

11235
3

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE MÉXICO

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**CENTRO MEDICO NACIONAL
"20 DE NOVIEMBRE"**

**EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON
CÁNCER EN TRATAMIENTO CON QUIMIOTERAPIA**

**TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN
ONCOLOGÍA MÉDICA**

PRESENTA

**DRA MÓNICA BERMÚDEZ ZARAGOZA
RESIDENTE DE 3ER AÑO DE ONCOLOGÍA MÉDICA**

ASESOR DE TESIS

**DRA LAURA TORRECILLAS TORRES
ONCÓLOGO MEDICO ADSCRITO AL SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA**

MÉXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002

1



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Figueroa

DR SIEGFRIED FIGUEROA BARKOW
SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN



Erazo Valle Solis

DRA AURA A. ERAZO VALLE SOLIS
PROFESOR TITULAR DEL CURSO

Cervantes Sanchez

DRA GUADALUPE CERVANTES SÁNCHEZ
PROFESOR TITULAR ADJUNTO DEL CURSO

Torrecillas Torres

DRA LAURA TORRECILLAS TORRES
ASESOR DE TESIS

Bermudez Zaragoza

DRA MÓNICA BERMÚDEZ ZARAGOZA



DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

**SI LOS PACIENTES
NO VIVEN MAS
AL MENOS DEBEN
VIVIR MEJOR**

E. MURILLO CAPITA

INDICE

TITULO

INTRODUCCION

PACIENTES Y METODO

METODO DE ANÁLISIS

RESULTADOS

CONCLUSIÓN

DISCUSIÓN

BIBLIOGRAFÍA

ANEXOS

- a) Consentimiento informado
- b) Cuestionario de calidad de vida E.O.R.T.C. – QLQ – C 30
- c) Cuestionario de calidad de vida E.O.R.T.C. – QLQ - BR 23
- d) Puntuación del cuestionario E.O.R.T.C. – QLQ – C 30
- e) Puntuación del cuestionario E.O.R.T.C. – QLQ – BR 23

TITULO

Evaluación de la calidad de vida en el paciente con cáncer en tratamiento con quimioterapia.

INTRODUCCIÓN

Durante muchos años, los criterios de eficacia de la quimioterapia se han centrado en calificar objetivamente el efecto de los fármacos, sobre el tumor, particularmente la capacidad de reducir el volumen.

Estos criterios distan mucho de conocer el impacto real sobre el enfermo, ya que no consideran la calificación que el mismo paciente otorga al tratamiento.

De hecho, un efecto antitumoral "muy positivo" (remisiones parciales o completas tumorales) se acompaña muchas veces, de deterioro de las condiciones globales del paciente, con incremento de los síntomas y aparición de complicaciones.

El objetivo primordial del tratamiento antitumoral siempre ha sido procurar el alivio al enfermo y este concepto se ha perdido en la oncología.

Evaluar la opinión y calificación que el paciente otorga a la quimioterapia no es sencillo, porque elementos subjetivos de juicio no se pueden graduar.

Para ello se han elaborado herramientas que permiten traducir estos aspectos subjetivos en escalas objetivas y medibles que son susceptibles de análisis estadístico, estas herramientas se llaman Cuestionarios de Calidad de vida (1).

En el Centro Medico Nacional 20 de Noviembre de la misma forma que en la mayoría de los centros de oncología médica, no se ha evaluado el efecto de la quimioterapia en relación al bienestar del enfermo.

Por ello resulta prioritario conocer el impacto de los tratamientos en los grupos de pacientes que se atienden en el servicio de oncología médica del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre.

El tema de calidad de vida se a convertido, desde 1986, en un área de interés para los paciente con cáncer, sus familias para proveer los cuidados en general, con el objetivo de mantener y restaurar su calidad de vida después de un tratamiento antineoplásico, el cual solo esta indicado si el beneficio que se persigue justifica los costos tóxicos (2, 3).

Históricamente la calidad de vida ha sido usada como una evaluación en pruebas clínicas en cáncer, empleando medidas para comparar tratamientos, identificar efectos colaterales y consecuencias del tratamiento, para conocer necesidades de rehabilitación y predecir la respuesta a futuros tratamientos (2, 3).

La evaluación de la calidad de vida es cada vez más usada en el desarrollo de guías de tratamiento y resultados, siendo la sobrevida y mejorar el intervalo libre de enfermedad los objetivos más importantes para recomendar terapia adyuvante y/o paliativa (4).

Saber la calidad de vida global en los enfermos es necesario para adecuar las medidas terapéuticas, así como para evaluar costo-beneficio de los diferentes tratamientos (4).

La calidad de vida continúa siendo el principal tema en el manejo a largo plazo de los efectos del tratamiento del cáncer, la enfermedad misma y cuidados paliativos del paciente (5).

Valorar calidad de vida significa básicamente :

- a) Valorar el estado de actividad física del paciente, incluyendo tiempo de actividad, reposo y el grado de cumplimiento de sus obligaciones domésticas, sociales y profesionales.
- b) Valorar el estado psicológico del paciente, con especial referencia a la ansiedad y depresión.
- c) Valorar la capacidad del paciente para mantener relaciones afectivas interpersonales en los diferentes ámbitos: conyugal, familiar y social.
- d) Valorar el propio juicio de sí mismo.

Por lo tanto, el objetivo en general de calidad de vida es integrar la experiencia subjetiva del paciente dentro de la evaluación del tratamiento. Por lo que la valoración de la calidad de vida es una necesidad ética, que engloba valores y percepciones.

Existen varios tipos de instrumentos o cuestionarios para valorar la calidad de vida, entre los más utilizados tenemos: 1) Functional Living Index – Cancer (FLIC), 2) Róterdam Symptom Checklist (RSCL), 3) Functional Assessment of Cancer Therapy (FACT) y 4) European Organization for Research and Treatment of Cancer Core Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ C – 30) (6).

Los instrumentos apropiados para valorar calidad de vida en este grupo de pacientes debe cumplir con los siguientes objetivos: (3, 4, 7, 8).

1. Ser asignado para población con cáncer.
2. Ser basado en el paciente.
3. Ser relativamente breve y fácil para contestar.
4. Tener subescalas de evaluación en los cuatro dominios: físico, funcional, psicológico y social.
5. Emplear corto tiempo y tener una estructura específica.
6. Contener adecuados niveles de confiabilidad y validez, tener respuestas sensibles a cambios clínicos con el tiempo.

La organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC) fué fundada en 1962, como una organización internacional no lucrativa, cuyo objetivo es conducir, desarrollar, coordinar y estimular investigaciones sobre cáncer. Su centro de datos, creado en 1974, se interesa en todos los aspectos de pruebas clínicas fase II Y III, desde su diseño hasta la publicación de los resultados finales. En 1980, la EORTC crea el Grupo de Estudio de Calidad de Vida, el cual en 1986 inicia un programa de investigación para desarrollar una herramienta integrada para evaluar la calidad de vida en los enfermos de cáncer.

El cuestionario EORTC calidad de vida (QLQ) es un sistema integrado para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, es un producto de más de una década de investigaciones colaborativas, fué publicado por primera vez en 1993, el cual ha sufrido una serie de variaciones creando así diferentes versiones alguna específicas para un tipo de cáncer, nosotros evaluaremos la versión 3.0, versión en español (1).

¿QUE ES LA CALIDAD DE VIDA?

Existen muchas definiciones que reflejan varias dimensiones o aspectos de interés de la enfermedad o tratamiento. En cáncer la calidad de vida se ha definido

como un sentido personal de bienestar abarcando perspectivas multidimensionales que generalmente incluyen dimensiones o dominios físicos, psicológicos, sociales y espirituales. Los cambios en un dominio pueden influir en la percepción de otro (5, 6).

Ferrell, define los cuatro dominios de la siguiente manera:

BIENESTAR FISICO: es el control o alivio de los síntomas y mantener la función e independencia.

BIENESTAS PSICOLOGICO: es el esfuerzo para mantener una sensación de control frente a la enfermedad que amenaza la vida, caracterizada por distress emocional, alteraciones de las prioridades de su vida y miedo a lo desconocido, así como cambios positivos en la vida.

BIENESTAR SOCIAL: es el esfuerzo para tratar el impacto de cáncer en el individuo, sus roles y relaciones.

BIENESTAR ESPIRITUAL: es la capacidad para mantener la esperanza y liberar su experiencia del significado del cáncer, el cuál es caracterizado como algo incierto.

Los sobrevivientes de cáncer pueden luchar para encontrar un significado y propósito, el cuál ha sido descrito como "segunda oportunidad".

Como parte integral del tratamiento para mejorar la calidad de vida, es imperiosa la necesidad de evaluar, priorizar y tratar los síntomas que más aquejan al paciente oncológico, entre estos tenemos :

DOLOR

Es más frecuentemente en enfermedad avanzada y se relaciona con metástasis óseas, compresión de nervios adyacentes, estructuras vasculares o tejidos blandos, puede ocurrir en enfermedad no metastásica y puede ser relacionado a dolor incisional, parestesias, edema y sensación de miembro fantasma.

El tratamiento es responsable del dolor en aproximadamente 15 a 25 % de los pacientes sometidos a quimioterapia, cirugía o radioterapia, y el 60 a 90 % de los pacientes con enfermedad avanzada presentan dolor.

El dolor interfiere con el estado de ánimo las relaciones con otras personas y con la capacidad funcional como caminar, dormir, trabajar o divertirse.

La persistencia del dolor tiene un papel negativo en la calidad de vida de los pacientes. En el caso de pacientes con enfermedad avanzada, el control del dolor debe ser suficiente como para permitirles funcionar al nivel que elijan y morir relativamente sin dolor (9, 10, 11, 12).

FATIGA, DEBILIDAD Y FALTA DE ENERGIA

La quimioterapia, radioterapia, cirugía e inmunoterapia causan fatiga.

Las causas pueden ser: 1) relacionadas al tumor (más frecuentemente las relacionadas con la producción y metabolismo de las citoquinas), 2) complicaciones medicas (anemia, falla hepática/renal, infecciones, desnutrición), 3) complicaciones psicosociales (depresión, alteraciones del sueño, ansiedad) y otras causas (dolor, inmovilidad o medicamentos). La principal causa de debilidad en enfermedad avanzada se relaciona con síndromes paraneoplásicos como miopatías y síndrome de Eaton-

Lambert así como debilidad de las extremidades por metástasis cerebrales o compresión espinal.

La fatiga produce disrupción en la capacidad de la función del paciente y en múltiples aspectos de su vida (9, 11, 13).

CAQUEXIA DEL CANCER

Es un síndrome metabólico complejo compuesto de pérdida de peso, anorexia y consunción de la masa corporal magra del huésped, secundario al desarrollo del tumor maligno condicionando desnutrición, teniendo efectos adversos sobre la función inmunológica y la tolerancia a los tratamientos oncológicos. La pérdida de peso es un factor pronóstico de la respuesta terapéutica y de la sobrevida, por lo que es necesario restaurar la integridad nutricional. La mayoría de los pacientes pierden peso en alguna etapa de la enfermedad y el 50 % al momento del diagnóstico. La pérdida del apetito puede ser secundaria a alteraciones del gusto o del olfato y la falta de atracción por los alimentos, disfunción hipotalámica, modificación de los mecanismos de saciedad y aversión adquirida a los alimentos (9, 11, 13).

SEQUEDAD Y DOLOR DE BOCA

El 5 % de los paciente con cáncer presentar dolor bucal, incluyendo más del 40 % de esos que reciben quimioerapia. La sequedad de boca, la cual es generalmente debida a hiposalivación, impide deglutir, causa halitosis, reduce el sabor y placer por los alimentos, induce infecciones y caries e interfiere con hablar (9, 11, 13).

CONSTIPACIÓN

La constipación es la presencia de heces duras y/o movimientos intestinales infrecuentes. Puede ser secundaria a medicamentos, anormalidades metabólicas, neurogénicas, mecánicas (intraluminales o extraluminales), y fisiológicas (9, 11, 13).

SACIEDAD TEMPRANA

Es la sensación de estar satisfecho con una pequeña ingesta de alimentos, es más prevalente en las mujeres. Puede resultar de capacidad gástrica reducida o dismotilidad, infiltración gástrica o cambios inflamatorios, gastritis, fibrosis difusa u operaciones gástricas (9, 11, 13).

NAUSEA Y VOMITO

Es más frecuentemente en la mujer. Es resultado de un reflejo complejo coordinado por el centro del vómito en la formación reticular. Este puede ser activado por la zona blanco quimiorreceptora en el cuarto ventrículo, por estímulos aferentes vagales y simpáticos o por enfermedades del aparato vestibular. Causas comunes son medicamentos, obstrucción intestinal o constipación, cáncer gástrico, infección o inflamación, alteraciones metabólicas, factores psicológicos, radioterapia, toxinas o aumento de la presión intracraneana (9, 11, 13).

DISPEPSIA, ERUCTOS Y DISTENSIÓN

La dispepsia se refiere a síntomas intestinales altos: ardor, eructos, saciedad temprana, plenitud postprandial, náusea, anorexia, regurgitación y distensión. Es más común en la mujer. La distensión crónica es usualmente debida a dismotilidad intestinal (9, 11, 13).

DISFAGIA

La disfagia es la dificultad de la deglución de los alimentos con impedimento de transportar la comida. Odinofagia se refiere al dolor causado durante de deglución sin impedimento de comer o transportar los alimentos. Es más común en el hombre y en pacientes con pérdida de peso severa (9, 11, 13).

DIARREA

La diarrea es un exceso de fluidos en las heces, las principales causas son laxantes, impactación fecal, obstrucción incompleta del intestino y la radioterapia. Puede ser causada por tumores como en los tumores de los islotes del páncreas, por síndrome carcinoide y gastrinoma (9, 11, 13).

DISNEA Y ESTRIDOR

La disnea es una respiración inconfortable a niveles de actividad normal. En el 30 a 70 % de los pacientes puede haber disnea moderada a severa aún sin enfermedad cardiorrespiratoria, se presenta más en cáncer de pulmón, mama y esófago (9, 11, 13).

TOS Y DISFONÍA

Más del 80 % de los pacientes con cáncer pulmonar sufren de tos antes de la muerte, la cual no es bien controlada a pesar de las medidas paliativas, la disfonía esta comúnmente presente, y ocurre por compromiso del nervio laríngeo por enfermedad maligna del tiroides, mediastino, esófago, cerebro o base de cráneo. La disfonía frecuentemente se asocia con disfagia grave y progresiva (9, 11, 13).

LINFEDEMA

Se presenta en el 8 % de los pacientes después de radioterapia, 7 % después de la disección axilar, pero en el 38 % posterior a ambos tratamientos. La causa más común es linfadenectomía axilar y/o radioterapia en cáncer de mama. Las complicaciones de linfedema incluyen: disminución del tejido cutáneo sano, celulitis recurrente, alteraciones en la inmunidad local, segundas neoplasias (linfoangiosarcoma o linfomas), diseminación local del tumor primario, dolor y problemas psicológicos (9, 11, 13).

DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y DELIRIO

El cáncer es una enfermedad asociada a desesperanza, dolor, miedo y muerte, su diagnóstico y tratamiento producen con frecuencia estrés psicológico por los síntomas de la enfermedad, así como por la percepción del paciente y de su familia de la enfermedad y sus estigmas.

Los miedos frecuentes son a la muerte, dependencia, desfiguración o alteraciones en el aspecto físico y de la autoimagen corporal, a la discapacidad, a la ruptura de las relaciones interpersonales y malestar o dolor en los estadios finales de la enfermedad.

La prevalencia en pacientes con cáncer es más del 58 %, comparada con el 6 % de la población en general. El suicidio es una precaución que se debe tomar en el paciente con cáncer, el cual puede ser 2 a 10 veces mayor que en la población en general (9, 11, 13).

PROBLEMAS SEXUALES

La rehabilitación sexual es un aspecto importante para restaurar la calidad del vida del hombre y mujer que sobreviven al tratamiento oncológico. La rehabilitación sexual se define como la curación del impacto emocional del cáncer sobre la imagen corporal, la satisfacción de las relaciones y la capacidad reproductiva, el cáncer también puede deteriorar la imagen que una persona tiene de si misma como sexualmente

atractiva. Durante la quimioterapia se hacen evidentes la alopecia, la palidez, las alteraciones cutáneas y los cambios de peso. La disfunción sexual y la infertilidad tiende a parecer.

Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o mas fases del ciclo de respuesta sexual como son el deseo, la excitación y el orgasmo. Un problema con elementos psicológicos y fisiológicos es la pérdida del deseo sexual durante la debilitación por el tratamiento oncológico.

Por lo que se debe realizar una evaluación sexual para mejorar la calidad de vida, la cual debe incluir a la pareja (9, 11, 13).

Concluyéndose que la evaluación cuidadosa por un análisis analítico y la atención detallada son la piedra angular para un manejo efectivo de los síntomas y así mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, los enfoques terapéuticos son una combinación de técnicas psicoterapéuticas, farmacológicas y de conducta.

Por lo que en el servicio de oncología médica del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre deseamos conocer la calidad de vida del paciente con cáncer de mama, tumores de células germinales, linfoma no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin (los tumores mas comunes en nuestro servicio) utilizando el cuestionario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC): EORTC-QLQ – C30 versión 3.0 el cual evalúa el dominio físico, emocional, cognoscitivo y social así como la calidad de vida en global de cada paciente; con el propósito de integrar la experiencia subjetiva del paciente dentro de la evaluación del tratamiento. Conociendo el impacto de la enfermedad y tratamiento en el paciente oncológico en un futuro podríamos realizarlos en forma rutinaria en nuestra práctica medica y así poder brindar un apoyo multidisciplinario de tratamiento para que la calidad de vida sea lo mejor posible.

PACIENTES Y METODO

Se incluyeron en total 26 pacientes (7 hombres y 19 mujeres) con diagnóstico de cáncer de mama (16), tumores de células germinales (3) y Linfoma no Hodgking/Enfermedad de Hodgkin (7), que iniciaron tratamiento con quimioterapia por primera vez en el servicio de oncología médica del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, en el periodo comprendido del 1° de Julio al 30 de Septiembre del 2001. Mediante un diseño operacional, prospectivo, longitudinal y observacional, se incluyeron los pacientes que reunieron los siguientes criterios:

- 1) Pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama, tumores de células germinales, Linfoma no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin.
- 2) Edad de 15 a 70 años.
- 3) Pacientes que sepan leer y escribir o sean acompañados de un familiar que los apoye para la realización del cuestionario.
- 4) Pacientes mentalmente íntegros.
- 5) Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes que previamente hayan recibido algún esquema de quimioterapia, con el objeto de eliminar el riesgo de malas experiencias con la quimioterapia previa.

atractiva. Durante la quimioterapia se hacen evidentes la alopecia, la palidez, las alteraciones cutáneas y los cambios de peso. La disfunción sexual y la infertilidad tiende a parecer.

Los tratamientos oncológicos pueden dañar una o mas fases del ciclo de respuesta sexual como son el deseo, la excitación y el orgasmo. Un problema con elementos psicológicos y fisiológicos es la pérdida del deseo sexual durante la debilitación por el tratamiento oncológico.

Por lo que se debe realizar una evaluación sexual para mejorar la calidad de vida, la cual debe incluir a la pareja (9, 11, 13).

Concluyéndose que la evaluación cuidadosa por un análisis analítico y la atención detallada son la piedra angular para un manejo efectivo de los síntomas y así mejorar la calidad de vida del paciente oncológico, los enfoques terapéuticos son una combinación de técnicas psicoterapéuticas, farmacológicas y de conducta.

Por lo que en el servicio de oncología médica del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre deseamos conocer la calidad de vida del paciente con cáncer de mama, tumores de células germinales, linfoma no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin (los tumores mas comunes en nuestro servicio) utilizando el cuestionario de la Organización Europea para la investigación y tratamiento del cáncer (EORTC): EORTC-QLQ – C30 versión 3.0 el cual evalúa el dominio físico, emocional, cognoscitivo y social así como la calidad de vida en global de cada paciente; con el propósito de integrar la experiencia subjetiva del paciente dentro de la evaluación del tratamiento. Conociendo el impacto de la enfermedad y tratamiento en el paciente oncológico en un futuro podríamos realizarlos en forma rutinaria en nuestra práctica medica y así poder brindar un apoyo multidisciplinario de tratamiento para que la calidad de vida sea lo mejor posible.

PACIENTES Y METODO

Se incluyeron en total 26 pacientes (7 hombres y 19 mujeres) con diagnóstico de cáncer de mama (16), tumores de células germinales (3) y Linfoma no Hodgking/Enfermedad de Hodgkin (7), que iniciaron tratamiento con quimioterapia por primera vez en el servicio de oncología médica del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre, en el periodo comprendido del 1° de Julio al 30 de Septiembre del 2001. Mediante un diseño operacional, prospectivo, longitudinal y observacional, se incluyeron los pacientes que reunieron los siguientes criterios:

- 1) Pacientes con diagnóstico histopatológico confirmado de cáncer de mama, tumores de células germinales, Linfoma no Hodgkin y Enfermedad de Hodgkin.
- 2) Edad de 15 a 70 años.
- 3) Pacientes que sepan leer y escribir o sean acompañados de un familiar que los apoye para la realización del cuestionario.
- 4) Pacientes mentalmente íntegros.
- 5) Pacientes que aceptaron participar en el estudio.

Criterios de exclusión:

- 1) Pacientes que previamente hayan recibido algún esquema de quimioterapia, con el objeto de eliminar el riesgo de malas experiencias con la quimioterapia previa.

Criterios de eliminación:

- 1) Pacientes que fallezcan por complicaciones de quimioterapia o ajenas a esta durante el periodo de estudio.
- 2) Pacientes que no deseen continuar con tratamiento quimioterápico.

A todos los pacientes se les aplicó el cuestionario EORTC-QLQ – C 30 versión 3.0 (edición en español) para analizar el grado de entendimiento del cuestionario de calidad de vida. Se analizó el impacto de la quimioterapia en el bienestar global del paciente y en la calidad de vida basal y después del 1er y 3er ciclo de quimioterapia, y además se analizó en forma individual el impacto de la quimioterapia adyuvante sobre cada una de las esferas o dominios contenidos en el cuestionario de calidad de vida en el paciente con cáncer de mama, aplicando el cuestionario específico para esta patología EORTC – QLQ – BR 23.

Todos los enfermos recibieron antes de la 1ª aplicación de la quimioterapia, un formato del cuestionario QLQ – C 30 y en casos correspondientes otro formato del cuestionario QLQ – BR 23. La primera vez que lo respondieron fué dentro del consultorio con o sin la ayuda de un familiar, con la intención de verificar que la forma de responderlo sea clara. En adelante, el enfermo contestó un cuestionario antes de pasar a la consulta de quimioterapia, con el fin de evitar el impacto de los resultados de estudios nuevos realizados.

En caso de persistir alguna duda en la forma de llenar el cuestionario, una enfermera del servicio o en su defecto un medico del servicio asesoró de nuevo al enfermo (a).

Los cuestionarios se aplicaron a) antes del 1er ciclo y b) antes de cada nuevo ciclo de quimioterapia (promedio 3 semanas).

El contenido de respuestas es aplicable a el estado del enfermo en la última semana antes de contestar el cuestionario.

METODO DE ANÁLISIS

PRINCIPIOS GENERALES DE EVALUACIÓN

El QLQ – C 30 esta formado por dos escalas una multidetallada y otra con detalles individuales medibles. Este incluye 5 escalas funcionales, 3 escalas de síntomas, una escala del estado general de salud (calidad de vida) y 6 detalles aislados. Cada escala multidetalle incluye un grupo diferente de detalles los cuales no se repiten en otra escala.

Todas las escalas y las medidas de detalles simples tienen una escala de rango de 0 a 100. Una evaluación de alta escala representa un nivel de respuesta mayor. Así una calificación alta para la escala funcional representa un alto / saludable nivel de funcionalidad, y una calificación alta para la escala del estado de salud global (calidad de vida) representa una alta calidad de vida, pero una alta evaluación para la escala de síntomas (detalles aislados) representa un alto nivel de sintomatología / problemas (1).

El principio para evaluar estas escalas es el mismo en todos los casos :

- 1) Estima el promedio de los detalles que contribuyen a cada escala; esto es una calificación cruda (RS).
- 2) Usa una transformación lineal o estandarizada en la calificación cruda, con rango de calificación de 0 a 100; una calificación alta representa un mayor o mejor nivel de funcionalidad, o un mayor o peor nivel de síntomas (S).

Criterios de eliminación:

- 1) Pacientes que fallezcan por complicaciones de quimioterapia o ajenas a esta durante el periodo de estudio.
- 2) Pacientes que no deseen continuar con tratamiento quimioterápico.

A todos los pacientes se les aplicó el cuestionario EORTC-QLQ – C 30 versión 3.0 (edición en español) para analizar el grado de entendimiento del cuestionario de calidad de vida. Se analizó el impacto de la quimioterapia en el bienestar global del paciente y en la calidad de vida basal y después del 1er y 3er ciclo de quimioterapia, y además se analizó en forma individual el impacto de la quimioterapia adyuvante sobre cada una de las esferas o dominios contenidos en el cuestionario de calidad de vida en el paciente con cáncer de mama, aplicando el cuestionario específico para esta patología EORTC – QLQ – BR 23.

Todos los enfermos recibieron antes de la 1ª aplicación de la quimioterapia, un formato del cuestionario QLQ – C 30 y en casos correspondientes otro formato del cuestionario QLQ – BR 23. La primera vez que lo respondieron fué dentro del consultorio con o sin la ayuda de un familiar, con la intención de verificar que la forma de responderlo sea clara. En adelante, el enfermo contestó un cuestionario antes de pasar a la consulta de quimioterapia, con el fin de evitar el impacto de los resultados de estudios nuevos realizados.

En caso de persistir alguna duda en la forma de llenar el cuestionario, una enfermera del servicio o en su defecto un medico del servicio asesoró de nuevo al enfermo (a).

Los cuestionarios se aplicaron a) antes del 1er ciclo y b) antes de cada nuevo ciclo de quimioterapia (promedio 3 semanas).

El contenido de respuestas es aplicable a el estado del enfermo en la última semana antes de contestar el cuestionario.

METODO DE ANÁLISIS

PRINCIPIOS GENERALES DE EVALUACIÓN

El QLQ – C 30 esta formado por dos escalas una multidetallada y otra con detalles individuales medibles. Este incluye 5 escalas funcionales, 3 escalas de síntomas, una escala del estado general de salud (calidad de vida) y 6 detalles aislados. Cada escala multidetalle incluye un grupo diferente de detalles los cuales no se repiten en otra escala.

Todas las escalas y las medidas de detalles simples tienen una escala de rango de 0 a 100. Una evaluación de alta escala representa un nivel de respuesta mayor. Así una calificación alta para la escala funcional representa un alto / saludable nivel de funcionalidad, y una calificación alta para la escala del estado de salud global (calidad de vida) representa una alta calidad de vida, pero una alta evaluación para la escala de síntomas (detalles aislados) representa un alto nivel de sintomatología / problemas (1).

El principio para evaluar estas escalas es el mismo en todos los casos :

- 1) Estima el promedio de los detalles que contribuyen a cada escala; esto es una calificación cruda (RS).
- 2) Usa una transformación lineal o estandarizada en la calificación cruda, con rango de calificación de 0 a 100; una calificación alta representa un mayor o mejor nivel de funcionalidad, o un mayor o peor nivel de síntomas (S).

TÉCNICA :

En términos prácticos, si los detalles I_1, I_2, \dots, I_n son incluidos en una escala, el procedimiento es el siguiente:

CALIFICACIÓN CRUDA :

El cálculo de la calificación cruda es :

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

TRANSFORMACION LINEAL

Aplica a la transformación lineal de 0 a 100 para obtener la evaluación S.

Escala Funcional:

$$S = \left\{ 1 - \frac{(RS-1)}{\text{rango}} \right\} \times 100$$

Escala de síntomas / detalles: $S = \{ (RS - 1) / \text{rango} \} \times 100$

Estado global de salud / Calidad de vida: $S = \{ (RS - 1) / \text{rango} \} \times 100$

El rango es la diferencia entre el valor máximo posible de RS y el valor mínimo posible. El QLQ - C 30 ha sido diseñado para todos los detalles en cualquier escala tomando el mismo rango de valores. Por lo tanto, el rango de RS es igual al rango de los valores de cada detalle. La mayoría de los detalles son calificados de 1 a 4, tomando un rango = 3. La excepción son los detalles que contribuyen a el estado global de salud (calidad de vida), los cuales son 7 puntos cuestionables con rango = 6, y el detalles si / no inicial en la primera versión de el QLQ - C 30 el cual tiene un rango = 1.

PERDIDA DE RESPUESTAS :

- Si contamos con la mitad de la escala de detalles contestada, se utilizan todos los detalles que fueron contestados y se aplica la ecuación estándar para calcular la calificación de la escala; ignorando cualquier detalle sin respuesta para realizar el calculo.
- Si no contamos con la mitad de la escala de detalles contestada, se pierde la calificación de la escala.
- Para los detalles simples medibles, el grupo de calificación se pierde.

RESULTADOS

En el período comprendido del 1° Julio al 30 de Septiembre se incluyeron en total 26 pacientes (19 mujeres y 7 hombres) con reporte histopatológico confirmado en 3 pacientes de cáncer de testículo, 7 pacientes con linfoma no Hodgkin/enfermedad de Hodgkin y 16 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Se eliminaron 2 pacientes con linfoma no Hodgkin/enfermedad de Hodgkin (1 se perdió de la consulta y el otro solo recibió 1 tratamiento de quimioterapia), 5 pacientes de cáncer de mama (1 por no continuar quimioterapia por contraindicación médica, 1 por no desear mas tratamiento posterior al primer ciclo recibido y 3 por haber recibido 1 ciclo de quimioterapia, hasta el momento del corte de nuestro estudio).

Por lo que nuestro análisis solo incluye 19 pacientes, los cuales se analizaron individualmente por patología ya que la enfermedad de Hodgkin, linfoma no Hodgkin y cáncer de testículo se consideran neoplasias potencialmente curables y el cáncer de mama es una neoplasia crónica que actualmente se han alcanzado periodos de sobrevida hasta de 20 años con el advenimiento de tratamientos combinados.

En total nuestro grupo de análisis consta de 3 pacientes portadores de cáncer de testículo, 5 pacientes con enfermedad de Hodgkin/linfoma no Hodgkin y 11 pacientes con cáncer de mama que están recibiendo tratamiento adyuvante con quimioterapia.

CANCER DE TESTICULO

Se incluyeron 3 pacientes masculinos que iniciaron tratamiento quimioterápico con objetivo curativo, cuya edad media es de 26 años, rango (15-39).

PACIENTES	ESTADO GLOBAL DE SALUD BASAL	ESTADO GLOBAL DE SALUD 2° VS 3° TRATAMIENTO
1	58	58
2	83	66
3	58	75

Lo que representa que los 3 pacientes conservaron una calidad de vida según la escala básica de calidad de vida (Karnofsky) del 60 % o mayor, el paciente que disminuyó su calidad de vida de 83 a 66, fué en base a que su estado funcional físico se deterioró del 100 (valor máximo deseable) a 94, secundario a que presentó debilidad lo que lo limitó para dar un paseo largo fuera de casa.

Un paciente mejoró su calidad de vida 31 %, pues el tratamiento con quimioterapia mejoró su escala funcional física, todos los síntomas que refería principalmente fatiga, dolor, disnea, insomnio e hiporexia, cuya calificación basal aplicando la fórmula de transformación lineal fue 86, 100, 66, 100 y 100 (valor máximo deseable 0) al 2° tratamiento fue de 0, 16, 0, 0 y 0 respectivamente.

El paciente que no modificó su calidad de vida a pesar de que reportó deterioro en su escala funcional física y social, mejoró su escala emocional lo que le permitió a la vez mejorar su escala cognoscitiva.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Respecto a la escala de síntomas, solo un paciente reportó presentar disnea posterior al 3° tratamiento sin encontrarse compromiso físico que contribuyera a la disnea, ningún paciente reportó náusea y/o vómito posterior a la quimioterapia.

Un paciente reportó constipación posterior a la aplicación de quimioterapia la cual fue secundaria al uso de antagonistas de receptores de serotonina o 5HT₃ (ondansetrón) utilizados rutinariamente para inhibir náusea y vómito inducidos para quimioterapia.

Ningún paciente presentó efectos colaterales por quimioterapia que requirieran tratamiento intrahospitalario.

LINFOMA NO HODGKIN / ENFERMEDAD DE HODGKIN

Se analizaron 5 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión de nuestro estudio, 3 hombres y 2 mujeres, con edad media de 49 años, rango (31 – 68).

PACIENTES	ESTADO GLOBAL DE SALUD BASAL	ESTADO GLOBAL DE SALUD 2° VS 3° TRATAMIENTO
1	58	41
2	0	58
3	83	66
4	0	16
5	66	33

Tres pacientes deterioraron su calidad de vida posterior a la aplicación de quimioterapia y 2 de tener una pésima calidad de vida la mejoraron.

Un paciente que deterioró su calidad de vida de 58 a 41, fue secundaria a disminución de su escala funcional física de 94 a 87, al presentar imposibilidad para realizar esfuerzos físicos importantes, disminuyó su escala funcional emocional de 77 a 67 ya que aumentó su estrés sin modificar su estado depresivo y disminuyó su escala funcional social 44 % puesto que su estado físico o tratamiento interfirieron con su vida familiar y social. Además incrementó su fatiga, disnea, hiporexia y con ello sus dificultades financieras. Su escala funcional física, fatiga, disnea e hiporexia se deterioraron a causa de que la quimioterapia, que le condicionó bicitopenia (eritropenia y leucopenia) recuperándose al posponer el tratamiento 1 semana sin requerir algún otro tratamiento adicional o intrahospitalario. Sin embargo, esta paciente mejoró síntomas basales como náusea y constipación paradójicamente con el tratamiento quimioterápico.

El segundo paciente que deterioró su calidad de vida 17 %, iniciando con una calificación según la transformación lineal de 83 y bajando a 66, no se debió a modificación de sus escalas funcionales al contrario aumentó su escala emocional y social, se debió a que incremento o no mejoró su sintomatología presentando náusea, vómito y aumento en diarrea. Sin embargo, la quimioterapia ayudó a desaparecer sus dificultades financieras.

El otro paciente que disminuyó su calidad de vida de 66 a 33 aplicando la ecuación para transformación lineal, se deterioraron todas las escalas funcionales a excepción de la cognoscitiva que no se modificó. También aumento su sintomatología respecto a fatiga y disnea, pero mejoró dolor, hiporexia y constipación, alterando en general sus dificultades financieras. El paciente no presentó náusea y vómito con la quimioterapia.

Los dos pacientes que mejoraron su calidad de vida de 0 a 16 y 58 respectivamente, solo han recibido 2 ciclos de quimioterapia, iniciando su tratamiento intrahospitalariamente por su pésimo estado general inicial, posterior al 1er ciclo de quimioterapia mejoró su calidad de vida y sintomatología lo que permitió que el tratamiento subsiguiente se aplicara de forma ambulatoria.

El paciente que mejoró su calidad de vida a 16, presenta linfoma no Hodgkin localizado en el área de cabeza y cuello sitio que le condicionó una pésima calidad de vida la cual mejoró con quimioterapia, mejorando su escala funcional emocional, cognoscitiva y social 59, 50 y 50 % respectivamente, las escalas funcionales física y funcional no se han modificado, su calificación basal y al 2º tratamiento se han mantenido en 67. Todos los síntomas incluyendo sus dificultades financieras han mejorado, desapareciendo al iniciar el tratamiento con quimioterapia la náusea, vómito, insomnio, hiporexia y diarrea. La quimioterapia no deterioro ninguna escala funcional o algún síntoma.

El otro paciente es portador de linfoma no Hodgkin cutáneo, su calidad de vida ha mejorado con la quimioterapia partiendo con una calidad de vida pésima (cero) ha aumentado a 58. Todas sus escalas funcionales y síntomas han mejorado, así como sus dificultades financieras.

CANCER DE MAMA

Para la evaluación de esta neoplasia se aplicaron los cuestionarios E.O.R.T.C. QLQ – C 30 y E.O.R.T.C. QLQ – BR 23 específico para cáncer de mama, se analizaron 11 pacientes femeninas que se encuentran recibiendo tratamiento adyuvante, no se presentó en nuestro periodo de estudio ningún caso de cáncer de mama en el sexo masculino.

La edad media de nuestro grupo de estudio es de 55 años, con rango de (40 – 70 años).

PACIENTES	ESTADO GLOBAL DE SALUD BASAL	ESTADO GLOBAL DE SALUD 2º VS 3º TRATAMIENTO
1	83	100
2	66	66
3	58	66
4	58	34
5	75	83
6	50	66
7	100	100
8	83	50
9	66	75
10	50	50
11	66	16

Solo en 3 pacientes se deterioró su calidad de vida, en una por disminuir sus escalas funcionales funcional y social, lo cual se debió a presentar limitación para realizar trabajo ordinario de casa y limitación en su vida social respectivamente, ambas secundarias a edema del miembro superior, es una paciente que se encuentra recibiendo tratamiento adyuvante de quimioterapia y radioterapia concomitante posterior a mastectomía y

disección radical de axila ipsilateral. Respecto a sus síntomas la paciente presentó náusea, vómito y constipación secundarios al tratamiento con quimioterapia y al uso de antieméticos. La paciente inicialmente refirió fatiga e insomnio los cuales hasta el momento no se han modificado con el tratamiento, así mismo refería disnea la cual desapareció.

La otra paciente que deterioró su calidad de vida fue en base a disminución de sus escalas funcionales física y social 6 y 16 % respectivamente posterior a la aplicación de quimioterapia, pues presentó dificultad para realizar esfuerzos físicos importantes contribuyendo a interferir en su vida familiar, su escala funcional emocional mejoro de 67 a 84 según la ecuación de transformación lineal de la calificación cruda, respecto a su sintomatología presentó aumento en fatiga de 20 a 33, y además presentó como colaterales del tratamiento náusea, vómito y constipación. Actualmente la paciente refiere disnea e insomnio, el deterioro en su calidad de vida también deterioro sus dificultades financieras.

La tercera paciente que deterioró su calidad de vida fue en base a agudización de síndrome depresivo del cual tiene antecedentes, presentó grave deterioro en las escalas funcionales física, emocional, cognoscitiva y social teniendo calificación basal de 50 disminuyó a cero posterior al 3er tratamiento de quimioterapia. Refirió aumento de síntomas con respecto a fatiga, dolor, disnea e insomnio, así como en sus dificultades financieras.

El resto de las pacientes (8) mantuvieron o mejoraron su calidad de vida, llegando a ser excelente en 2 pacientes. En general los síntomas referidos disminuyeron o desaparecieron, solo 2 pacientes presentaron constipación, en 4 aumentó la fatiga sin llegar a ser incapacitante, 3 pacientes presentaron náusea y vómito, 4 pacientes refirieron dolor el cual cedió con analgésicos comunes, 2 pacientes presentaron hiporexia y 3 se mantuvieron asintomáticas. Respecto a las escalas funcionales evaluadas hubo mejoría en la escala emocional en 3 pacientes y disminución en 2 (67 a 50 y 77 a 50), 2 pacientes disminuyeron la escala física de 94 a 80 y de 100 a 80 respectivamente, en las 2 hubo dificultades para realizar esfuerzos físicos importantes, en 3 se deterioró su escala funcional, 4 disminuyeron su escala social.

La función cognoscitiva no se modificó y el resto de las pacientes mejoraron sus escalas funcionales.

El cuestionario E.O.R.T.C. QLQ – BR 23 es específico para las pacientes con cáncer de mama, que evalúa síntomas (disnea), efectos colaterales del tratamiento, imagen corporal, función sexual y perspectivas futuras, el cual se aplicó a todas las pacientes de nuestro estudio portadoras de esta patología.

La evaluación de este cuestionario es igual a la realizada para el cuestionario E.O.R.T.C. QLQ – C 30, obteniéndose máxima calificación (100) para las escalas funcionales significando una excelente escala, la calificación ideal para la escala de síntomas es cero, lo que traduce que el paciente se encuentra asintomático, esta misma calificación se otorga a la valoración de la función y placer sexual, lo que significa que no se ha alterado por el tratamiento oncológico.

IMAGEN CORPORAL

PACIENTES	BASAL	2° VS 3° TRATAMIENTO
1	100	100
2	100	94
3	67	50
4	34	27
5	67	84
6	27	67
7	60	44
8	100	94
9	50	0
10	100	100
11	84	50

FUNCION SEXUAL

PACIENTES	BASAL	2° VS 3° TRATAMIENTO
1	0	16
2	0	33
3	50	33
4	0	0
5	0	NO CONTESTADA
6	0	0
7	33	16
8	0	0
9	0	0
10	0	0
11	0	0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EFECTOS COLATERALES DEL TRATAMIENTO

PACIENTES	BASAL	2° VS 3° TRATAMIENTO
1	23	26
2	0	3
3	16	16
4	6	16
5	33	60
6	60	60
7	33	46
8	33	40
9	33	26
10	6	16
11	0	16

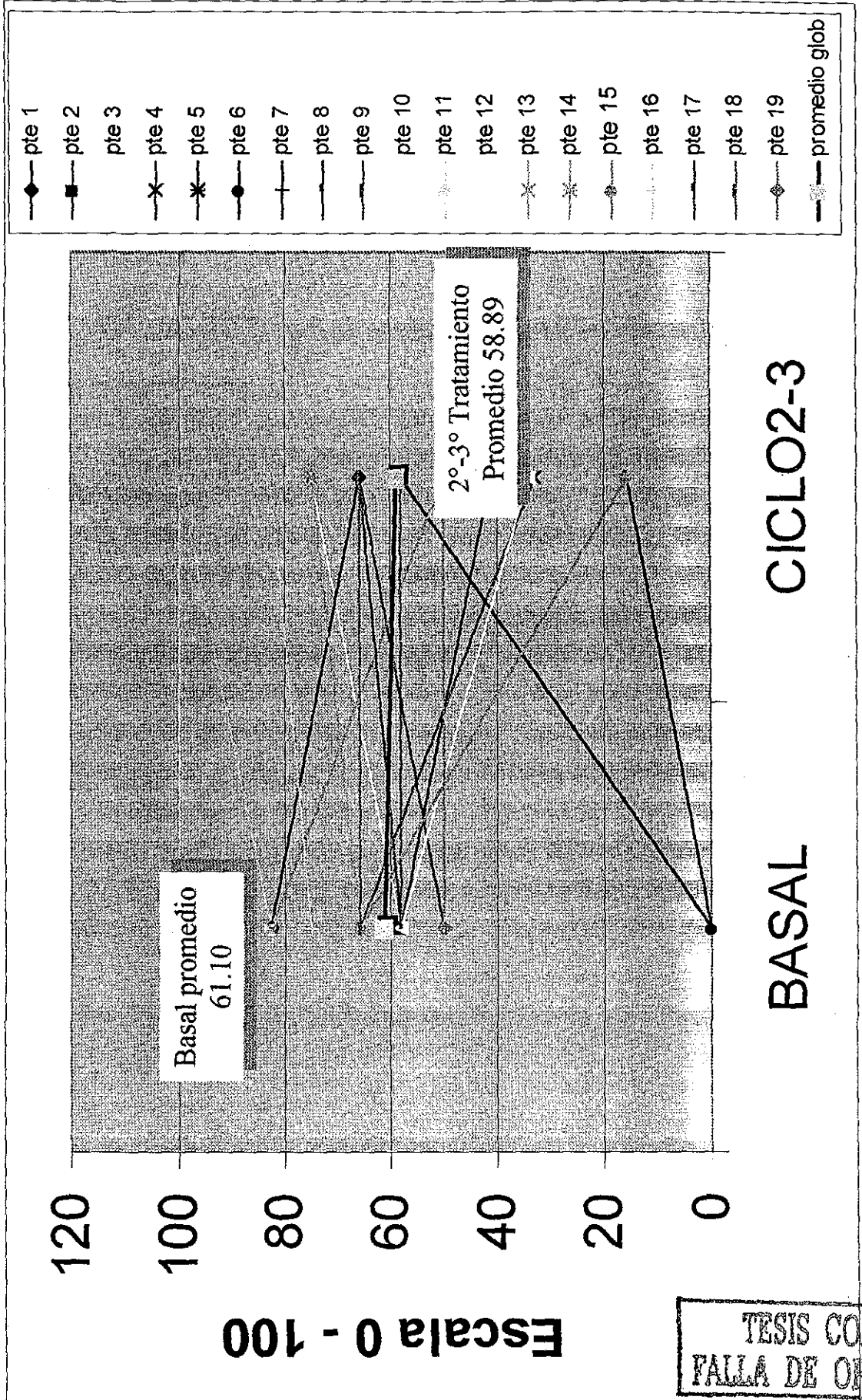
En 7 pacientes (63%) la imagen corporal se deterioro, la función sexual disminuyó en 2 pacientes, 1 paciente omitió responder a esta pregunta, 2 pacientes mejoraron su función sexual de 33 a 16 y 50 a 16 respectivamente, en 6 pacientes no se modificó su función sexual, pero solo 3 pacientes (27 %) se han mantenido sexualmente activas manteniendo relaciones sexuales placenteras, el resto de las pacientes son sexualmente inactivas.

Solo 2 paciente previamente asintomáticas presentaron síntomas relacionados con el tratamiento, en 6 aumentaron los síntomas preexistentes, en 1 paciente disminuyeron estos síntomas y 2 permanecieron sin cambios.

Dos pacientes se han mantenido sumamente preocupadas por su salud con calificación basal de cero y al 2° VS 3° tratamiento, sin relacionarse esta preocupación a efectos colaterales del tratamiento pues en una disminuyó su sintomatología basal y en la otra no se modificó. En 8 pacientes (72 %) sus perspectivas futuras han mejorado posterior a la quimioterapia incluyendo 6 de las cuales aumentaron sus efectos colaterales de tratamiento. Seis pacientes se han mantenido preocupadas por la alopecia, y en todas ellas se deterioro su imagen corporal, 2 omitieron su respuesta y a 3 no les preocupa.

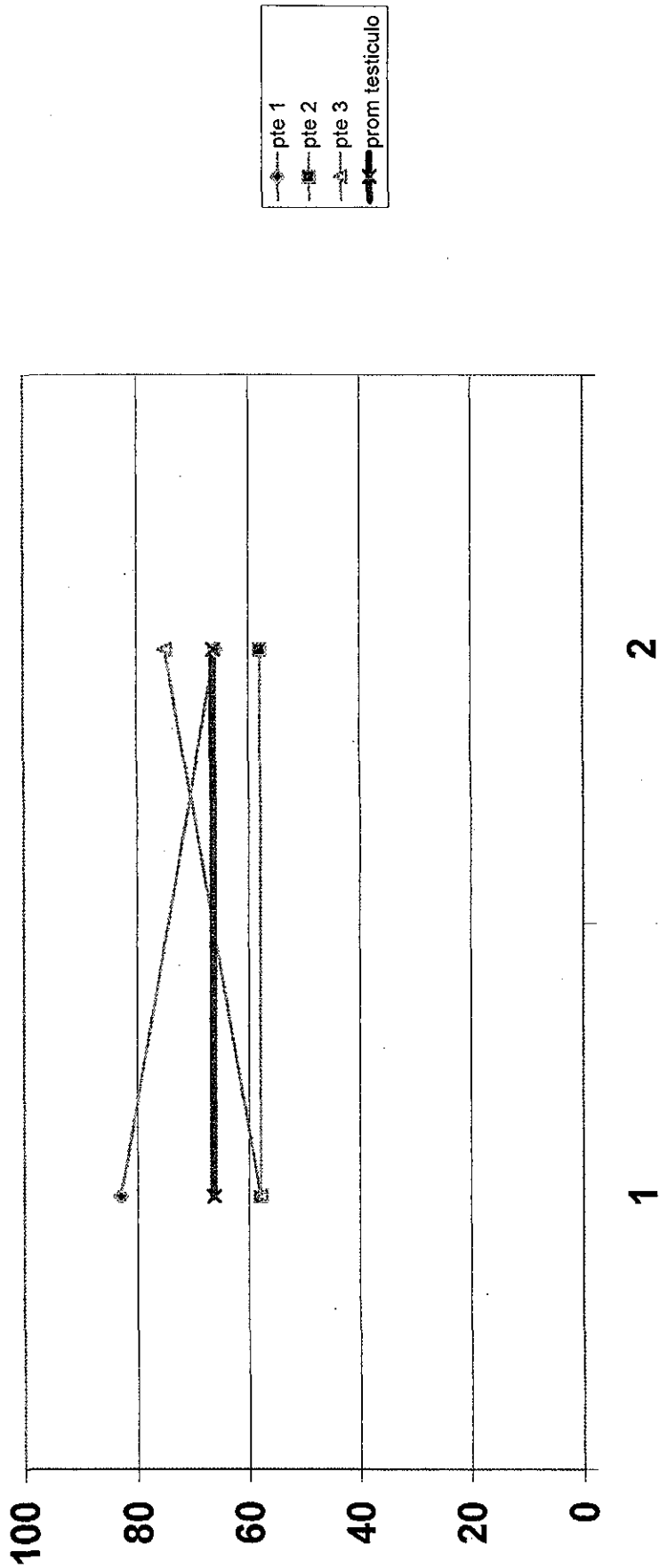
Respecto a sintomatología del miembro superior al cual se les realizó la disección radical de axila en 5 pacientes ha aumentado el edema, 4 refieren que ha disminuido y 2 permanecen asintomáticas posterior a la administración de quimioterapia.

Análisis de escala de salud global cáncer de mama, testículo y linfomas



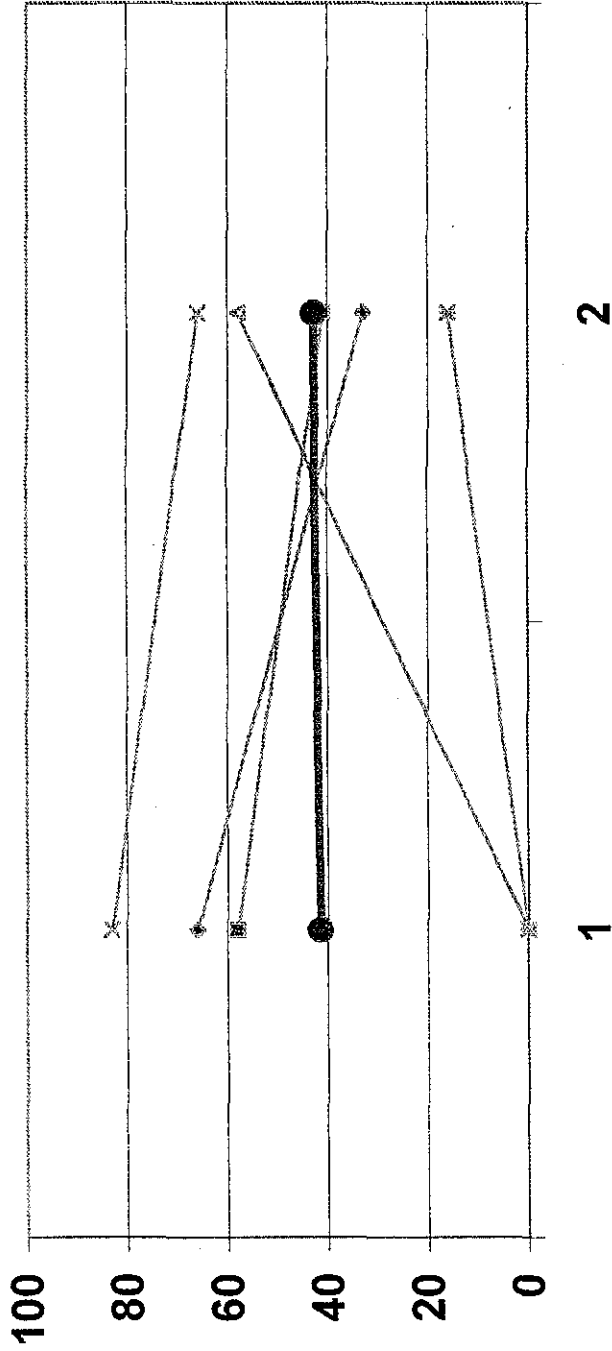
TESIS CON FALLA DE ORIGEN

ESCALA DE SALUD GLOBAL CÁNCER TESTÍCULO



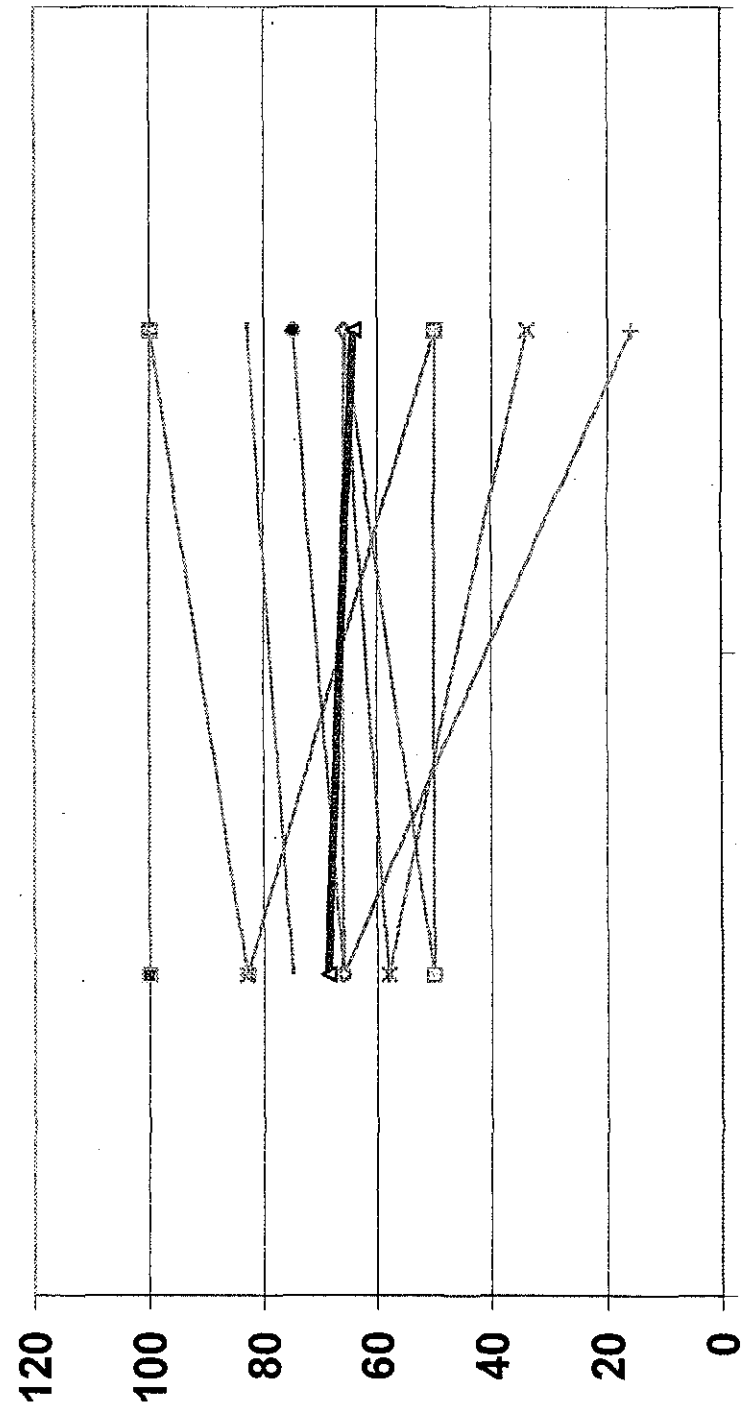
BASAL VS 2 - 3

ESCALA DE SALUD GLOBAL
 ENFERMEDAD DE HODGKIN / LINFOMA NO HODGKIN



BASAL VS 2 - 3

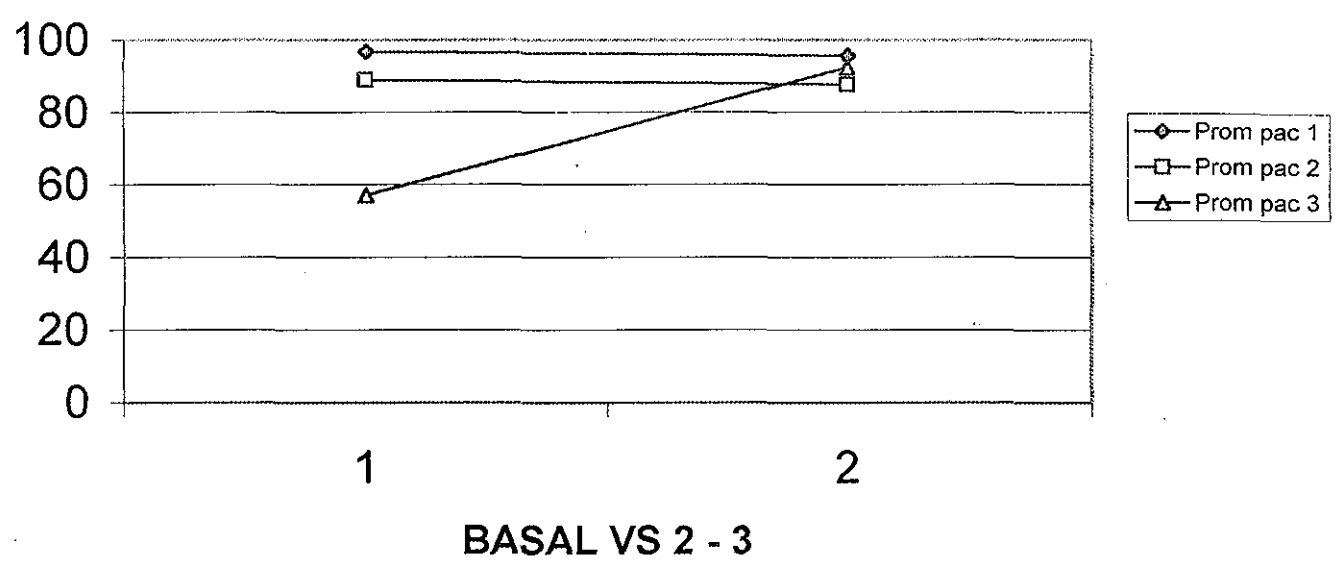
ESCALA DE SALUD GLOBAL CANCER DE MAMA



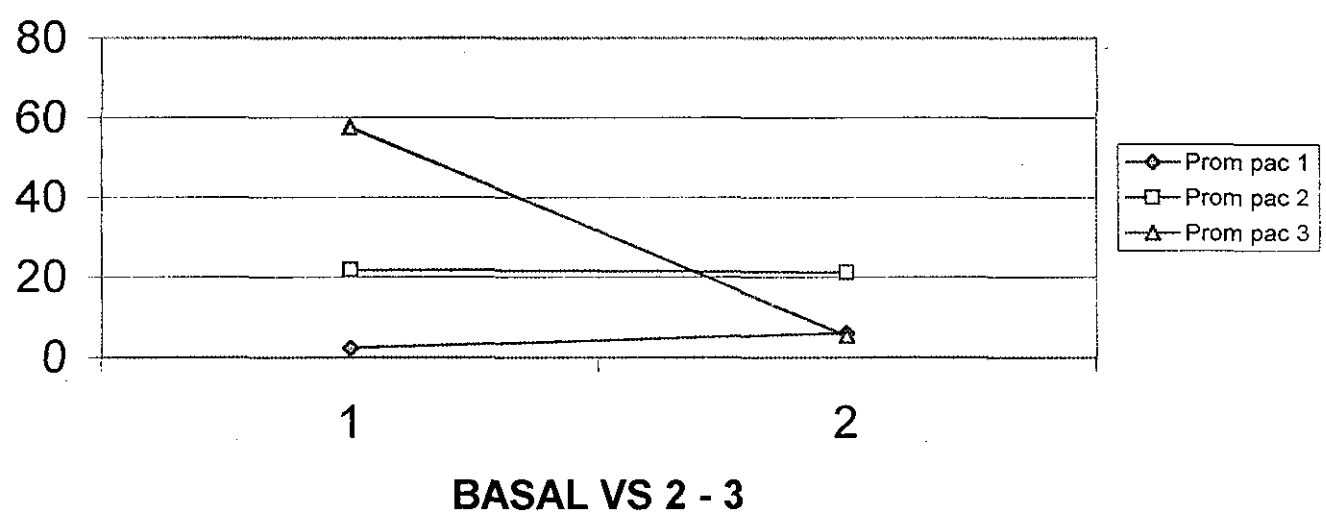
1 2

BASAL VS 2 - 3

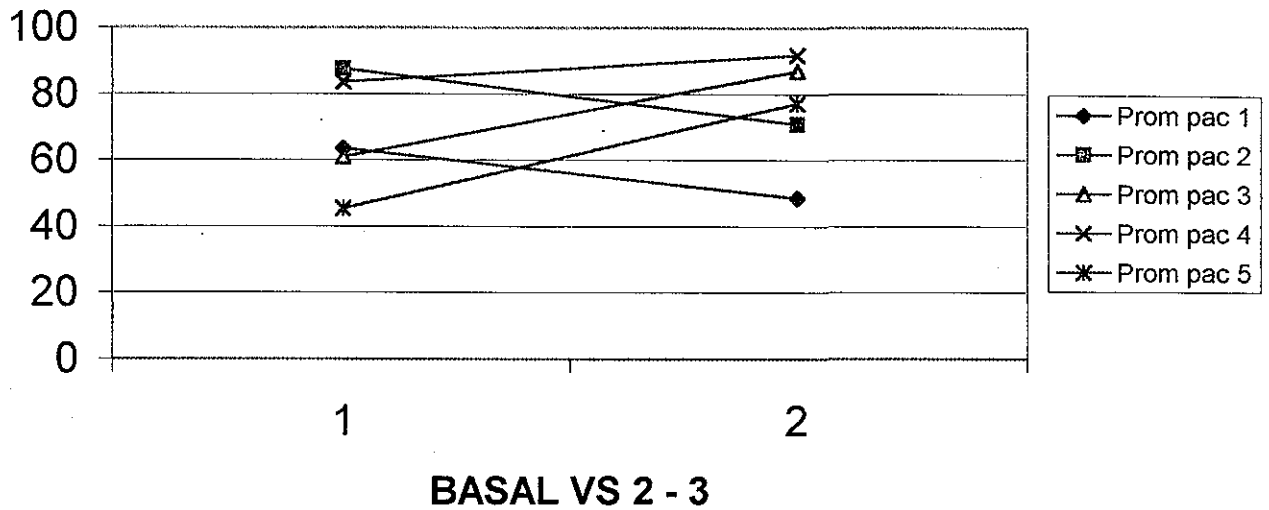
ESCALAS FUNCIONALES CÁNCER DE TESTÍCULO



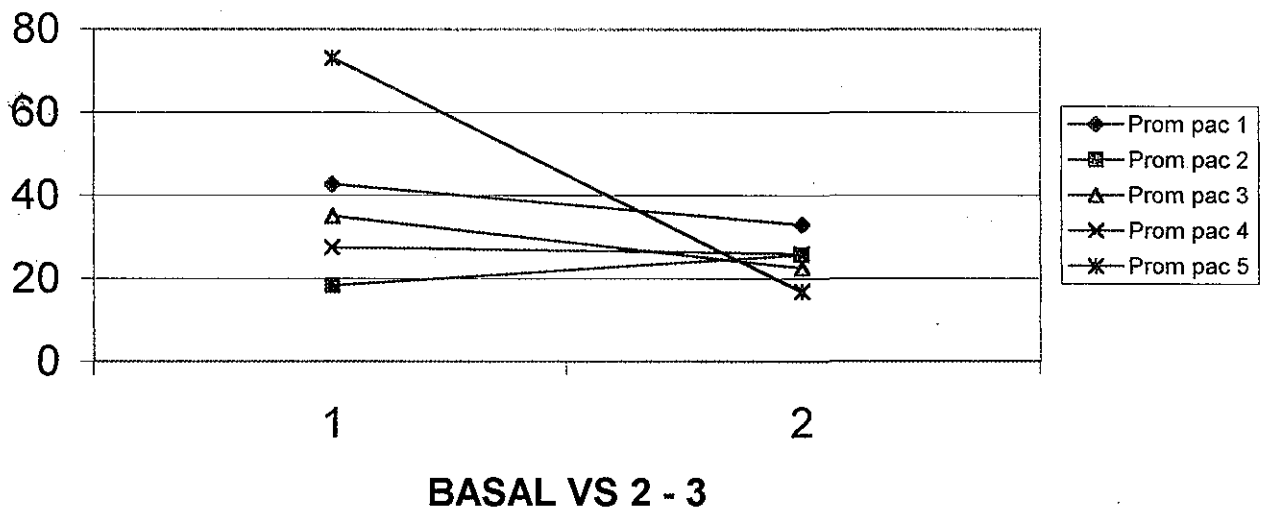
ESCALA DE SÍNTOMAS CÁNCER DE TESTÍCULO



ESCALAS FUNCIONALES ENFERMEDAD HODGKIN / LINFOMA NO HODGKIN

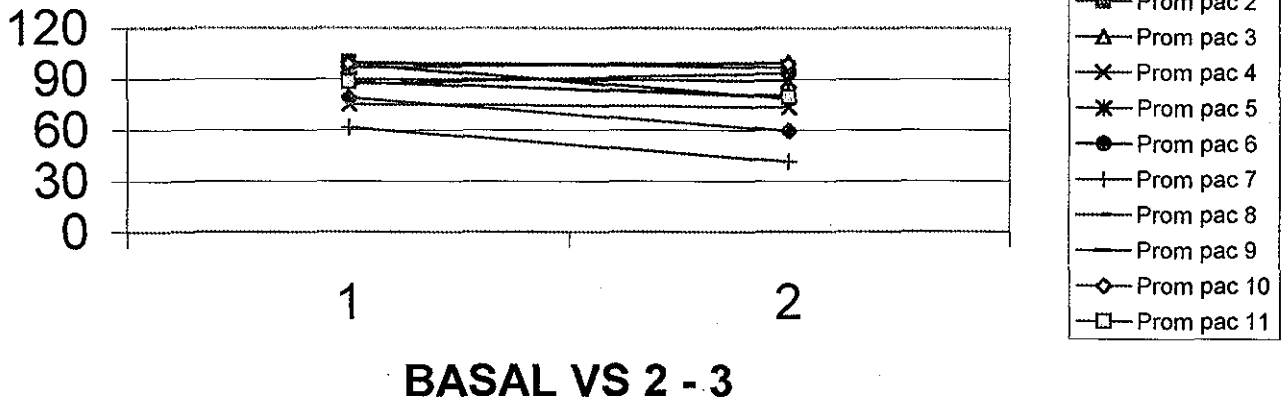


ESCALA DE SÍNTOMAS ENFERMEDAD DE HODGKIN / LINFOMA NO HODGKIN

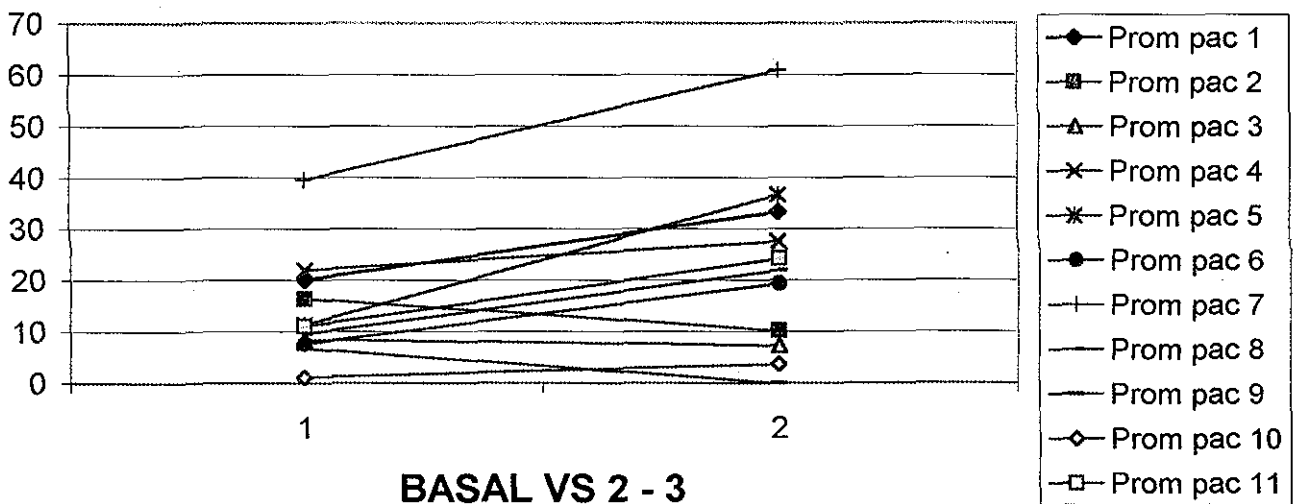


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESCALA FUNCIONAL CANCER DE MAMA

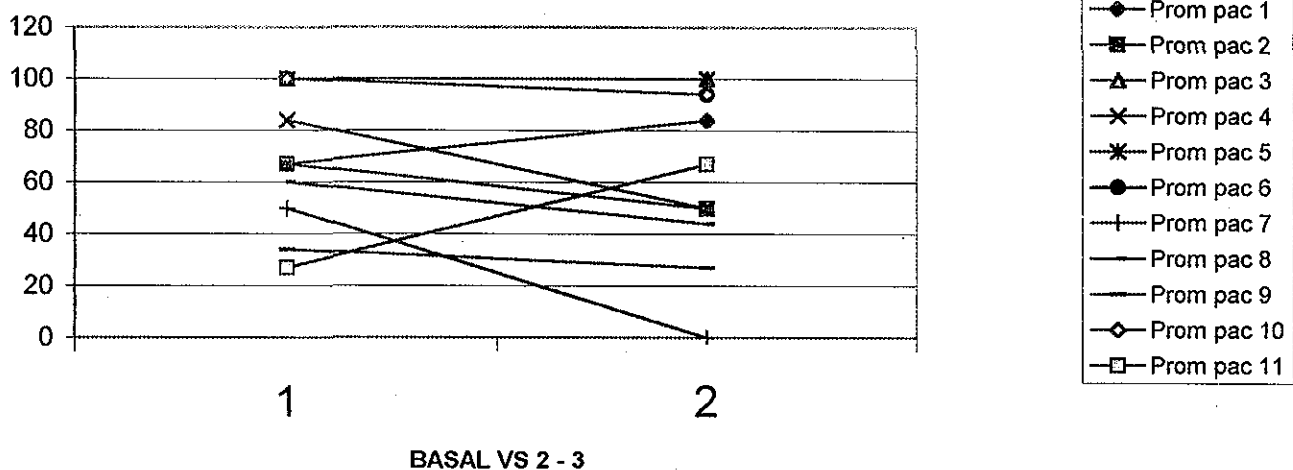


ESCALA DE SÍNTOMAS CANCER DE MAMA

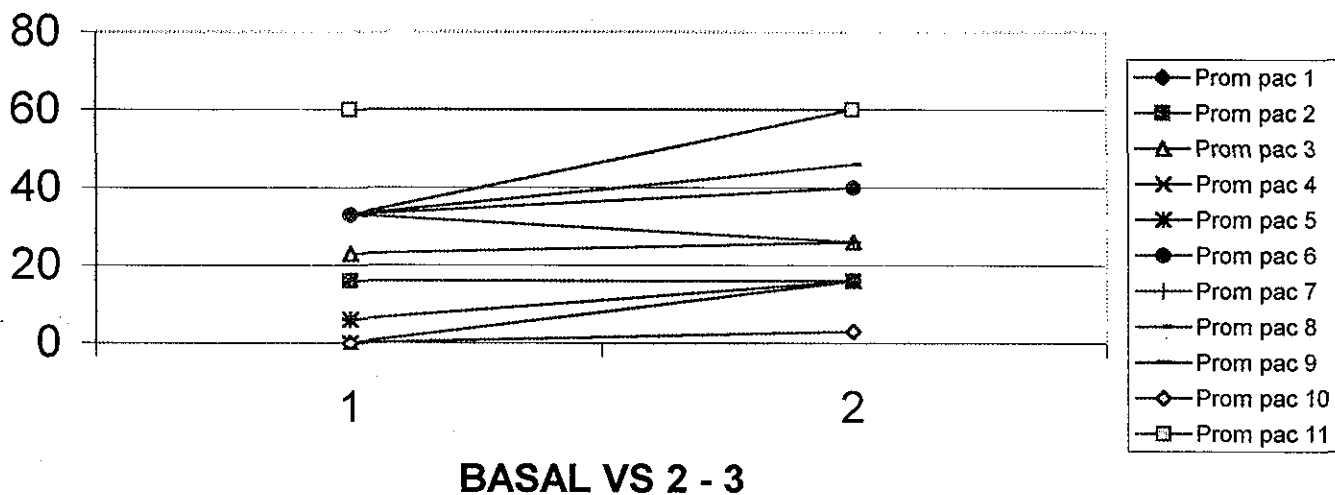


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

IMAGEN CORPORAL CANCER DE MAMA



EFECTOS COLATERALES DE TRATAMIENTO SISTÉMICO CÁNCER DE MAMA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONCLUSIONES

El cáncer de testículo en su presentación gonadal o extragonadal, en nuestro país ocupa el 20° lugar y/o 1.3 % de las neoplasias, siendo el 6° cáncer que se presenta en el hombre (14), su importancia radica en que afecta más frecuentemente entre los 25 a 40 años, siendo una etapa económicamente productiva en el hombre, y además de ser un tumor maligno potencialmente curable con quimioterapia y/o radioterapia.

En nuestros pacientes la quimioterapia no afectó su calidad de vida ni presentaron dificultades financieras situación importante ya que en nuestra cultura el hombre es el sostén económico principal de la familia y se le esta ofreciendo la oportunidad de curación. Ningún paciente presentó efectos colaterales a la quimioterapia que requirieran tratamiento intrahospitalario.

El cuestionario E.O.R.T.C. QLQ – C 30 no contempla la función y placer sexual para los pacientes, punto importante ya que se trata de un hombre joven el que es mas frecuentemente afectado y sexualmente activo y sabiendo que la quimioterapia produce disfunción sexual y disminución de la libido debemos contemplar este detalle en nuestra practica medica diaria puesto que es parte del bienestar social que conlleva a una mejor calidad de vida.

La enfermedad de Hodgkin y el linfoma no Hodgkin se analizaron como una misma patología por presentar características epidemiológicas, etiológicas y clínicas similares y ambas son potencialmente curables con quimioterapia y/o radioterapia.

En nuestro país representa el 4° cáncer mas frecuente (4.7%), en el hombre representa el 2° lugar (7.4%) y en la mujer el 6° lugar (3.2 %). Su edad de presentación en el adulto es bimodal, siendo mas frecuentemente diagnosticado entre los 18 a 30 años y en mayores de 50 años (14).

En nuestro análisis 3 pacientes deterioraron su calidad de vida posterior a la aplicación de quimioterapia sin llegar a una calidad de vida incapacitante, 2 pacientes de tener una calidad de vida incapacitante esta mejoró 58 y 16 % respectivamente.

Los síntomas que aumentaron posterior a la quimioterapia fueron fatiga, disnea, hiporexia, diarrea e insomnio síntomas ya presentes en estos pacientes y ninguno requirió tratamiento intrahospitalario.

Un paciente presentó bicitopenia que se resolvió solo con tratamiento conservador de forma ambulatoria.

En todos los pacientes que presentaron dolor este mejoró con la quimioterapia síntoma muy importante que puede deteriorar todas las escalas funcionales y la calidad de vida en general.

El cuestionario E.O.R.T.C. QLQ – C 30 no contempla la imagen física que puede deteriorar la calidad de vida principalmente en la mujer debido a la alopecia que produce la quimioterapia al alterar las escalas funcionales emocional y social que pueden limitarse por la alopecia.

En este grupo de pacientes la quimioterapia no produjo efectos colaterales que requirieran tratamiento intrahospitalario, en general los pacientes conservaron su calidad de vida y en los que se deterioro esto no fué significativo ya que los pacientes han aceptado continuar con su tratamiento, solo 2 pacientes presentaron dificultades financieras las cuales se atribuyen a su enfermedad de base y no a efectos colaterales del tratamiento.

El cáncer de mama femenino es la 2ª neoplasia en frecuencia en nuestro país, representando el 10.3 % de todos los cánceres, en la mujer se presenta en 3º lugar (15.9 %) siendo precedida solo por el cáncer cervicouterino invasor o in situ (14). Actualmente debido a las modalidades combinadas de tratamiento, lo podemos considerar como una enfermedad crónica pues se han logrado intervalos libres de enfermedad y sobrevividas muy prolongadas.

En nuestro estudio se analizan 11 pacientes de las cuales solo 2 deterioraron su calidad de vida con el tratamiento de quimioterapia pues la otra tiene el antecedente de ser portadora de síndrome depresivo el cual se agudizó y contribuyó a su deterioro.

Los síntomas presentados como colaterales del tratamiento fueron náusea, vómito y constipación sin requerir ninguno tratamiento intrahospitalario. Ninguna paciente hasta el momento ha presentado colaterales a nivel de médula ósea.

En la mayoría de las pacientes la sintomatología disminuyó o incluso desapareció al recibir tratamiento quimioterápico contribuyendo a mejorar su calidad de vida.

Son de interés los puntos analizados en el cuestionario E.O.R.T.C QLQ – BR 23, pues el 63 % de nuestra población deterioró su imagen corporal posterior al tratamiento quirúrgico, las pacientes conservan su deseo sexual pero el 80 % son sexualmente inactivas siendo multifactorial este hecho (deterioro imagen corporal, colaterales de la quimioterapia, depresión y/o pérdida de femineidad), lo cual en un futuro deteriorará su calidad de vida al no alcanzar un bienestar social pleno, por lo que en el manejo integral de estas pacientes se debe incluir valoración psicosexual en pareja para evitar la desintegración familiar que contribuiría aún más a deteriorar su calidad de vida.

Nuestro análisis hasta el momento (basal y 2º vs 3º tratamiento) pues a algunos pacientes que aun no se les ha aplicado el 3º tratamiento se incluyen en este análisis, en general demuestra que el tratamiento con quimioterapia no deteriora la calidad de vida del paciente con cáncer y el que presenta deterioro de su calidad de vida este deterioro no es significativo, hecho demostrado en nuestro análisis valorado mediante la aplicación de cuestionarios individuales a cada paciente, por lo que este tipo de cuestionarios deben ser aplicados de forma rutinaria en los pacientes que reciben o recibirán tratamiento oncológico con el objeto de poder ofrecer un mejor tratamiento multidisciplinario y mejorar aún más la calidad de vida de cada paciente.

También podemos concluir con nuestro análisis que hasta el momento (2º VS 3º ciclo de quimioterapia) esta ha sido bien tolerada por el paciente, hecho que se analizará posteriormente al concluir el tratamiento cada paciente, pues los efectos de la quimioterapia son acumulativos.

La prueba piloto solo se completó en el grupo de pacientes con cáncer de mama, en el grupo de pacientes con cáncer de testículo y enfermedad de Hodgkin/linfoma no Hodgkin no reunimos la cantidad de pacientes para realizarla, pero en el total de los 26 pacientes reunidos podemos concluir que los cuestionarios de calidad de vida E.O.R.T.C. QLQ- C 30 y E.O.R.T.C. QLQ – BR 23 (versión en español) son una herramienta sencilla y fácil de contestar ya que todos los pacientes contestaron su cuestionario correspondiente correctamente y no obtuvimos pérdida de respuestas, por lo que podemos aplicarlos de forma rutinaria con confianza.

DISCUSIÓN

El efecto antitumoral de los medicamentos contra el cáncer pueden producir además de su objetivo del tratamiento, deterioro del paciente, incremento de los síntomas y complicaciones que pueden llevar a la muerte. La evaluación del paciente que iniciará tratamiento quimioterápico debe realizarse y valorar los riesgos (toxicidad) vs beneficio, para poder brindar una calidad de vida optima.

Por lo que en el Centro Medico Nacional 20 de Noviembre por primera vez se realizó esta evaluación mediante la aplicación de cuestionarios de calidad de vida, y así poder conocer el impacto de los tratamientos a la población atendida en el servicio de oncología medica, que por primera vez recibieran tratamiento con quimioterapia, para evitar sesgo por tratamientos previamente recibidos.

Desde 1986 se inició la evaluación de la calidad de vida en el paciente con cáncer partiendo de su sintomatología basal y el impacto que pueda tener la quimioterapia sobre estos y sobre los nuevos síntomas y complicaciones que puedan desarrollar por el tratamiento antineoplásico.

La literatura reporta que la mayoría de los pacientes con cáncer pueden tener síntomas que afecten su calidad de vida como son dolor, fatiga, debilidad, falta de energía, caquexia, pérdida de peso, hiporexia, sequedad y dolor de boca, constipación, saciedad temprana, náusea, vómito, dispepsia, eructos, distensión abdominal, disfagia diarrea, disnea tos, depresión, ansiedad y problemas sexuales, así como signos y síntomas relacionados al tratamiento quirúrgico y/o radioterápico previamente administrado, datos encontrados en nuestra población de estudio, pudiendo evaluar cada una de las molestias que refería el paciente, en algunos pacientes se evaluó al 2º tratamiento por el impacto que produjo la quimioterapia sobre su calidad de vida.

Nuestro análisis concluye que la quimioterapia mejoró lo calidad de vida en 8 pacientes, en 4 no se modificó y en 7 deterioró su calidad de vida, pero esta disminución no fué significativa para empeorar la calidad de vida basal del paciente o incapacitarlo (promedio global basal 61.10 vs promedio global posterior a 2 o 3 tratamiento 58.89).

El grupo de Enfermedad de Hodgkin / Linfoma no Hodgkin fue el grupo que mas disminución en la calidad de vida reportó, pero también en este mismo grupo encontramos que 2 pacientes con pésima calidad de vida (calificación basal cero vs calificación máxima deseada 100) mejoró su calidad de vida posterior al primer tratamiento.

Las escalas funcionales física y social fueron las que mas se deterioraron en el grupo de pacientes evaluados, otros pacientes deterioraron su calidad de vida por incremento de los síntomas y un paciente deterioro su calidad de vida por agudización de un síndrome depresivo del cual se conoce tener antecedentes.

El diagnostico de cáncer tiene un impacto emocional en el paciente, lo que contribuye a disminuir su calidad de vida posterior a conocer el diagnostico deteriorando todas las escalas funcionales y no poder lograr un bienestar físico, psicológico, social y espiritual, por lo que el tratamiento de cáncer es un tratamiento multidisciplinario y es imperiosa la necesidad de evaluar, priorizar y tratar los síntomas, pero también se debe evaluar de forma rutinaria la escala psicológica.

Esperamos que partiendo de este estudio, nuestro servicio y todos los servicios de oncología medica apliquen los cuestionarios de calidad de vida de forma rutinaria, los cuales son sencillos de contestar sin requerir mucho tiempo para ello, hecho demostrado en

nuestro análisis pues no obtuvimos pérdidas de respuesta, solo una paciente omitió contestar lo referido a su vida sexual, ámbito al que no se ha puesto la atención necesaria en este tipo de pacientes, y así poder brindarle al paciente el máximo beneficio posible y que su calidad de vida sea plena al mejorar la sintomatología inducida por quimioterapia.

BIBLIOGRAFÍA

1. EORTC Quality of Life Study Group
EORTC QLQ – C 30, Scoring Manual
2ª Edición, Febrero 1999
2. David Osoba, George Rodrigues, James Myles, Benny Zee, and Joseph Pater
Interpreting the Significance of Changes in Health-Related Quality-of-Life Scores
Journal of Clinical Oncology, Vol 16, No. 1, January 1998
3. B. Bergman, N.K. Aaronson, S. Ahmedzai, S. Kaasa and M. Sullivan for the
EORTC Study Group on Quality of life
The EORTC QLQ- L C 13: a Modular Supplement to the EORTC Core Quality of
Life Questionnaire (QLQ-C 30) for Use in Lung Cancer Clinical Trials
European Journal of Cancer, Vol 30 A, No. 5, pp 635-642, 1994
4. Penelope Hopwood
Quality of Life Assessment in Chemotherapy Trials for Non-Small Cell Lung
Cancer: Are Theory and Practice Significantly Different ?
Seminars in Oncology, Vol 23, No. 5, Suppl 10, October 1996
5. Betty R. Ferrel, ph D., RN, FAAN
Quality of life Among Long-Term Cancer Survivors
Oncology, Vol 11 No. 4, April 1997
6. A. Te Velde, MAG., Sprangers & N. K. Aaronson
Feasibility, Psychometric Performance and Stability across modes of Administration
of the Cares-SF
Annals of Oncology, 7: 381-390, 1996
7. J. Bernhard ph.D.; H Gusset B.S.N., C. Hüry, MD.
Quality of Life Assessment in Cancer Clinical Trials: an intervention by it self ?
Support Care Cancer, 3: 66-71, 1995
8. Jane Weeks, MD
Overview of Outcomes Research and Management and its Role in Oncology Practice
Oncology, Vol 12, No. 3, March 1998
9. Vicent T De Vita, Jr. MD, Samuel Itellman, MD, Steven A. Rosenberg MD, PhD
CANCER, principios y práctica de Oncología
5ª Edición, 1995, Editorial Panamericana

10. Roger Woodruff
Dolor por cáncer (versión en español)
2ª Edición, 1997, Medigraphic Editores, SA de CV

11. Decaln Walsn, MD
Palliative Medicine and Supportive Care of the Cancer Patient
Seminars in Oncology, Vol 27, No. 1, February 2000

12. Patt RB, Ellison NV
Breakthrough Pain in Cancer Patients: Characteristics, Prevalence, and Treatment
Oncology, July 1998

13. M. Gonzalez Baron, A. Ordóñez, J. Feliu y cols
Oncología Clínica
2ª Edición, 1998, Ed Mc Graw-Hill Interamericana

14. Registro Histopatológico de Neoplasias en México
Epidemiología S.S.A.
Grupos Etéreos
1997

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estamos interesados en algunos aspectos sobre usted, su salud y vida diaria, para poder brindarle una mejor atención, por lo que le solicitamos de la manera más amable nos conteste este cuestionario el cual será llenado antes de la aplicación de cada tratamiento de quimioterapia a un grupo seleccionados de pacientes entre los cuales se encuentra usted, la información recabada será confidencial y no afectara en nada su tratamiento.

Sus respuestas nos ayudaran a mejorar su atención.

Gracias por su cooperación

**SERVICIO DE ONCOLOGIA MEDICA
CMN 20 DE NOVIEMBRE**

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA E.O.R.T.C. – QLQ-C30

Estamos interesados en algunos detalles de Ud. y su salud. Por favor, conteste solo(a) a todas las preguntas, marcando con una cruz el sitio que considere más apropiado. No hay respuesta correctas o incorrectas. Esta información será confidencial y nos ayudará a brindarle mejor atención.

Escriba sus iniciales (inicie con apellido).....

--	--	--	--

Su fecha de nacimiento (día-mes-últimas dos cifras del año).....

--	--	--	--	--	--

La fecha de hoy es (día-mes-últimas dos cifras del año).....

--	--	--	--	--	--

	NO	SI
1. ¿ Tiene problemas para realizar esfuerzos físicos importantes (llevar el carro de la compra, cargar una bolsa mediana)?		
2. ¿ Tiene problemas para dar un paseo largo?		
3. ¿ Tiene problemas para dar un paseo corto fuera de casa?		
4. ¿ Tiene que estar en cama o sentado(a) la mayor parte del día?		
5. ¿ Necesita ayuda para comer, vestirse, lavarse o usar el baño?		
6. ¿ Tiene alguna limitación para trabajar o hacer las tareas de casa?		
7. ¿ Es completamente incapaz de realizar su trabajo o las tareas de casa?		

DURANTE LA SEMANA PASADA	Nada	Un poco	Bastante	Muchísimo
8. ¿ Tuvo fatiga?				
9. ¿ Tuvo dolor?				
10. ¿ Necesitó descansar?				
11. ¿ Tuvo problemas para dormir?				
12. ¿ Se sintió débil?				
13. ¿ Le faltó el apetito?				
14. ¿ Sintió náusea?				
15. ¿ Vomitó?				
16. ¿ Estuvo estreñado(a)?				
17. ¿ Tuvo diarrea?				
18. ¿ Se sintió cansado(a)?				
19. ¿ El dolor interfirió con sus actividades diarias?				
20. ¿ Le costó concentrarse en cosas como leer periódico o ver tele ?				
21. ¿ Se sintió tenso(a)?				
22. ¿ Estuvo deprimido(a)?				

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA E.O.R.T.C. – QLQ-BR23

Escriba sus iniciales (inicie con apellido).....

Su fecha de nacimiento (día-mes-últimas dos cifras del año).....

La fecha de hoy es (día-mes-últimas dos cifras del año).....

DURANTE LA SEMANA PASADA:	Nada	Poco	Regular	Mucho
1. ¿ Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
2. ¿ Las comidas y bebidas le supieron diferente a lo normal?	1	2	3	4
3. ¿ Tuvo los ojos irritados, adoloridos o con lagrimeo?	1	2	3	4
4. ¿ Ha perdido cabello?	1	2	3	4
5. Conteste esta pregunta sólo si ha perdido cabello: ➤ ¿Se preocupó por la caída del cabello?	1	2	3	4
6. ¿ Se sintió enferma o no se sintió bien?	1	2	3	4
7. ¿ Tuvo bochornos (calores)?	1	2	3	4
8. ¿ Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
9. ¿ Se ha sentido físicamente menos atractiva debido a su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
10. ¿ Se ha sentido menos femenina debido a su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
11. ¿ Ha encontrado difícil mirarse a si misma desnuda?	1	2	3	4
12. ¿ Se ha sentido insatisfecha con su cuerpo?	1	2	3	4
13. ¿ Estuvo preocupada acerca de su salud para su futuro?	1	2	3	4

DURANTE LAS 4 SEMANAS PASADAS:	Nada	Poco	Regular	Mucho
14. ¿ Que tan interesada estuvo usted en el sexo?	1	2	3	4
15. ¿ Que tan activa estuvo usted sexualmente? (con o sin relaciones sexuales)	1	2	3	4
16. Conteste esta pregunta sólo si ha estado sexualmente activa: ➤ ¿ Qué tan disfrutable fue el sexo para Ud. ?	1	2	3	4

DURANTE LA SEMANA PASADA :	Nada	Poco	Regular	Mucho
17. ¿ Ha tenido algún dolor en el brazo u hombro?	1	2	3	4
18. ¿ Han estado sus manos o brazos hinchados ?	1	2	3	4
19. ¿ Fué difícil levantar o mover a los lados su brazo?	1	2	3	4
20. ¿ Ha tenido dolor en el área de su mama afectada?	1	2	3	4
21. ¿ Estuvo hinchada su mama afectada?	1	2	3	4
22. ¿ Estuvo muy sensible el área de su mama afectada?	1	2	3	4
23. ¿ Ha tenido problemas sobre o entre la piel de su mama afectada (ej: comezón, resequedad etc.)	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
E.O.R.T.C. – QLQ – C 30

ESCALAS	PREGUNTAS
ESTADO GLOBAL DE SALUD	
Estado global de salud	29, 30
ESCALAS FUNCIONALES	
Funcion física	1 - 5
Rol funcional	6, 7
Funcion emocional	21 - 24
Funcion cognocitiva	20, 25
Funcion social	26, 27
ESCALA DE SINTOMAS	
Fatiga	10, 12, 18
Náusea y vómito	14, 15
Dolor	9, 19
Disnea	8
Insomnio	11
Pérdida de apetito	13
Constipación	16
Diarrea	17
Dificultades financieras	28

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA
 MODULO PARA CANCER DE MAMA
 QLQ – BR 23**

ESCALAS	PREGUNTAS
ESCALAS FUNCIONALES	
Imagen corporal	9, 10, 11, 12
Funcion sexual	14, 15
Placer sexual	16
Perspectivas futuras	13
ESCALA DE SINTOMAS	
Efectos colaterales de la terapia sistémica	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
Síntomas relacionados a mama	20, 21, 22, 23
Síntomas relacionados a brazo	17, 18, 19
Se preocupó por la caída del cabello	5

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**