458	0,922
<b>Educación</b>								
- Ninguna o primaria	87,6±1,3	84,9±2,3	67,3±4,4	83,3±2	74,6±4,4	64,3±2,3	62,7±2,1	63,5±2,1
- Secundaria o superior	95,7±1,1	95±1,5	77,3±8,5	74,7±3,3	76±2,7	69,3±2,7	69,3±2,7	69,3±2,7
Valor de p	<0,001	<0,001	0,037	0,031	0,79	0,17	0,057	0,092
<b>Ocupación</b>								
- Ama de casa	83,5±1	78,4±1,9	56,3±4,1	79,4±1,9	62,7±4,3	53,9±1,2	55,9±2	54,9±1,6
- Fuera de casa	98±0,5	100	86,2±1,6	80,8±3,2	87,9±2,6	78,8±1,3	74,7±1,5	76,8±1,2
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	0,706	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Tiempo de enfermedad</b>								
- Menos de 12 meses	86,7±1,5	82,4±2,4	61,9±4,5	83,3±2,3	70,4±4,8	61,1±2,3	59,3±2,4	60,2±2
- 12 meses a más	95,3±0,9	96,8±1,2	81,7±2,1	76,3±2,8	80,6±2,8	72±2,4	72±2,4	72±2,4
Valor de p	<0,001	<0,001	<0,001	0,056	0,071	0,002	<0,001	<0,001
<b>Estadio</b>								
- I – II	93±2,2	97,1±1,3	79,7±0,9	79,7±2,8	85,5±3,5	73,9±1,8	76,8±1,7	75,3±1,6
- III – IV	89,4±1,1	84,4±2,2	66,5±4,1	80,3±2,4	69,7±3,9	62,1±2,3	59,1±1,8	60,6±2
Valor de p	0,146	<0,001	0,003	0,878	0,010	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Tipo histológico</b>								
- Adenocarcinoma	91,7±1,8	97,2±1,3	84±2,1	76,4±1,7	86,1±3,4	77,8±1,6	80,6±1,3	79,2±1,3
- Epidermoide	90,1±1,2	84,5±2,2	63,8±3,9	82,2±2,6	69±3,9	59,7±2	56,6±1,3	58,1±1,6
Valor de p	0,473	<0,001	<0,001	0,128	0,005	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Tratamiento</b>								
- RT + QT	87,9±1,1	95,9±1,9	69,1±3,6	80,8±2	74,4±3,6	62,8±2	61,5±1,8	62,2±1,8
- Cirugía + RT y/o QT	100	100	77,8±1	77,8±4,2	77,8±4,2	8,1±2,1	77,8±2,1	77,8±2,1
Valor de p	<0,001	<0,001	0,026	0,496	0,541	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Procedencia</b>								
- Arequipa	89,5±2,2	93±3,2	72,8±8	80,7±4,1	89,5±4,9	68,4±2,8	71,9±3,1	70,1±2,9
- Fuera de Arequipa	91,1±1,2	87,5±1,9	70,4±2,4	78,9±2	69,4±3,3	65,3±2,2	62,5±1,9	63,9±2
Valor de p	0,487	0,134	0,775	0,837	0,002	0,385	0,11	0,091
<b>Inicio de Relaciones sexuales</b>								
- Menos de 14 años	100	100	81,2±1,7	81,5±4	81,5±4	83,3±0	75,9±2	79,6±1
- De 14 a más	87,2±1,1	85±2	67,3±3,7	79,6±2	72,9±3,7	59,9±1,7	61,2±1,9	60,5±1,8
Valor de p	<0,001	<0,001	0,001	0,678	0,119	<0,001	<0,001	<0,001
<b>Número de parejas sexuales</b>								
- Entre 1 y 2	97,2±1	96,6±1,3	78,5±1,5	85,1±2,8	81,6±3,1	73,6±2,6	69±2,3	71,3±2,3
- Entre 3 y 4	85,1±1,1	83,3±2,4	65,4±4,7	76,3±2,2	70,2±4,5	60,5±2	62,3±2,3	61,4±2,1
Valor de p	<0,001	<0,001	0,011	0,016	0,041	<0,001	0,049	0,003
<b>PAP 5 años previo al Dx</b>								
- Si se realizó	98,6±0,6	100	80,7±1,6	71,9±4,2	78,9±3,3	75,4±2	75,4±2	75,4±2
- No se realizó	87,5±1,2	84,7±2	67,2±3,8	83,3±1,7	73,6±3,9	62,5±2,1	61,1±1,9	61,8±2
Valor de p	<0,001	<0,001	0,002	0,02	0,303	<0,001	<0,001	<0,001

Fi: Función física, Ro: Rol, Em: Función emotiva, Co: Función cognitiva, So: Función social, SGe: Salud general, CV: Calidad de vida, SG: Salud Global



# **CAPITULO III**

## **DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La tendencia actual de la enfermedad, de afectar a pacientes cada vez más jóvenes, y la mejoría en la pesquisa temprana, han reclutado una población con una mayor esperanza de vida que antes, pero que está más expuesta a las secuelas de la enfermedad y su tratamiento (problemas físicos, psicológicos, sociales, económicos, entre otros).

Los participantes de este estudio en su mayoría pertenecían al grupo etáreo entre 40 a 50 años (61,69%), como se observa en la **tabla 1**, esto podría deberse a un aumento en la frecuencia de exámenes de cribado (prueba de Papanicolaou), también al progreso de la enfermedad, ya que la ser la sintomatología muy avanzada, las pacientes acuden a consulta; otros estudios estratifican a su muestra en un solo corte, como el de Yavas y Col. que categoriza en menores de 60 años y de 60 a más. La mayoría, 41,79% tenía un estado civil de convivencia, más de la mitad se dedicaba a su hogar (ama de casa), seguido de cerca por comerciantes (40,3%). Las mujeres evaluadas provenían de Arequipa y Cusco fundamentalmente, 28,36% y 23,88% respectivamente. Otros estudios, al momento de evaluar las características de la población, también consideraban el Índice de Masa Corporal, si al momento de la encuesta ya había pasado la menopausia. En el estado civil, es frecuente observar que consideran únicamente dos categorías: casadas y no casadas, teniendo mayoritariamente parejas casadas, como en el estudio de Mantegna y col. donde más del 60% tienen este estado civil. La mayoría de estudios donde evalúan la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino han sido realizados en Estados Unidos y Europa, por lo que es comprensible entender que el grado académico mayoritario encontrado en sus participantes es de secundaria a superior, a diferencia del nuestro donde el grupo mayoritario terminó la primaria (47,76%) (41)(42).

En relación a las características clínicas de los pacientes (tabla 2), en este estudio nos avocamos a analizar el tiempo de enfermedad, el estadio y el tipo histológico del cáncer que presentaban. Respecto al tiempo de enfermedad, 51,73% indicó que se le diagnosticó el problema hace menos de 1 año; no se han encontrado estudios donde también evalúen el tiempo de enfermedad, es probable que esto se dé porque la mayoría de los mismos son prospectivos; esta característica quizá ha ido perdiendo interés en los estudios porque el enfoque va hacia la prevención primaria, además que este tiempo podría variar enormemente según cuán organizado y eficiente esté el sistema de salud. El estadio más frecuente hallado fue el IIIB (44,78%), seguido en igual proporción por el IB2 y IIIA (ambos con 14,93%), en un estudio en mujeres

chilenas hecho por Montes y Col. fue el IB1 (40%), seguido por una cantidad considerable por el IIB (22%); en un estudio italiano la mayoría de pacientes se encontraba en el estadio IA (58,3%); es probable que esto se deba a la capacidad de detección de este tipo de cáncer en estadios temprano, esto argumentado ya que los artículos no mencionan predilección del seleccionar su muestra(22). El tipo histológico más frecuente en nuestro estudio fue el escamoso, que también se le conoce como epidermoide, estos resultados son comparables a otros estudios donde encontró mayoritariamente del tipo epidermoide, esto podría deberse a que en el exocérvix se encuentra en su gran mayoría este tipo de células, y por ende son las más expuestas a la infección por el VPH (40).

Dentro del tratamiento que recibieron (tabla 3) predomina ampliamente (77,61%) la radioterapia más quimioterapia, seguido muy por debajo por la cirugía + radioterapia + quimioterapia (14,93%). En un estudio realizado en Turquía se encontró que el tratamiento predominante fue cirugía más braquiterapia (42,1%), y con una proporción cercana de cirugía + braquiterapia + quimioterapia (36,8%). En los últimos años la forma de tratar el cáncer del cuello uterino ha cambiado en gran magnitud. Se tiene parámetros establecidos para definir que pacientes son candidatas a cirugía y quienes a radio-quimioterapia concomitantemente. Además, la agresividad de la cirugía ha disminuido notablemente, reduciendo las secuelas que pueda dejar (42).

Como uno de los antecedentes de los pacientes evaluamos el inicio de relaciones sexuales, donde hallamos que la mayoría inicia entre los 15 y 24 años (67,17%), además es llamativo que el 26,87% inicia antes de los 15 años, si bien es conocido que está considerado dentro de la literatura como uno de los factores de riesgo para el contagio con el virus del papiloma humana, no se ha encontrado estudios que lo consideren como una de las variables a estudiar en la calidad de vida. Otro de los antecedentes evaluados fue el número de parejas sexuales, el cual predominaba el número de 3 (35,82%). Tampoco existen estudios que haya reportado esta variable. Se encontró que en 71,64% no se habían realizado la prueba del Papanocolaou durante al menos 5 años previo a su diagnóstico de cáncer, lo cual probablemente se encuentre relacionado a la elevada frecuencia de un estadio avanzado de la enfermedad.

Un enfoque actualizado del manejo del cáncer de cuello uterino debe incluir la evaluación de la calidad de vida de las pacientes; actualmente existe una gran cantidad de encuestas de calidad de vida, sin embargo, son escasas las reconocidas y

validadas internacionalmente. En este estudio para la evaluación de la calidad de vida se usaron dos encuestas, una para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer a nivel general y otra específica para cáncer de cuello uterino. La primera fue el QLQ – C30, que evalúa la calidad de vida de la persona en tres dimensiones (entre más próximo al 100% mejor calidad de vida): la primera dimensión es la escala funcional (**tabla 5 y figura 2**), evalúa a su vez 5 ítems: iniciando con el físico se encuentra en algunos pacientes resultados muy favorables que llegan hasta el 90%, por encima de la media (81,2%); seguido a esto se encuentra la de rol o la de actividades cotidianas con 89,06%, luego la cognitiva, 80,1%, la social (75,12%) y por último la emocional (71,06%) que tiene un valor mínimo bajísimo en comparación del resto (8,33%). En la **tabla 6 y figura 3**, que es la escala que evalúa los síntomas (entre más cercano a cero mejor es la calidad de vida) podemos apreciar que el síntoma con mayor frecuencia es la fatiga (25,71%) seguido por el dolor (23,63%), y no tan alejado el insomnio y la anorexia con 17,51% y 17,92% respectivamente; además aquí se encuentra lo correspondiente al impacto económico que siente el paciente, el cual tiene un valor de 19,9%. Y la última escala que evalúa el QLQ-C30 es sobre la salud global (**tabla 7 y figura 4**), que indaga sobre como el paciente auto-percibe su salud general y calidad de vida (se considera que entre más cercano a 100% mejor es la calidad de vida), en ambos se observa que destacan por no ser adecuados y hasta considerarse un problema, ya que en el primero se tiene 62,5% y en el segundo 61,11%, y como puntaje global 65,67%. (43)(41).

El otro instrumento que se usó fue el QLQ-CX24, que evalúa en dos escalas generales: por multi-ítem y por ítem simple; en los primeros (**Tabla 8 y Figura 5**) se consideró las molestias gastrointestinales, dolorosas y urológicas englobadas en una escala denominada síntomas experienciales, que en este caso tuvo un promedio de 12,53%, (entre más cercano al cero existe mejor calidad de vida); la otra escala es la imagen corporal, con un promedio favorable de 8,29%; y la última escala de este ítem es sobre la función sexual y/o vaginal, donde se tuvo 30,56%, evidenciando un serio problema a la paciente. Solo 15 mujeres tuvieron actividad durante las últimas 4 semanas, por lo que esta última escala no es extrapolable a toda la muestra. Respecto al ítem simple (**Tabla 9, Figura 6**), la preocupación sexual es el que muestra un alto porcentaje negativo, 44,78%, seguido por los síntomas menopáusicos 33,83% y por la neuropatía periférica 30,85%. El linfedema, 1,99%, casi pasa desapercibido o no se presenta por la mayoría y por ende no afecta a la calidad de vida en una proporción considerable. Los dos últimos ítems de este segmento están referidos a la actividad y

disfrute sexual los cuales se encuentran en condiciones malas 7,46% y 33,33%, (en este caso mientras más cerca de 100% mejor para la calidad de vida), y tiene congruencia con los problemas que se tiene en la función sexual y/o vaginal. En otros estudios la preocupación de que si la actividad sexual pudiese resultar dolorosa llega a puntajes de 26,9%, y otro estudio como el de Jayasekara fue de 60,4%; en el anterior estudio también actividad sexual fue calificada con un puntaje de 14,8%, y otros estudios como el de Greimel y Singer tienen los valores de 30,5 % y 30,8% respectivamente. En un estudio chileno la escala de función sexual/vaginal obtuvo un puntaje de 26,7%, y el disfrute de la actividad sexual fue calificado con un puntaje de 47,1%, en otros trabajos, uno realizado por Singer y col. y otro por Greimel y col. tuvieron puntajes de 70,6% y 59,4% respectivamente. (39, 34, 35)

En la **tabla 10** se muestra el análisis estadístico de las características que presentan los pacientes en relación a las escalas funcionales y de salud global. Se encontraron asociaciones de la funcionalidad física con la edad, el estado civil, la educación, la ocupación, el tiempo de enfermedad, el tipo de tratamiento, la edad de inicio de relaciones sexuales y el número de parejas sexuales. Respecto al rol hubo asociación con el nivel educativo, la ocupación, el tiempo de enfermedad, el estadio, el tipo histológico, el inicio de relaciones sexuales y el número de parejas. Dentro de la función emocional no se encontró asociación con el estado civil o de convivencia, y la procedencia. Para la función cognitiva sólo hubo asociación con el estado civil, la educación y el número de parejas sexuales y para el rol social no se encontró asociación con la educación, el estadio del cáncer, y el inicio de relaciones sexuales. Respecto a la salud global y sus ítems (calidad de vida y salud general) se presentaron fuertes asociaciones con la ocupación, el tiempo de enfermedad, el estadio en el que le diagnosticaron, el tipo histológico, el tratamiento y el inicio de relaciones sexuales.

Las encuestas QLQ-C30 para cáncer en general y QLQ-CX24 específica para cáncer cérvico uterino tienen una validez mundial, así mismo por el gran número de traducciones que tienen. Existen ciertos grupos que ponen en duda si la evaluación puede ser con encuestas genéricas o específicas para cada patología. Pero, aún no existe una evidencia clara y las publicaciones de trabajos de investigación comparativos son limitadas, por lo que no hay precisión en ese aspecto todavía. (36, 27, 38).



# **CAPITULO IV**

## **CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS**

## CONCLUSIONES

1. La mayoría de pacientes se encuentra en el grupo etéreo entre 40 y 50 años, convivientes, con educación primaria, dedicándose a actividades de la casa y comercio, procedentes de Arequipa y Cusco en su mayoría.
2. La calidad de vida a nivel físico es buena, sin embargo a nivel emocional esta disminuida, siendo la fatiga y el dolor como los mayores síntomas, además la percepción global de su salud es baja. A nivel específico la función sexual se encuentra alterada por lo que puede influir en la calidad de vida, sin embargo esto solo es referida a la cuarta parte de los encuestados.
3. Dentro de las características generales se ha encontrado que existe asociación entre la ocupación (dentro y fuera de la casa) con la calidad de vida, teniendo mejor los que tienen un trabajo fuera.
4. Las características clínicas tienen relaciones variables respecto a la calidad de vida, dependiendo de la escala a tomar, pero destaca el tipo histológico a favor del adenocarcinoma para una mejora calidad de vida.
5. Dentro de los antecedentes se encontró que hay mejor calidad en los que han tenido menor número de parejas sexuales.

### SUGERENCIAS

1. Deberían realizarse estudios a nivel prospectivo que impliquen seguimientos en pacientes que recién están comenzando a ser tratadas para observar la evolución de la calidad de vida y buscar factores asociados a los cambios en éste.
2. Deberían realizarse estudios en los distintos hospitales donde se brindan tratamiento para el cáncer de cuello uterino, y hacer comparaciones y buscar si el tipo y nivel de hospital tiene diferencias.
3. Se recomienda que las pacientes que estén recibiendo algún tipo de tratamiento mencionado reciban una consulta por parte del servicio de psicología o algún especialista en el área de calidad de vida para encontrar deficiencias en la misma y proponer solucionar para mejorar ese aspecto.
4. Al tratar pacientes que se encuentren en esta situación y que presenten problemas con el dolor se debería considerar su orientación al consultorio de terapia del dolor.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez CA, Velázquez JLL, Cintora JH, Herrera ET, De la Torre Rendón FE, Araujo FB, et al. Genotipificación del Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo (VPH-AR) mediante PCR en pacientes de 25 a 34 años de edad con resultado de citología anormal. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. 2008; 5(9).
2. Almonte M, Murillo R, Sánchez, GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C et al. New paradigms and challenges in cervical cancer prevention and control in Latin America. Salud Pública de México. 2010; 52(6): 544-559.
3. León G, Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 31(1): 0-0.
4. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A., Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. salud pública de México. 2005; 47(5): 342-350.
5. Vázquez A, González JC, de la Cruz F, Almirall AM, Valdés R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2008; 34(2): 0-0.
6. Rivera R, Delgado J, Painel V, Barrero R, Larraín A. Mecanismo de infección y transformación neoplásica producido por virus papiloma humano en el epitelio cervical. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006; 71(2): 135-140.
7. Botero MA, Uribe JD, Mesa R, Escobar G. Detección inmunohistoquímica de antígenos del papiloma virus humano y del virus herpes simple tipo II en la neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma invasor de cérvix. CES Medicina. 2012; 2(2): 77-84.
8. Suárez LR. Virus de papiloma humano y cáncer de cuello de útero. Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica. 2012; 69(601): 129-132.
9. Brebi P, Hartley R, Ili CG, Roa JC, Sánchez, R. Infección por el virus del papiloma humano en el hombre y su relación con el cáncer: estado actual y prospectivas. Revista Internacional de Andrología. 2013; 11(1): 25-30.
10. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2009; 105(2): 103-104.

11. Serman, F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2002; 67(4): 318-23.
12. Mas AB, Noa RE, Díaz IBM, Pablos JMS, Lambert AL, León JFM. Mortalidad postquirúrgica y sobrevida en pacientes con cáncer cervical tratadas con cirugía radical. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2013; 13(1); 36-45.
13. Fyles A, Keane TJ, Barton M, Simm J. The effect of treatment duration in the local control of cervix cancer. *Radiotherapy and Oncology*. 1992; 25(4): 273-79.
14. Sepúlveda P, González F, Napolitano C, Roncone E, Cavada G. Cáncer de cuello uterino: sobrevida a 3 y 5 años en Hospital San José. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2008; 73(3): 151-54.
15. Aguilar P, Valdivia H. Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. *Revista Médica Herediana*. 2012; 23(1): 30-35.
16. Martínez G. Supervivencia Global De Pacientes Con Cáncer De Cuello Uterino Tratadas Con Radioterapia, Quimioterapia Y Braquiterapia De Alta Tasa De Dosis En La Unidad Oncológica Kleber Ramirez Rojas De Barcelona, Estado Anzoátegui En El Año 2006-2011. Tesis de Postgrado. 2013. UDO
17. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 61-71.
18. Candiotti CF. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria. *HNERM* 2013.
19. Ferrandina G, Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, Venditti L, Terzano S et al. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. *Gynecologic oncology*. 2012; 124(3): 389-394.
20. Bonsel GJ, Rutten FFH, Uyl-de groot. Economic evaluation alongside cancer trials: Methodological and practical aspects. *Eur J Cancer*. 1993; 29 (suppl. 7): 10-4.
21. Yarbro JW. Changing cancer care in the 1990s and the cost. *Cancer*. 1991; 67: 1718-27.
22. Montes L, Mullins P, Urrutia SM. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2006; 71(2): 129-134.
23. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic oncology*. 2005; 97(2): 310-17.

24. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23(30): 7428-36.
25. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85(5):365-76.
26. Greimel ER1, Kuljanic Vlastic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer*. 2006; 107(8):1812-22.
27. Fayers P, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQC30. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*. *Eur J Cancer*. 2002; 38 Suppl 4: S125-133.
28. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, Van Pottelsberghe C, Curran D et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H & N35) in head and neck patients. *Eur J Cancer*. 2000; ; 36 (14): 1796-807.
29. Bottomley A, Aaronson NK. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. International perspective on healthrelated quality-of-life research in cancer clinical trials: the European Organisation for Research and Treatment of Cancer experience. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 5082-86.
30. Mazon R, Uzan C, Morice P, Balleyguier C, Lhommé C, Haie-Meder C. Tratamiento de los cánceres del cuello uterino de estadios III y IV. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2014; 50(1): 1-17.
31. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*. 2010; 52(6): 544-559.
32. Simsir A, carter W, Elgert P, et al. Reporting Endometrial Cells in Women 40 years and Older. Assessing the clinical usefulness of Bethesda 2001. *Am J Clin Pathol* 2005;123:571-75.

33. Park S, Bae D, Nam J, Park C, Cho C, Lee J, Lee M, Kim S, Park S, Yun Y. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer* 2007;110:2716-25.
34. Jensen PT, Groenvold M, Klee MC, Thranov I, Petersen MA, Machin D. Longitudinal study of sexual function and vaginal changes after radiotherapy for cervical cancer. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2003;56:937-49.
35. Lutgendorf SK, Anderson B, Ullrich P, et al. Quality of life and mood in women with gynecologic cancer: a one year prospective study. *Cancer* 2002;94:131-40
36. Anderson B, Lutgendorf S. Quality of life as an outcome measure in gynecologic malignancies. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2000;12:21-6.
37. Greimel E, Vlasic K, Waldenstrom A, Duric V, Jensen P, Singer S, Chie W, Nordin A, Radisic V, Wydra D. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Quality-of-Life Questionnaire Cervical Cancer Module. EORTC QLQ-CX24. *Cancer* 2006;107:1812-22.
38. Aaronson N, Ahmedzai S, Bergmann B, Bullinger M, Cullis A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76.
39. Jayasekara H, Rajapaksa LC, Greimel ER. The EORTC QLQ-CX24 cervical cancer specific quality of life questionnaire: psychometric properties in a South Asian sample of cervical cancer patients. *Psychooncology* 2008;17:1053-7.
40. Ferrandina G, Petrillo M, Mantegna G, Fuoco G, Terzano S, Venditti L et al. Evaluation of quality of life and emotional distress in endometrial cancer patients: A 2-year prospective, longitudinal study. *Gynecologic Oncology*. 2014;133:518-25
41. Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, Venditti L, Terzano S, Anchora LP, et al. Long-term prospective longitudinal evaluation of emotional distress and quality of life in cervical cancer patients who remained disease-free 2-years from diagnosis. *BMC Cancer*. 2013;13:127
42. Yavas G, Dogan NU, Yavas C, Benzer N, Yuce D, Celik C. Prospective Assessment of Quality of Life and Psychological Distress in Patients With Gynecologic Malignancy A 1-Year Prospective Study. *Int J Gynecol Cancer*. 2002;22:1096-101
43. Torres PC, Irraraval ME, Fasce G, Urrejola R, Pierotic M, León H, et al. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2010;75(6):383-89.

44. Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers C, Parkin DM. Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer*. 2010;127(2):2893-917
45. Mandelblatt JS, Lawrence WF, Gaffikin L, Limpahayom KK, Lumbiganon P et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J Natl Cancer Inst*.2002;94(19):1469-83





# **ANEXO 1**

# **PROYECTO DE TESIS**

# Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Programa Profesional de Medicina  
Humana



## TITULO:

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOBREVIVIENTES  
AL TRATAMIENTO DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO  
EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA ONCOLÓGICA DEL  
HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2014”

## Autor:

PRISCILA MARGARET CÓRDOVA SANTOS

Para obtener el título profesional de Médico  
Cirujano

Arequipa- Perú

2014

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES SOBREVIVIENTES AL TRATAMIENTO DE  
CÁNCER DE CUELLO UTERINO EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA  
ONCOLÓGICA DEL HOSPITAL GOYENCHE, AREQUIPA 2014.**

**I. PREAMBULO**

Uno de los problemas que ha ido en incremento durante los últimos años en nuestro país y en el mundo es relacionado a los problemas oncológicos, y más específicamente al cáncer de cuello uterino. Se trata de un problema que presenta tratamientos con un considerable periodo de seguimiento y/o con secuelas no sólo físicas sino mentales.

Por lo mismo, los pacientes se van a ver afectados en distinto grado y magnitud, por lo que cobra gran relevancia el considerar el estudio de la calidad de vida en estas mujeres, ya que la enfermedad y su tratamiento están considerados con un periodo de esperanza de vida alto. Además esto es esencial para la inclusión de los pacientes en las decisiones terapéuticas.

Es por ello que se decide enfocar este estudio en cómo es la respuesta de las pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino respecto a su calidad de vida.

## II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. Problema de Investigación

#### Enunciado del problema

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, Arequipa 2014?

#### Descripción del Problema

##### a. Área del Conocimiento

**Campo:** Ciencias de la salud

**Área:** Medicina Humana

**Especialidad:** Oncoginecología

**Línea:** Calidad de vida, cáncer de cuello uterino

##### b. Análisis u Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Subindicador
<b>Variable independiente</b>		
Tratamiento del cáncer de cuello uterino	QT más RT Cirugía más QT Cirugía más RT Cirugía más RT más QT	Recibió / No recibió
<b>Variable dependiente</b>		
Calidad de Vida en pacientes con cáncer	QLQ-C30	Escala funcional
		Salud global
		Síntomas
Calidad de Vida de mujeres diagnosticadas con cáncer de cuello uterino	QLQ-CX24	Síntomas experienciales
		Imagen corporal
		Función sexual
		Ítem simple
<b>Variables intervinientes</b>		
Características epidemiológicas	Edad	Años cronológicos
	Estado civil	Soltera Casada Viuda Divorciada
	Educación	Ninguna Primaria

		Secundaria Superior
	Ocupación	Ama de casa Jubilada Otra
	Procedencia	Arequipa Cuzco Puno Tacna Otro
Características clínicas	Tiempo de Enfermedad	Años
	Estadío	IA, IB1, IB2 IIA1, IIA2, IIB IIIA, IIIB IVA, IVB
	Tipo histológico	Adenocarcinoma Escamoso Otro
Antecedentes	Inicio de relaciones sexuales	Años cronológicos
	Parejas sexuales	Número de parejas
	Realización de PAP en los últimos 5 años	Se realizó No se realizó

**c. Interrogantes Básicas:**

- ¿Cuáles son las características epidemiológicas y clínicas en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014?
- ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación al tipo de tratamiento recibido?

- ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación a las características clínicas (tiempo de enfermedad, estadio, tipo histológico)?
- ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación a las características clínicas (edad, estado civil, educación, ocupación)?
- ¿Cuál es la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación a los antecedentes de la paciente (inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y realización de PAP en los últimos 5 años)?

**d. Tipo de Investigación:** De campo

**e. Nivel de Investigación:** Descriptivo - Analítico

**f. Justificación del problema:**

**Relevancia Social:** La proporción de pacientes con el diagnóstico de cáncer de cuello uterino ha aumentado durante los últimos años, condicionando su calidad de vida y el mantenimiento de su salud a cumplir estrictamente con su tratamiento hasta el final, lo cual de forma directa afecta su calidad y pronóstico de vida, de allí la importancia de conocer el estado de ésta, para poder identificar las posibles condiciones que traen a menos su calidad y condición de vida, aportando soluciones y estrategias con el fin de asegurar el mejoramiento de esta.

**Relevancia contemporánea:** El momento actual que nos ha tocado vivir como médicos, nos enfrenta el desafío de tratar

con pacientes que padecen este problema, lo cual significa muchas veces no lograr su curación, más bien buscar su control y tratamiento de forma permanente para de esa forma evitar complicaciones graves y en muchos casos la muerte, es por ello la importancia de mantener a los pacientes en un estado de bienestar, de equilibrio con su enfermedad que los lleve a tener una vida plena y feliz, es por ello que este estudio se enfoca en los pacientes sobrevivientes al tratamiento para el cáncer de cuello uterino.

**Factibilidad:** La metodología de este estudio a través de la realización de una encuesta validada lo hace muy factible, ya que es un instrumento conciso, de fácil entendimiento para los pacientes que recoge información completa para la evaluación de la calidad de vida de pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino, el análisis de otras variables del estudio se completan con preguntas sencillas que permitirán el posterior análisis y asociación de las variables.

**Originalidad:** La evaluación de la calidad de vida en pacientes con enfermedades neoplásicas es un tema poco desarrollado en la actividad científica de nuestra región, razón por la cual identificar a la población de pacientes con cáncer de cuello uterino representa una oportunidad para investigar sobre el tema, con el fin de comparar nuestra realidad con las estudiadas en otros países, como Chile, que ya vienen trabajando en este tema de relevancia actual.

Finalmente, presenta un **Interés Académico** y forma parte de las Líneas de Investigación incluidas por nuestra Facultad de Medicina, como es la Salud Mental.

## MARCO TEÓRICO

### 1.1. Definición:

El Cáncer de Cuello Uterino, es una alteración celular que se origina en el epitelio del cuello del útero y que se manifiesta inicialmente a través de lesiones precursoras, de lenta y progresiva evolución; que se suceden en etapas de displasia leve, moderada y severa, que evolucionan a Cáncer in situ, en grado variable cuando esta se circunscribe a la superficie epitelial y luego a Cáncer invasor cuando el compromiso traspasa la membrana basal (1).

El Cáncer de Cuello Uterino, constituye un importante problema de salud pública, afecta aproximadamente a medio millón de mujeres cada año. Según la Organización Mundial de la Salud, el cáncer de cuello uterino (CACU), es la segunda mayor causa de mortalidad femenina por cáncer en todo el mundo, con unas 300.000 muertes al año. El 80% de los casos corresponden a los países en vías de desarrollo y cerca de 500.000 casos nuevos se presentan cada año.

En el Perú, la incidencia se calcula en 40 por 100.000, ocupando el primer lugar a nivel nacional, con una tasa de mortalidad de 15.8/100.000 habitantes (2).

### 1.2. Factores de Riesgo

El virus del papiloma humano, es el factor de riesgo principal del cáncer del cuello uterino. Esta enfermedad se puede transmitir de una persona a otra durante las relaciones sexuales. El sostener relaciones sexuales sin protección, especialmente a una edad temprana, hace que sea más probable infectarse con el virus de VPH (3).

El inicio de relaciones coitales a edad temprana (antes de los 18 años) y tener muchas parejas sexuales (o que han tenido relaciones sexuales con hombres que, a su vez, han tenido muchas parejas) tienen un riesgo mayor de contraer VPH (3).

El tabaquismo, es otro factor de riesgo para el cáncer del cuello uterino. Las mujeres que fuman tienen el doble de riesgo de contraer cáncer del cuello uterino. Fumar, expone al cuerpo a numerosas sustancias químicas cancerígenas que afectan otros

órganos, además de los pulmones. Estas sustancias dañinas son absorbidas a través de los pulmones y conducidas al torrente sanguíneo por todo el cuerpo. Se han detectado subproductos del tabaco en la mucosidad cervical de mujeres fumadoras. Los investigadores creen que estas sustancias dañan el ADN de las células en el cuello uterino y pueden contribuir al origen del cáncer de cuello uterino

El bajo nivel socio económico, condiciona que muchas mujeres no se realicen la toma del Papanicolaou (PAP) o la inspección visual con ácido acético (IVAA) (4) (5).

### 1.3. El virus del Papiloma Humano

Los papilomas virus han cohabitado con la especie humana a través de miles de años, sufriendo pocos cambios en su composición genómica. Basado en el análisis de secuencia de DNA, se han reconocido más de 100 genotipos de VPH que causan un diverso rango de lesiones epiteliales. A nivel evolutivo, todos los papilomas virus que se conocen se han agrupado en 16 géneros y los VPH se agrupan en 5 de estos géneros. Los dos géneros de VPH más importantes son los papiloma virus Alpha ( $\alpha$ ) y los Beta ( $\beta$ ). La mayoría de los VPH que infectan área genital pertenecen al género Alpha. El análisis de los genotipos de VPH resulta importante por distintas razones, dentro de éstas se encuentra que los VPH son tejido específicos y en general producen diferentes tipos de lesiones (6).

Cerca de 35 tipos de VPH se identifican en lesiones benignas y malignas del tracto anogenital tanto en hombres como en mujeres; además, quince de estos tipos virales se asocian en diferente grado al cáncer de cérvix. El papiloma virus tipo 16 es el más prevalente de los VPH oncogénicos, responsable de más de la mitad de los tumores, mientras que el papiloma virus tipo 18 está involucrado en el 20% de los mismos. Las mujeres sexualmente activas, de cualquier edad, pueden infectarse con VPHs oncogénicos (7).

#### 1.4. Historia Natural de la Infección

La infección por VPH esencialmente es una enfermedad de transmisión sexual. De esta manera, tanto hombres como mujeres están involucradas en la cadena epidemiológica de la infección, pudiendo ser acarreadores asintomáticos, transmisores y también víctimas de la infección por VPH. Es por ello, que los factores asociados con la infección por VPH esencialmente están relacionados con el comportamiento sexual, como es la edad de inicio de vida sexual, un alto número de parejas sexuales a lo largo de la vida, o contacto sexual con individuos de alto riesgo (en hombres, contactos frecuentes con mujeres que ejercen la prostitución, y en mujeres, contactos frecuentes con hombres con múltiples parejas sexuales). La circuncisión masculina y el uso estricto y sistemático del preservativo son factores que pueden reducir, aunque sin prevenir totalmente, el riesgo de transmisión del VPH entre parejas sexuales. Socialmente pueden identificarse grupos de alta prevalencia en la población de mujeres que ejercen la prostitución y en los grupos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (8) (9).

#### 1.5. Estadios del Cáncer de Cuello uterino

Clasificación por Etapas de la FIGO del carcinoma del cuello uterino (10):

Carcinoma Preinvasivo

- Etapa 0 Carcinoma in situ, carcinoma intraepitelial

Carcinoma invasivo

- Etapa Ia Carcinoma confinado estrictamente al cuello uterino:  
Etapa Ia carcinomas preclínicos del cuello uterino, es decir los diagnosticados solo al microscopio.
  - o Etapa Ia1 Invasión mínima del estroma, microscópicamente evidente
  - o Etapa Ia2 Lesión detectada microscópicamente y que se puede medir. No debe tener una profundidad mayor de 5 mm ni una extensión horizontal mayor de 7 mm
- Etapa Ib Lesiones invasivas que miden mas de 5 mm.

- Etapa IIb El carcinoma se extiende más allá del cuello uterino, pero no se ha extendido hasta la pared.
  - o Etapa IIa Sin afectación obvia del parametrio.
  - o Etapa IIb. Afectación obvia del parametrio
- Etapa IIIc El carcinoma se ha extendido hasta la pared pélvica.
  - o Etapa IIIa Sin extensión a la pared pélvica, pero con afectación del tercio inferior de la vagina.
  - o Etapa IIIb Extensión hasta la pared pélvica o hidronefrosis o riñón no funcionando.
- Etapa IVd El carcinoma se ha extendido más allá de la pelvis verdadera o afecta desde el punto de vista clínico a la mucosa de vejiga o recto.
  - o Etapa IVa Extensión del crecimiento a órganos adyacentes. (Afectación de mucosa rectal o vesical)
  - o Etapa IVb Metástasis a distancia.

Clasificación de Bethesda (32):

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Microorganismos: Tricomonas vaginales, organismos consistentes en candida sp, desviación de la flora sugestivo de vaginosis bacteriana, bacterias consistentes morfológicamente con Actinomyces sp, cambios celulares consistentes con herpes.
- Otros cambios no neoplásicos: Cambios celulares reactivos (inflamación y reparación, cambios de radicación, cambios asociados a dispositivo intrauterino), presencia de epitelio glandular en mujeres histerectomizadas, atrofia, presencia de células endometriales fuera de ciclo en mujeres mayores de 40.
- Anomalía de célula epitelial:
  - o Célula escamosa
    - Célula escamosa atípica de significado incierto (ASCUS)
    - Célula escamosas atípicas, no se puede descartar lesión intraepitelial de alto grado (ASC-H)
    - Lesión escamosa intraepitelial de bajo grado (L-LIE)

- Lesión escamosa intraepitelial de alto grado (H-LIE)
- Carcinoma invasivo de células escamosas.
- Glandular:
  - Células glandulares atípicas: endocervicales, no especificadas; endometriales no especificadas, glandulares no especificadas.
  - Células glandulares atípicas, probablemente neoplásicas (endocervicales y glandulares en general).
  - Adenocarcinoma in situ
  - Adenocarcinoma: endocervical, endometrial, extrauterino, no especificado.
- Otras neoplasias Malignas

#### 1.6. Tratamiento

El tratamiento del cáncer es multidisciplinar, es decir, las distintas modalidades terapéuticas se combinan para proporcionar al enfermo el plan de tratamiento más adecuado que permita aumentar las posibilidades de curación de la enfermedad (11).

Generalmente en el tratamiento del cáncer se sigue un plan que se establece basándose en una serie de factores, relacionados con el tumor (el tipo de tumor, la localización y el tamaño y la afectación de los ganglios o de otros órganos) y relacionados con el paciente (edad, estado general de salud, otras enfermedades importantes, deseo del propio paciente) (12).

Las principales modalidades de tratamiento son: cirugía, radioterapia y quimioterapia. Aunque, también puede administrarse otro tipo de terapias específicas para algunos tumores como la hormonoterapia, la inmunoterapia, el tratamiento con láser, entre otras (13).

**Cirugía:**

La cirugía suele ser el principal tratamiento para determinados tumores. Es posible intervenir conservando, la mayoría de las veces, el órgano donde se asentaba el tumor y su función (cirugía conservadora). Está indicada en los cánceres que no se han extendido a otros órganos. También tiene un papel muy importante en el diagnóstico y estudio de la enfermedad (15).

Para los estadios tempranos, la cirugía conserva los ovarios evitando la menopausia temprana, vagina más corta y fibrosa preservando la función sexual, en comparación con la radioterapia radical. La cirugía es la primera opción en pacientes jóvenes sin contraindicaciones quirúrgicas. En pacientes en estadio A1, el tratamiento estándar consiste en conización con márgenes libres y/o histerectomía extrafacial. Con la invasión linfovascular el tratamiento debe individualizarse considerando histerectomía radical modificada mas linfadenectomía pélvica o en caso que no se pueda realizar cirugía la radioterapia intracavitaria es una opción. En los casos donde hay metástasis a distancia positivo, se debe valorar tomar la biopsia en lugares sospechosos y de confirmarse valorar terapia sistémica individualizada y agregar radioterapia.

**Radioterapia**

La radioterapia es el empleo de rayos X para el tratamiento local de determinados tumores. Puede administrarse asociada a otras terapias (cirugía y/o quimioterapia) o como tratamiento único.

En función de cómo se administre la radiación la radioterapia puede ser de dos tipos:

- Externa: consiste en la administración de las radiaciones desde el exterior mediante unos equipos que generan la radiación.
- Interna: consiste en la administración de la radiación a través de materiales radiactivos que se introducen en el organismo, muy próximos o en contacto con el tumor.

Los efectos secundarios de este tratamiento son cansancio o fatiga, enrojecimiento y sequedad en la piel (como después de una quemadura solar), inflamación, que suelen desaparecer tras seis o 12 meses (14).

Para el tratamiento de radiación interna, con más frecuencia la sustancia radiactiva se introduce por la vagina en un tubo o cilindro. Existen dos maneras de administrar este tratamiento: tasa de baja dosis y tasa de alta dosis. El tratamiento con baja dosis se completa en sólo unos días. Durante el procedimiento el paciente permanece en el hospital. Por otro lado, el tratamiento en altas dosis se administra de forma ambulatoria durante varios tratamientos. Para cada tratamiento, el material radiactivo se deja colocado por varios minutos y luego se retira (30).

La radiación se puede usar después de la cirugía para el cáncer de cuello uterino en etapa inicial. También es el tratamiento principal para los cánceres en etapas más avanzadas (etapa II y más). Cuando se usa como tratamiento principal, a menudo se administra con bajas dosis de quimioterapia para ayudar a que funcione mejor

#### **Quimioterapia:**

Es una de las modalidades terapéuticas más empleadas en el tratamiento del cáncer. Su objetivo es destruir, empleando una gran variedad de fármacos, a las células que componen el tumor con el fin de reducir y/o eliminar la enfermedad. Este tratamiento se administra en forma de ciclos. Un ciclo consiste en la administración de los fármacos durante uno o varios días, seguido de un tiempo variable de descanso (16).

Dependiendo del tipo de cáncer y de los fármacos que se vayan a emplear, la quimioterapia puede administrarse en forma de pastillas (por vía oral) o inyectando la medicación en una vena (intravenosa). La duración total del tratamiento y sus efectos secundarios dependen de una serie de factores como son el tipo de tumor, la respuesta del tumor al tratamiento y el tipo de quimioterapia empleada (16).

Una opción consiste en administrar una dosis del medicamento cisplatino cada semana durante la radiación. Este medicamento se administra por una vena (IV) alrededor de cuatro horas antes de la cita para recibir la radiación. Otra opción es administrar cisplatino

junto con 5-fluorouracilo (5-FU) cada 4 semanas durante la radiación. También se utilizan otras combinaciones de medicamentos.

El riesgo de mortalidad por cáncer de cuello uterino disminuyó en un 30% para quedar en 50% mediante el uso conjunto de quimiorradioterapia. Sobre la base de estos resultados, se debe tomar seriamente en consideración la incorporación del uso de la quimioterapia a base de cisplatino con quimioterapia de forma concurrente en aquellas mujeres que requieren de radioterapia para el tratamiento del cáncer de cuello uterino.

Debido a que son medicamentos muy fuertes, presentan unos efectos secundarios que, en algunos casos, resultan muy molestos. Como: Nauseas, vómitos, pérdida de apetito, pérdida de cabello, cansancio

#### **1.7. Calidad de Vida:**

Antes de revisar el concepto de calidad de vida, los elementos que la componen y las investigaciones a las que ha sido sujeta, resulta de gran importancia detenerse en el significado de calidad y el de vida.

El término calidad proviene del latín *qualitas*, que significa la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permite juzgar su valor. Es entendida como una cualidad de superioridad o excelencia de una persona o cosa (17).

La calidad incluye componentes como el valor, aspecto que queda a la subjetividad de quien lo juzga; es decir ciertos individuos percibirán algo como de calidad siempre en cuando respondan a sus necesidades y expectativas. De esta afirmación se puede retomar la importancia de indagar acerca de la percepción del grupo de evaluación tiene sobre los elementos que constituyen su vida y sobre los cuales se decide si está o no es de calidad (18).

Es un complejo dimensional que puede ser vista como un todo compuesto de varias áreas específicas que determinan y son determinadas por el estilo de vida; es así como se indica que la calidad de vida implica una libertad para llevar diferentes tipos de vida. La vida tiene que ver con sus propios componentes o aspectos fundamentales de la existencia humana: la supervivencia, la cultura, la permanencia en el mundo, las condiciones en que esto se da.

Para conocer que es calidad de vida es necesario que las personas describan el significado de lo que la vida es para ellos; lo cual hace difícil el obtener una definición precisa (31)

El concepto de calidad de vida en las últimas décadas ha evolucionado desde las perspectivas filosóficas y sociológicas iniciales hacia una concreción mayor relacionada con las prácticas profesionales en los servicios sociales, la salud y la educación. La investigación ha avanzado en la comprensión del concepto desde la perspectiva unidimensional hacia modelos multidimensionales centrados en la persona y su comportamiento. El camino seguido ha permitido concretar primero las áreas o dimensiones importantes del concepto, para después profundizar en los indicadores más relevantes. Junto a la evolución conceptual uno de los retos actuales es el desarrollo de distintas estrategias de evaluación que permitan multiplicar las aplicaciones del concepto en distintas realidades.

#### **1.8. Calidad de Vida en el paciente oncológico**

El control del cáncer se ha convertido durante las últimas décadas en una de las prioridades en salud pública dada la mortalidad y morbilidad que produce esta enfermedad.

El tratamiento del cáncer no siempre va a ser llevado a cabo, por lo que en los últimos años los estudios oncológicos que se realizan buscan una mejor comprensión del cáncer que ayude a que los pacientes que padecen de esta enfermedad tengan un tiempo de vida mayor. Estos estudios tienen la finalidad de mejorar a nivel de técnicas quirúrgicas, a nivel de búsqueda fármacos con mayor

eficacia y que presenten menos efectos adversos. Pero, cada vez que estos estudios finalizan en alguna etapa ha sido necesario reconducir los resultados obtenidos debido a los elevados precios que estos suponen y las escasas variaciones de supervivencias que se han obtenido. Actualmente se habla de aumentar el tiempo libre de la enfermedad, debido a que hacer más larga la supervivencia con un deterioro importante, iatrogenia y continua medicación y atención no parece ser un método terapéutico que sea satisfactorio. Estas son las razones por las que hay motivaciones para la introducción de innovaciones metodológicas gracias a estos ensayos como puede ser la valoración de la calidad de vida como un parámetro significativo (19).

El pensar del oncólogo clínico respecto a las posibilidades de tratamiento de algunos tumores han posibilitado el incremento del interés por los temas relacionados a la calidad de vida. Ante la gran dificultad de los tratamientos en prolongar la supervivencia del paciente neoplásico significativamente comienzan a cobrar importancia los hitos relacionados al bienestar físico y mental de la persona enferma. Es por ello que muchas veces, en la mayoría de casos, se pretende y es más interesante mejorar la calidad de vida de estos pacientes en comparación a lograr una mejora de supervivencia en unos meses (20).

Por otro lado, los tratamientos oncológicos están supeditados a precios elevados debido a las características específicas de los fármacos administrados y de los recursos humanos y materiales empleados bajo el actual gran enfoque multidisciplinar que presenta el proceso neoplásico, incluyendo las complicaciones que puedan presentarse. Además de esto, el aumento de la limitación de los recursos ha potenciado el interés por conocer la eficiencia de las intervenciones sanitarias, sobre todo en campos como el de la oncología clínica más que la quirúrgica, donde los precios del tratamiento son verdaderamente considerables (21).

En el presente estudio vamos a utilizar dos instrumentos que nos ayudarán a medir la calidad de vida en paciente con cáncer, una es

el QLQ –C30 que es usado para medir la calidad de vida en pacientes oncológicos en general y la otra es la QLQ – CX24 que se utiliza para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino:

a) QLQ – C30:

El cuestionario QLQ-C30 fue creado por la Organización Europea para la investigación y el tratamiento del cáncer - EORTC en la actualidad se usa en varios tipos de estudio en personas que padecen cáncer y además de uso, algo más disminuido en la práctica clínica diaria, este es el cuestionario de calidad de vida que más se utiliza en ensayos clínicos en el continente europeo, y además es ampliamente utilizado en América y muchas otras partes del mundo. (27)

Este cuestionario es específico para la enfermedad cancerosa, tiene una gran validación, para que ésta pueda ser aplicada en más de 50 idiomas. En lo que respecta a su composición, esta encuesta posee 30 ítems que dan un valor a la calidad de vida en relación a aspectos emocionales, sociales, físicos y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer, las conclusiones que reflejan este cuestionario va respecto a la calidad de vida durante la última semana posterior a la aplicación (28)

El QLQ – C30 está conformado por 5 escalas funcionales (Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas, vómito), 1 escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico) (29).

Respecto a la evaluación del cuestionario, los valores posibles para cada ítem van del 1 al 4 (1:en absoluto, 2: un poco, 3: bastante, 4: mucho), los dos últimos (preguntas 29 y 30) van con

un puntaje en escala del 1 al 7 (1: pésima, 7: excelente). Los resultados que nos muestran indican el impacto que tuvo el cáncer en el paciente según cada escala (27).

Uno de los sesgos que nos puede presentar esta encuesta es la de la evaluación, al tratarse del cáncer, que por lo general es una patología crónica, la calidad de vida puede ser cambiante ya que la encuesta no evalúa en un largo periodo o de forma longitudinal sino de modo transversal y en un tiempo reciente.

b) QLQ – CX24:

Este instrumento sirve para medir la calidad de vida específica para cáncer de cuello uterino, y fue elaborado también, por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer – EORTC. Inicialmente fue diseñado por la QLG (Quality Life Group) que consiste en 5 escalas multi-item en distintas dimensiones clínicas (funcionamiento sexual, imagen corporal y gastrointestinal, síntomas urológicos y vaginales) y varios ítems de medida única. Por lo tanto, los ítems de la escala de síntomas gastrointestinales, urológicos y vaginales fueron combinados en una única escala de experiencia de síntomas para la versión final del cuestionario (26). Al igual que el anterior este resultado puede verse sesgado por el resultado al momento de definir la temporalidad.

## 1. Análisis de Antecedentes Investigativos

Título: Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino (22)

Revista chilena de obstetricia y ginecología - 2006

*Antecedentes:* El cáncer cérvico uterino (CaCu) es la cuarta causa de muerte por cáncer en Chile y la primera entre los 20 a 44 años. Debido a efectivos métodos de pesquisa y tratamientos oportunos, cada vez es mayor el número de usuarias que viven libres de enfermedad, lo que hace fundamental valorar la calidad de vida (CV). *Objetivo:* Revisar la literatura con el objetivo de conocer de qué manera se afecta la CV de estas mujeres. *Resultados:* La revisión de literatura muestra una gran cantidad de instrumentos utilizados para medir CV en mujeres con CaCu, principalmente genéricos, como también cuestionarios que evalúan aspectos por separado. La dimensión más afectada durante todo el proceso de enfermedad, es la dimensión sexual. La modalidad de tratamiento se considera clave en la repercusión en esta dimensión; la radioterapia al ser un tratamiento localizado produce alteraciones físicas que repercuten en la sexualidad, en cambio la cirugía afecta mayormente el aspecto psicológico. *Conclusión:* La CV en las mujeres con CaCu se ve alterada en todas sus dimensiones, principalmente en la dimensión sexual. Se postula la importancia de considerar la CV como un parámetro útil de evaluación, para de esta manera brindar una intervención oportuna, centrada en la necesidad que ellas presentan.

Título: Calidad de vida en sobrevivientes de cáncer de cuello uterino a largo plazo (23).

Ginecología Oncológica - 2005

*Objetivos:* Para describir la calidad de vida (QLQ) y secuelas psicosociales a largo plazo de las mujeres en edad fértil con diagnóstico de cáncer de cuello de útero 5-10 años antes.

*Métodos:* Utilizando un diseño descriptivo transversal, 51 sobrevivientes de cáncer de cuello uterino y 50 controles emparejados por edad completaron una entrevista QLQ integral.

*Resultados:* Los participantes eran en su mayoría casados, blanco no hispano, con una edad media al diagnóstico de 37 años, y una media de edad en la entrevista de 45 años. Esta muestra libre de la enfermedad se encuentra en una buena calidad de vida, con el físico, social, emocional y funcionamiento comparable o mejor que las normas comparativas. Sin embargo, ciertas

secuelas supervivencia psicológica y preocupaciones reproductivas persisten. Los participantes que informaron una buena calidad de vida fueron menos propensos a informar de los esfuerzos de adaptación en curso relacionadas con haber tenido esta enfermedad y fueron más propensos a reportar un mayor apoyo social, un mayor placer sexual, y menos angustia específica del cáncer de cuello uterino. En un modelo de regresión múltiple, la angustia específica del cáncer, el bienestar espiritual, las conductas inapropiadas, y las preocupaciones reproductivas representaron el 72% de la varianza en las puntuaciones de calidad de vida. Cincuenta y nueve por ciento de los encuestados expresó que lo más probable es participar en un programa de asesoramiento para discutir las cuestiones psicosociales planteadas por haber tenido cáncer cervical, y el 69% afirmó que habrían asistido a un programa de grupo de apoyo durante el tratamiento inicial si se hubiera ofrecido.

Conclusiones: Esta información da una idea de las relaciones complejas entre la calidad de vida de supervivencia y las secuelas de cáncer cervical para mujeres diagnosticadas durante los años fértiles. Por lo tanto, es importante que los profesionales de la salud reconocen que los aspectos de la supervivencia del cáncer continúan requiriendo atención y cuidado posible seguimiento.

Título: Calidad de vida y funcionamiento sexual en sobrevivientes de cáncer de cuello uterino (24)

Journal of Clinical Oncology - 2005

Objetivo: Comparar la calidad de vida y el funcionamiento sexual en las sobrevivientes de cáncer de cuello uterino tratadas con histerectomía radical y disección de ganglios linfáticos o radioterapia.

Métodos Las mujeres fueron entrevistadas por lo menos 5 años después del tratamiento inicial para el cáncer de cuello uterino. Las mujeres elegibles tenían tumores de células escamosas de menos de 6 cm al momento del diagnóstico, se encuentran actualmente libres de la enfermedad, y que tenían sometido a cirugía o radioterapia, pero no ambos. Los dos grupos de tratamiento fueron entonces comparadas usando el análisis univariado y multivariado de regresión lineal con un grupo control de mujeres de raza de la misma edad y sin antecedentes de cáncer.

Resultados Ciento catorce pacientes (37 de cirugía, radioterapia 37, 40 controles) se incluyeron para su análisis. En comparación con los pacientes de

cirugía y controles mediante análisis univariado, los pacientes de radiación tenían puntuaciones significativamente más bajas en los cuestionarios estandarizados que miden la calidad relacionada con la salud de la vida (salud física y mental), estrés psicológico y el funcionamiento sexual. La disparidad en la función sexual se mantuvo significativo en un análisis multivariado. Los análisis univariados y multivariados no mostraron diferencias significativas entre los pacientes con histerectomía radical y controles en cualquiera de las medidas de resultado.

Conclusión Cervical sobrevivientes de cáncer tratados con radioterapia tuvieron un funcionamiento sexual más precario que aquellos tratados con histerectomía radical y disección de los ganglios linfáticos. Por el contrario, estos datos sugieren que los sobrevivientes de cáncer de cuello uterino tratados con cirugía sola puede esperar la calidad de vida y la función sexual no muy diferente a la de sus compañeros sin antecedentes de cáncer.

## 2. Objetivos

### Objetivo general:

- Determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014.

### Objetivos específicos

1. Determinar las características epidemiológicas y clínicas en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014.
2. Determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación al tipo de tratamiento recibido
3. Determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación a las características clínicas (tiempo de enfermedad, estadio, tipo histológico).

4. Determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación a las características clínicas (edad, estado civil, educación, ocupación)
5. Determinar la calidad de vida en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche, en la ciudad de Arequipa en el 2014, en relación a los antecedentes de la paciente (inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales y realización de PAP en los últimos 5 años.

### **Hipótesis**

- **Dado que** el cáncer de cuello uterino es una enfermedad que requiere tratamiento prolongado y múltiple, muchas veces con complicaciones y resultados no esperados **es probable que** pacientes que hayan sido sometidos al tratamiento, independientemente del resultado, tengan una calidad de vida disminuida.

### **III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

#### **8. Técnicas e Instrumentos:**

- **Técnicas:** Cuestionario
- **Instrumentos**
  - o Ficha de recolección de datos
  - o Encuesta de calidad de vida para cáncer en general – QLQ - C30
  - o Encuesta de calidad de vida para cáncer de cuello uterino QLQ-CX24

#### **9. Campo de Verificación:**

##### **2.1. Ubicación Espacial:**

El estudio se llevará a cabo en todos los pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en

el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche en la ciudad de Arequipa.

## **2.2. Ubicación Temporal:**

La recolección de datos de este estudio se llevará a cabo en pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino desde 2007 hasta junio del 2014, del Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche en la ciudad de Arequipa.

## **2.3. Unidades de Estudio**

Las unidades de estudio estarán conformadas por la ficha de recolección de datos y los cuestionarios para calidad de vida en pacientes oncológicos QLQ -C30 y QLQ-CX24, que sean llenados por las pacientes que cumplan con los criterios de inclusión.

### **2.3.1. Población**

La población se encuentra conformada por todos los pacientes sobrevivientes al tratamiento de cáncer de cuello uterino en el Servicio de Ginecología Oncológica del Hospital Goyeneche en Arequipa.

### **2.3.2. Muestra y Muestreo**

El presente estudio pretende hacer la investigación en toda la población de pacientes que acuden a consulta de control durante los meses de junio y julio del 2014, que corresponde a 70 personas basado en estipulaciones de los meses anteriores.

## **3.4. Criterios de Selección**

### **- Criterios de Inclusión**

- Pacientes mayores de 18 años
- Pacientes sobrevivientes al tratamiento para cáncer de cuello uterino.
- Pacientes que acepten colaborar con el llenado de los cuestionarios.

- **Criterios de Exclusión**

- Pacientes con alguna discapacidad física o mental que impida el llenado correcto de la ficha de recolección de datos y los cuestionarios
- Paciente que se niegue a completar la ficha de recolección de datos y los cuestionarios.

**10. Estrategia de Recolección de los cuestionarios**

**3.1. Organización**

Se procederá a solicitar el permiso correspondiente en el Hospital Goyeneche, para poder realizar los cuestionarios a los pacientes de la unidad.

Se procederá a aplicar la Ficha de Recolección de datos y los cuestionarios QLQ-C30 y QLQ-CX24 a todos los pacientes que acudan consulta de control.

Se vigilará durante todo el tiempo que les tome completar el cuestionario para poder ayudar a resolver las dudas que surjan durante el llenado del mismo, asimismo se verificará el llenado completo de las fichas y cuestionarios.

Cabe mencionar que la participación en el estudio es totalmente confidencial y en ninguna parte de la ficha o cuestionario se solicitan datos que permitan identificar al paciente.

**3.2. Recursos**

**3.2.1. Recursos Humanos**

**Autor:** Priscila Margaret Córdova Santos

**Asesor:** Dr. Dante Aguilar Cano

**3.2.2. Recursos Materiales**

- Fichas impresas de recolección de datos.
- Cuestionario de Calidad de vida QLQ -C30 y QLQ-CX24.
- Computadora portátil con sistema operativo Windows 7, paquete Office 2010 y paquete estadístico SPSS v.18
- Material de escritorio

**3.2.3. Recursos Financieros**

- Recursos del propio autor

### **3.3. Validación de los instrumentos**

- La ficha de recolección de datos epidemiológicos y clínicos no requiere validación.
- El cuestionario QLQ-C30 fue validado por primera vez por la Organización Europea para la investigación y el tratamiento del Cáncer en 1986, y en 1993 se reportó un estudio multicéntrico en varios países donde lo identificaban como una medida fiable y válida para la calidad de vida en pacientes con cáncer en entornos multiculturales. Este cuestionario cuenta con una validación en español por la misma organización; así mismo dicho instrumento se encuentra validado al español por Arraras y colaboradores (25).
- El cuestionario QOQ-CX24 fue validado por la Organización Europea para la Investigación y tratamiento del cáncer, para pacientes específicos con cáncer de cuello uterino por primera vez en el 2006. El mismo que se encuentra validado por la misma organización para su uso en el idioma español (26).

### **3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados**

#### **3.4.1. A nivel de la recolección**

Los cuestionarios se manejarán de manera anónima asignando un código a cada participante y cada ficha de recolección y cuestionario lo que facilitará su manejo.

#### **3.4.2. A nivel de la sistematización**

La información que se obtenga de las encuestas serán procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSS v.18 para su análisis correspondiente.

#### **3.4.3. A nivel de estudio de datos**

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes.

Para las variables numéricas se utilizarán la media, la mediana y la desviación estándar para variables continuas; así como valores mínimos y máximos.

Pese a tratarse de un estudio descriptivo de fondo se realizarán distintas asociaciones secundarias para buscar relaciones entre

distintas características por lo que se usara la prueba de chi cuadrado entre variables categóricas y t de student para variables numéricas. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un  $p < 0,05$ .

#### IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

TIEMPO	Mayo				Junio				Julio				Agosto			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Elaboración del proyecto de investigación																
Presentación y aprobación del Proyecto																
Recolección de datos																
Tabulación, análisis e interpretación de datos																
Elaboración y presentación del Informe final																

**V. BIBLIOGRAFÍA**

1. Pérez CA, Velázquez JLL, Cintora JH, Herrera ET, De la Torre Rendón FE, Araujo FB, et al. Genotipificación del Virus de Papiloma Humano de Alto Riesgo (VPH-AR) mediante PCR en pacientes de 25 a 34 años de edad con resultado de citología anormal. Archivos Médicos de Actualización en Tracto Genital Inferior. 2008; 5(9).
2. Almonte M, Murillo R, Sánchez, GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C et al. New paradigms and challenges in cervical cancer prevention and control in Latin America. Salud Pública de México. 2010; 52(6): 544-559.
3. León G, Bosques DO. Infección por el virus del papiloma humano y factores relacionados con la actividad sexual en la génesis del cáncer de cuello uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2005; 31(1): 0-0.
4. Tirado-Gómez LL, Mohar-Betancourt A, López-Cervantes M, García-Carrancá A., Franco-Marina F, Borges G. Factores de riesgo de cáncer cervicouterino invasor en mujeres mexicanas. salud pública de México. 2005; 47(5): 342-350.
5. Vázquez A, González JC, de la Cruz F, Almirall AM, Valdés R. Factores de riesgo del cáncer de cérvix uterino. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2008; 34(2): 0-0.
6. Rivera R, Delgado J, Painel V, Barrero R, Larraín A. Mecanismo de infección y transformación neoplásica producido por virus papiloma humano en el epitelio cervical. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2006; 71(2): 135-140.
7. Botero MA, Uribe JD, Mesa R, Escobar G. Detección inmunohistoquímica de antígenos del papiloma virus humano y del virus herpes simple tipo II en la neoplasia intraepitelial cervical y carcinoma invasor de cérvix. CES Medicina. 2012; 2(2): 77-84.
8. Suárez LR. Virus de papiloma humano y cáncer de cuello de útero. Revista Médica de Costa Rica y Centroamerica. 2012; 69(601): 129-132.
9. Brebi P, Hartley R, Ili CG, Roa JC, Sánchez, R. Infección por el virus del papiloma humano en el hombre y su relación con el cáncer: estado actual y prospectivas. Revista Internacional de Andrología. 2013; 11(1): 25-30.
10. Pecorelli S. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2009; 105(2): 103-104.

11. Serman, F. Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano: perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2002; 67(4): 318-23.
12. Mas AB, Noa RE, Díaz IBM, Pablos JMS, Lambert AL, León JFM. Mortalidad postquirúrgica y sobrevida en pacientes con cáncer cervical tratadas con cirugía radical. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. 2013; 13(1); 36-45.
13. Fyles A, Keane TJ, Barton M, Simm J. The effect of treatment duration in the local control of cervix cancer. *Radiotherapy and Oncology*. 1992; 25(4): 273-79.
14. Sepúlveda P, González F, Napolitano C, Roncone E, Cavada G. Cáncer de cuello uterino: sobrevida a 3 y 5 años en Hospital San José. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2008; 73(3): 151-54.
15. Aguilar P, Valdivia H. Características clínico patológicas del cáncer de cérvix uterino recurrente después de cirugía radical primaria. *Revista Médica Herediana*. 2012; 23(1): 30-35.
16. Martínez G. Supervivencia Global De Pacientes Con Cáncer De Cuello Uterino Tratadas Con Radioterapia, Quimioterapia Y Braquiterapia De Alta Tasa De Dosis En La Unidad Oncológica Kleber Ramirez Rojas De Barcelona, Estado Anzoátegui En El Año 2006-2011. Tesis de Postgrado. 2013. UDO
17. Urzúa A, Caqueo-Urizar A. Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*. 2012; 30(1): 61-71.
18. Candiotti CF. Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor con diagnóstico de cáncer sometido a quimioterapia ambulatoria. *HNERM* 2013.
19. Ferrandina G, Mantegna G, Petrillo M, Fuoco G, Venditti L, Terzano S et al. Quality of life and emotional distress in early stage and locally advanced cervical cancer patients: a prospective, longitudinal study. *Gynecologic oncology*. 2012; 124(3): 389-394.
20. Bonsel GJ, Rutten FFH, Uyl-de groot. Economic evaluation alongside cancer trials: Methodological and practical aspects. *Eur J Cancer*. 1993; 29 (suppl. 7): 10-4.
21. Yarbro JW. Changing cancer care in the 1990s and the cost. *Cancer*. 1991; 67: 1718-27.
22. Montes L, Mullins P, Urrutia SM. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*. 2006; 71(2): 129-134.
23. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU et al. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecologic oncology*. 2005; 97(2): 310-17.

24. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *Journal of Clinical Oncology*. 2005; 23(30): 7428-36.
25. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst*. 1993; 85(5):365-76.
26. Greimel ER1, Kuljanic Vlastic K, Waldenstrom AC, Duric VM, Jensen PT European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality-of-Life Group. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) Quality-of-Life questionnaire cervical cancer module: EORTC QLQ-CX24. *Cancer*. 2006; 107(8):1812-22.
27. Fayers P, Bottomley A. EORTC Quality of Life Group, Quality of Life Unit. Quality of life research within the EORTC - the EORTC QLQC30. *European Organisation for Research and Treatment of Cancer. Eur J Cancer*. 2002; 38 Suppl 4: S125-133.
28. Bjordal K, de Graeff A, Fayers PM, Hammerlid E, Van Pottelsberghe C, Curran D et al. A 12 country field study of the EORTC QLQ-C30 (version 3.0) and the head and neck cancer specific module (EORTC QLQ-H & N35) in head and neck patients. *Eur J Cancer*. 2000; ; 36 (14): 1796-807.
29. Bottomley A, Aaronson NK. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. International perspective on healthrelated quality-of-life research in cancer clinical trials: the European Organisation for Research and Treatment of Cancer experience. *J Clin Oncol*. 2007; 25: 5082-86.
30. Mazon R, Uzan C, Morice P, Balleyguier C, Lhommé C, Haie-Meder C. Tratamiento de los cánceres del cuello uterino de estadios III y IV. *EMC-Ginecología-Obstetricia*. 2014; 50(1): 1-17.
31. Almonte M, Murillo R, Sánchez GI, Jerónimo J, Salmerón J, Ferreccio C et al. Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud Pública de México*. 2010; 52(6): 544-559.
32. Simsir A, carter W, Elgert P, et al. Reporting Endometrial Cells in Women 40 years and Older. Assessing the clinical usefulness of Bethesda 2001. *Am J Clin Pathol* 2005;123:571-75.



## **ANEXO 2 INSTRUMENTOS**

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

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

Iniciales de la paciente: \_\_\_\_\_ Nro de Ficha: \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Estado Civil: Soltera ( ) Casada ( ) Viuda ( ) Divorciada ( ) Conviviente ( ) Otro ( ) \_\_\_\_\_

Procedencia: Arequipa ( ) Cusco ( ) Puno ( ) Tacna ( ) Otro ( )

Educación: Ninguna ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Superior ( )

Ocupación: Ama de casa ( ) Otra ( ) \_\_\_\_\_

Inicio de Relaciones Sexuales: \_\_\_\_\_ Años

Número de parejas sexuales: \_\_\_\_\_

PAP en los últimos 5 años antes del diagnóstico: \_\_\_\_\_ veces

Tiempo de enfermedad: \_\_\_\_\_ años o \_\_\_\_\_ meses

Estadio de la enfermedad: IA ( ) IB1 ( ) IB2 ( ) IIA1 ( ) IIA2 ( ) IIB ( ) IIIA ( ) IIIB ( ) IVA ( )  
IVB ( )

Tipo histológico: Epidermoide ( ) Adenocarcinoma ( ) Otro: \_\_\_\_\_

Tratamiento: Quimioterapia + Radioterapia ( )

Cirugía + Quimioterapia ( )

Radioterapia + Cirugía ( )

Cirugía + Radioterapia + Quimioterapia ( )

EORTC QLQ – CX24

Los pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor Indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas, por favor responda rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso.

Durante la semana pasada	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Ha experimentado espasmos en el estómago (en la barriga)?	1	2	3	4
2. ¿Ha tenido alguna dificultad para controlar el intestino (ej.: involuntaria)?	1	2	3	4
3. ¿Ha observado la presencia de sangre en sus heces (deposiciones)?	1	2	3	4
4. ¿Orinaba (aguas menores) con frecuencia?	1	2	3	4
5. ¿Ha sentido dolor o escozor al orinar (aguas menores)?	1	2	3	4
6. ¿Ha tenido pérdidas de orina (ej.: involuntaria)?	1	2	3	4
7. ¿Ha experimentado alguna dificultad para vaciar su vejiga?	1	2	3	4
8. ¿Ha experimentado hinchazón en una o ambas piernas?	1	2	3	4
9. ¿Ha experimentado dolor en la región lumbar?	1	2	3	4
10. ¿Ha experimentado hormigueo/entumecimiento y/o una disminución de la sensibilidad en manos o pies?	1	2	3	4
11. ¿Ha sentido irritación o molestias vaginales o vulvares?	1	2	3	4
12. ¿Ha experimentado pérdidas vaginales?	1	2	3	4
13. ¿Ha experimentado alguna hemorragia vaginal anormal?	1	2	3	4
14. ¿Ha sentido sofocos y/o sudores?	1	2	3	4
15. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
16. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
17. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
<b>Durante las últimas cuatro semanas</b>				
18. ¿Le ha preocupado que el sexo pudiera resultar doloroso?	1	2	3	4
19. ¿Ha estado tenido una vida sexual activa?	1	2	3	4
<b>Por favor responda a las siguientes sólo si ha estado sexualmente activo en las 4 últimas semanas</b>				
20. ¿Tuvo sequedad vaginal durante la actividad sexual?	1	2	3	4
21. ¿Tuvo problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más corta?	1	2	3	4
22. ¿Tuvo problemas porque sintió que su vagina se había vuelto más estrecha?	1	2	3	4
23. ¿Tuvo problemas porque sintiera dolor durante el coito?	1	2	3	4
24. ¿Les resultaron placenteras las relaciones sexuales?	1	2	3	4



EORTC QLQ-C30

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

Iniciales: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fecha de la encuesta: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de la compra o maletas?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado en la silla la mayor parte del día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
Durante la semana pasada				
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo asfixia?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4

Durante la semana pasada	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñida?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansada?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nerviosa?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupada?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimida?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor en las siguientes preguntas, ponga un círculo en el número del 1 al 7 que mejor se aplique a usted

29. ¿Cómo valoraría su salud general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima						Excelente
30. ¿Cómo valoraría su calidad de vida en general durante la semana pasada?	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima						Excelente

**SOLICITO: AUTORIZACIÓN PARA  
APLICAR ENCUESTA Y OBTENER  
DATOS ESTADÍSTICOS.**

**SEÑOR DIRECTOR DL HOSPITAL GOYENECHÉ - AREQUIPA**

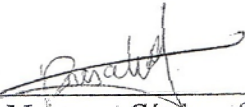
PRISCILA MARGARET CORDOVA SANTOS, identificada con DNI 45474191, domiciliada en calle La Merced N° 534 - cercado Arequipa; bachiller del Programa Profesional de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María - Arequipa, con Código de Matricula 2007220932, a usted con el debido respeto me presento y digo:

Que, deseando aplicar encuesta y obtener datos estadísticos a fin de realizar mi tesis titulada: **"CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CANCER DE CUELLO UTERINO EN EL HOSPITAL GOYENECHÉ, AREQUIPA 2014"**, es que recurro a usted a fin de SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA ACCEDER A REALIZAR LA ENCUESTA Y OBTENER DATOS ESTADÍSTICOS en el Hospital de su digna dirección.

**POR LO EXPUESTO:**

Agradeciendo por su atención ruego a usted acceder a mi solicitud.

Arequipa, 17 de julio de 2014

  
Priscila Margaret Córdova Santos  
DNI 45474191

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL REGIONAL GOYENECHÉ  
**RECIBIDO**  
Fecha: 23.07.14 Hora: 11.40  
Firma: [Firma] Folio:  
**SECRETARIA**  
DPTO. DE ONCOLOGIA Y RADIODIAGNOSTICO

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA  
GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
**RECIBIDO**  
Fecha: 23-07-14 Hora: 10:00  
Firma: [Firma] Folio: 014 [Firma]  
**SECRETARIA**  
OF. DE APOYO ADMINISTRATIVO Y FINANCIAMIENTO

GOBIERNO REGIONAL AREQUIPA  
OFICINA REGIONAL DE SALUD  
HOSPITAL III GOYENECHÉ  
TRAMITE DOCUMENTARIO  
17 JUL. 2014  
Hora: 11:30 Reg. 6587  
Firma: CA Folio: 1- [Firma]

