

FACTORES ASOCIADOS A LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER EN UNA UNIDAD DE TERAPIA DEL DOLOR DE LA SEGURIDAD SOCIAL

FACTORS ASSOCIATED WITH QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS AT A SOCIAL SECURITY PAIN THERAPY UNIT

Gloria Pacheco-Feijóo ^{1a}, Luis Podestá-Gavilano ^{1b}, Katherine Quevedo-Porras ^{1c}, José Amado-Tineo ^{1b}

RESUMEN

Introducción: La calidad de vida es una de las principales preocupaciones de los pacientes con cáncer en cuidados paliativos, sin embargo, los estudios sobre la calidad de vida en estos pacientes son limitados. **Objetivo:** Determinar los factores asociados a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica en cuidados paliativos. **Métodos:** Estudio observacional, analítico en 184 pacientes oncológicos atendidos en una Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos durante el 2021. La variable dependiente fue la calidad de vida; las independientes la edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, diagnóstico oncológico, tiempo y estadio de enfermedad. Se calculó la razón de prevalencias cruda (RP) y ajustada (RPa) con nivel de confianza de 95%. **Resultados:** La edad mediana fue 63 años, y el 66,3% fueron del sexo femenino. Los factores asociados a la calidad de vida fueron cáncer de mama (RPa=1,21; IC95%: 1,07-1,36; p<0,010), de próstata (RPa=1,36; IC95%: 1,18-1,56; p<0,010) o mieloma múltiple (RPa=1,33; IC95%: 1,15-1,53; p<0,010), en comparación a otros cánceres como linfoma de Hodgkin, cáncer de estómago, renal o de páncreas; el tiempo de enfermedad mayor a 36 meses (RPa=1,13; IC95%: 1,01-1,27; p=0,040) y el estadio III (RPa=1,30; IC95%: 1,19-1,42; p<0,010) también se asociaron a la calidad de vida. **Conclusiones:** Los factores asociados a la calidad de vida fueron tener cáncer de mama, de próstata o mieloma múltiple, en comparación con tener otro tipo de cáncer; además de un tiempo de enfermedad mayor a 36 meses y el estadio III frente al estadio I/II.

Palabras clave: Calidad de vida; Neoplasias; Manejo del Dolor. (Fuente: DeCS- BIREME)

ABSTRACT

Introduction: Quality of life is one of the main concerns for cancer patients in palliative care; however, studies on quality of life in these patients are limited. **Objective:** To determine the factors associated with quality of life in patients with oncological disease in palliative care. **Methods:** Observational, analytical study in 184 cancer patients treated in a Pain and Palliative Care Unit during 2021. The dependent variable was quality of life; independent variables were age, sex, education level, occupation, oncological diagnosis, disease duration, and stage. Crude (RP) and adjusted (aRP) prevalence ratios were calculated with a 95% confidence level. **Results:** The median age was 63 years, and 66.3% were female. Factors associated with quality of life were breast cancer (aRP=1.21; 95% CI: 1.07-1.36; p<0.010), prostate cancer (aRP=1.36; 95% CI: 1.18-1.56; p<0.010), or multiple myeloma (aRP=1.33; 95% CI: 1.15-1.53; p<0.010), compared to other cancers such as Hodgkin's lymphoma, stomach, kidney, or pancreatic cancer; disease duration longer than 36 months (aRP=1.13; 95% CI: 1.01-1.27; p=0.040), and stage III (aRP=1.30; 95% CI: 1.19-1.42; p<0.010) were also associated with quality of life. **Conclusions:** Factors associated with quality of life were having breast, prostate, or multiple myeloma cancer, compared to having another type of cancer; in addition to a disease duration longer than 36 months and stage III compared to stage I/II.

Keywords: Quality of Life; Neoplasms; Pain Management. (Source: MESH-NLM)

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

^a Médico cirujano

^b Doctor en medicina

^c Magister en cuidados paliativos y manejo del dolor

Citar como: Pacheco-Feijóo G, Podestá-Gavilano L, Quevedo-Porras K, Amado-Tineo J. Factores asociados a la calidad de vida en pacientes con cáncer en una unidad de terapia del dolor de la seguridad social. Rev Fac Med Hum. 2023;23(1):62-70. doi 10.25176/RFMH.v22i3.5649

Journal home page: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH>

Artículo publicado por la Revista de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Ricardo Palma. Es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons: Creative Commons Attribution 4.0 International, CC BY 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso no comercial, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que la obra original sea debidamente citada. Para uso comercial, por favor póngase en contacto con revista.medicina@urp.pe



INTRODUCCIÓN

El cáncer es un importante problema de salud pública en el mundo. En 2040, se espera que 30.2 millones de personas vivan con cáncer, la mayoría de ellas se encontrarán en países de ingresos bajos y medios⁽¹⁾. En estos países, el diagnóstico de la mayoría de neoplasias se realiza en etapas avanzadas cuando las opciones de tratamiento son limitadas o no accesibles⁽²⁾. A nivel mundial, se estima que una de cada seis muertes se debe a cáncer en estadio avanzado, además el 70 % de los fallecimientos por esta causa ocurren en países de ingresos bajos y medios⁽³⁾.

Los pacientes con cáncer avanzado experimentan una variedad de síntomas para los cuales los tratamientos médicos estándar pueden no proporcionar un alivio suficiente⁽⁴⁾. En consecuencia, los pacientes buscan y utilizan los cuidados paliativos como complemento a la atención estándar del cáncer. Los cuidados paliativos mejoran la calidad de vida mediante la prevención y el alivio del sufrimiento a través de la evaluación, la identificación y el tratamiento del dolor y otros problemas físicos o psicosociales, brindando además apoyo espiritual⁽⁵⁾.

Los desafíos que plantea el diagnóstico y tratamiento del cáncer, los cambios en la dinámica relacional entre los pacientes con cáncer y su familia pueden tener un impacto en la calidad de vida. Un estudio en India concluyó que los pacientes con cáncer que recibían quimioterapia tenían una mala calidad de vida⁽⁶⁾, mientras que Elsaie et al.⁽⁷⁾, encontraron que hubo una disminución significativa en el bienestar funcional de los pacientes con cáncer colorrectal después de la quimioterapia.

Existen datos limitados sobre la calidad de vida en pacientes con cáncer en cuidados paliativos en nuestro medio y sus factores asociados. Gayatri et al.⁽²⁾, indicaron que los pacientes con cáncer en cuidados paliativos que eran mayores de 65 años, casados, tenían un nivel educativo alto y practicaban actividades espirituales tenían más probabilidades de tener puntajes más altos en calidad de vida. En Suecia se identificó que el nivel de educación bajo y el estado civil divorciado/viudo se asociaron significativamente con menor calidad de vida en pacientes oncológicos⁽⁸⁾.

En Perú, la tasa estandarizada de cáncer es de 192.6 casos nuevos por 100 000 habitantes, las neoplasias más frecuentes son de cérvix uterino, piel, mama, estómago y colorrectal. Además la tasa de defunciones asciende a 122,9 defunciones por cada 100 000 habitantes⁽⁹⁾.

El deterioro en la calidad de vida comienza después del diagnóstico y persiste debido a la naturaleza vigorosa del tratamiento. A pesar de que la quimioterapia tiene un efecto terapéutico, se asocia con el desarrollo de reacciones farmacológicas desfavorables graves que pueden tener efectos adversos en la calidad de vida de un individuo. Además, la terapia contra el cáncer requiere una duración prolongada para obtener el efecto requerido. Las hospitalizaciones frecuentes suponen una carga negativa para los pacientes con cáncer. Por lo tanto, la terapia contra el cáncer genera una angustia personal, mental y emocional entre las personas; lo que afecta su calidad de vida en general⁽¹⁰⁾.

Un estudio en el Hospital Nacional Guillermo Almenara Irgoyen determinó que la calidad de vida de pacientes oncológicos en etapa terminal fue regular en 41.2% de pacientes y baja en 29.4%⁽¹¹⁾. Mientras que en el hospital Rebagliati se reporta que 18% de pacientes con cáncer de mama percibieron una baja calidad de vida y fue aceptable en pacientes domiciliarios y hospitalizados con cáncer en estado terminal⁽¹²⁾.

Dado que la calidad de vida brinda información sobre el efecto de la enfermedad y su tratamiento, reconociendo problemas comunes con enfoques apropiados para resolver estos problemas. En países de medianos o bajos recursos, la calidad de vida se relaciona con tasa de supervivencia y mortalidad por cáncer, ayuda a iniciar y/o fortalecer programas de cuidados paliativos⁽¹³⁾. El objetivo del presente estudio fue determinar la calidad de vida y los factores asociados en pacientes con enfermedad oncológica de una unidad de terapia de dolor ambulatoria.

MÉTODOS

Diseño y área de estudio

El tipo de estudio fue observacional analítico de corte transversal. En la Unidad de Dolor y Cuidados Paliativos del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martín de Lima, Perú, el cual es un centro de referencia nacional de usuarios de la seguridad social.

Población y muestra

La población estuvo constituida por pacientes oncológicos atendidos en área de estudio. Durante junio y diciembre del 2021 hubo 350 casos. Este número se usó como población para el cálculo de tamaño de muestra, a través de una fórmula para determinar una proporción en población finita, contando con una proporción esperada de 50%, un nivel de confianza del





95% y una precisión del 5%; resultando un tamaño muestral de 184 pacientes. Se utilizó un tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Se incluyeron pacientes adultos de ambos sexos, con diagnóstico histopatológico de cáncer confirmado durante 6 o más meses previos, en estadios clínicos: I, II y III, atendidos en el área de estudio y acepten participar en el estudio. Se excluyeron pacientes con problemas que limiten su capacidad de verbalización y/o problemas cognitivos-conductuales que dificulten la aplicación del instrumento y con problemas psicológicos y/o psiquiátricos, con incapacidad de responder el cuestionario.

Variables e instrumentos

Las variables evaluadas fueron calidad de vida, edad, sexo, nivel de instrucción, ocupación, diagnóstico oncológico, tiempo y estadio de enfermedad. Para evaluar calidad de vida se utilizó el "The Short Form-36 Health Survey" o cuestionario SF-36, el cual ha sido traducido en varios idiomas y ha sido adaptado originalmente en España, por Alonso, Prieto y Anto ⁽¹⁴⁾, en Perú este instrumento fue validado el 2012, obteniendo un alfa de Cronbach de 0,82 que varió entre 0,66 y 0,92 en sus dimensiones. La calidad de vida fue categorizada como baja, media o alta ^(15,16).

Procedimientos

Los participantes fueron encuestados en la sala de espera de consulta ambulatoria del área de estudio por un médico especialista en terapia del dolor; después de

obtener el consentimiento informado, se aplicó un cuestionario impreso para ser respondido de forma escrita por el paciente o su familiar hasta completar el tamaño muestral. Las respuestas luego fueron ingresadas en una base de datos virtual.

Análisis estadístico

Los datos fueron codificados y analizados con el software Statistical Product and Service Solutions (SPSS) versión 27. Se calculó la razón de prevalencias simple (RP) y ajustada (RPa) con nivel de confianza de 95% y se empleó el análisis de regresión logística binaria para determinar los factores asociados a la calidad de vida, dicotomizándola en baja y no baja.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el comité de ética en investigación del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, solicitando previamente un consentimiento informado a cada uno de los participantes. Se siguió principios de buenas prácticas en investigación, garantizando la confidencialidad de los datos. Se cumplieron las directrices de la Declaración de Helsinki.

RESULTADOS

De los 184 pacientes evaluados, la calidad de vida fue baja en el 66,8% (123), media en el 8,7% (16) y alta en el 24,5% (45) (Figura 1). La mediana de la edad en los pacientes fue 63 años, la frecuencia de adultos mayores fue del 60,3%, de sexo femenino 66,3%, con estudios de nivel secundario 39,1% y tenían ocupación ama de casa 3,8% (Tabla 1).

Tabla 1. Características generales de los pacientes con enfermedad oncológica atendidos en la unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de referencia peruano de julio a diciembre del 2021.

Características generales	n (%)
Edad (Me; RI)*	63; 19,5
< 60 años	73 (39,7)
≥ 60 años	111 (60,3)
Sexo	
Masculino	62 (33,7)
Femenino	122 (66,3)
Nivel de instrucción	
Primaria	15 (8,2)
Secundaria	72 (39,1)
Técnico	32 (17,4)
Universitario	65 (35,3)

Ocupación	
Sin ocupación	41 (22,3)
Ama de casa	64 (34,8)
Independiente	32 (17,4)
Dependiente	47 (25,5)
Diagnóstico oncológico	
Cáncer de mama	34 (18,5)
Cáncer de cérvix	17 (9,2)
Cáncer de próstata	22 (12,0)
Mieloma múltiple	11 (6,0)
Cáncer Pulmonar	10 (5,4)
Cáncer colorrectal	10 (5,4)
Otro**	80 (43,5)
Tiempo de enfermedad	
> 36 meses	40 (23,4)
≤ 36 meses	144 (78,3)
Estadio	
I	17 (9,2)
II	77 (41,8)
III	90 (48,9)
Total	184 (100,0)

*Me: Mediana; RI: Rango intercuartílico

** Linfoma de Hodgkin, cáncer de estómago, renal y páncreas

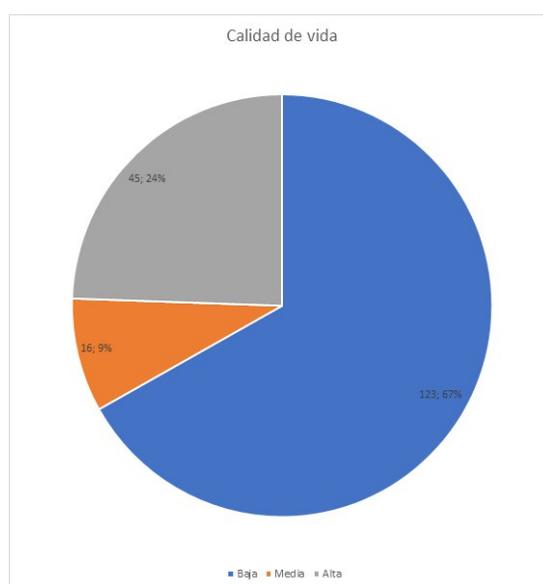


Figura 1. Calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica en la unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de referencia peruano de julio a diciembre del 2021.



Entre las características clínicas se encontró como principales diagnósticos oncológicos el cáncer de mama (18,5%), próstata (12,0%) y cérvix uterino (9,2%). El tiempo de enfermedad oncológica fue menor a 36 meses en 78,3% y la mayoría de los casos se situaron en estadio clínico III (48,9%) y II (41,8%). Acerca de los

factores epidemiológicos, se evidenció que la edad ($p=0,700$), sexo ($p=0,256$), nivel de instrucción ($p=0,274$) y ocupación ($p=0,253$) del paciente no tuvieron asociación estadísticamente significativa a la calidad de vida en el análisis bivariado (Tabla 2).

Tabla 2. Factores epidemiológicos asociado a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica en la unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de referencia, julio-diciembre 2021.

Factores epidemiológicos	Calidad de Vida		RP(c) (IC 95%)	Valor p
	Baja n = 123 (%)	Regular/Alta n = 61 (%)		
Edad				
< 60 años	50 (40,7)	23 (37,7)	0,98 (0,88 - 1,09)	0,700
≥ 60 años	73 (59,3)	38 (62,3)	Ref.	Ref.
Sexo				
Femenino	85 (69,1)	37 (60,7)	1,06 (0,96 - 1,19)	0,260
Masculino	38 (30,9)	24 (39,3)	Ref.	Ref.
Nivel de instrucción				
Primaria	13 (10,6)	2 (3,3)	0,85 (0,71 - 1,01)	0,060
Secundaria	47 (38,2)	25 (41,0)	1,01 (0,89 - 1,13)	0,910
Técnico	20 (16,3)	12 (19,7)	1,027 (0,89 - 1,19)	0,720
Universitario	43 (35,0)	22 (36,1)	Ref.	Ref.
Ocupación				
Sin ocupación	31 (25,2)	10 (16,4)	0,89 (0,77 - 1,02)	0,100
Ama de casa	49 (39,8)	15 (24,6)	0,88 (0,77 - 1,00)	0,053
Independiente	15 (12,2)	17 (27,9)	1,09 (0,94 - 1,27)	0,260
Dependiente	28 (22,8)	19 (31,1)	Ref.	Ref.

RP(c)=Razón de prevalencias crudo

De los factores clínicos analizados, destaca que los pacientes con cáncer de mama (RPc=1,286; IC95%: 1,129 -1,464; $p<0,001$), cáncer de próstata (RPc=1,387; IC95%: 1,209-1,591; $p<0,001$) y mieloma múltiple (RPc=1,350; IC95%: 1,117-1,630; $p=0,002$) incrementan la prevalencia de presentar una baja calidad de vida en

comparación con otros tipos de cáncer, como linfoma de Hodgkin, cáncer de estómago, renal y páncreas. Asimismo, el estadio III de cáncer (RPc=1,461; IC95%: 1,346-1,585; $p<0,001$) y el tiempo de enfermedad > 36 meses (RPc=1,170; IC95%: 1,043-1,314; $p=0,008$) fueron otros factores asociados (Tabla 3).

Tabla 3. Factores clínicos asociado a la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica en la unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de referencia, julio-diciembre 2021.

Factores clínicos	Calidad de Vida		RP(c) (IC 95%)	Valor p
	Baja n = 123 (%)	Regular/Alta n = 61 (%)		
Diagnóstico oncológico				
Cáncer de mama	15 (12,2)	19 (31,1)	1,29 (1,13 - 1,46)	<0,010
Cáncer de cérvix	16 (13,0)	1 (1,16)	0,87 (0,77 - 0,99)	0,060
Cáncer de próstata	7 (5,7)	15 (24,6)	1,39 (1,21 - 1,59)	<0,010
Mieloma múltiple	4 (3,3)	7 (11,5)	1,35 (1,12 - 1,63)	<0,010
Cáncer Pulmonar	9 (7,3)	1 (1,6)	0,91 (0,75 - 1,09)	0,300
Cáncer colorrectal	9 (7,3)	1 (1,6)	0,91 (0,75 - 1,09)	0,300
Otro	63 (51,2)	17 (27,9)	Ref.	Ref.
Tiempo de enfermedad				
> 36 meses	33 (26,8)	7 (11,5)	1,17 (1,04 - 1,31)	<0,010
≤ 36 meses	90 (73,2)	54 (88,5)	Ref.	Ref.
Estadio				
III	83 (67,5)	7 (11,5)	1,46 (1,35 - 1,59)	<0,010
I / II	40 (32,5)	54 (88,5)	Ref.	Ref.

ARTÍCULO ORIGINAL

RP(c)=Razón de prevalencias crudo

Respecto al análisis multivariado se corroboró que los factores epidemiológicos no influyen en la baja calidad de vida en pacientes oncológicos. En cambio, en los factores clínicos, se mostró que el diagnóstico oncológico como cáncer de mama (RPa=1,208; IC95%: 1,074-1,360; p=0,002), cáncer de próstata (RPa=1,356;

IC95%: 1,182-1,556; p<0,001), mieloma (RPa=1,329; IC95%: 1,152-1,533; p<0,001), el tiempo de enfermedad mayor a 36 meses (RPa=1,129; IC95%: 1,008-1,265; p=0,035) y el estadio III (RPa=1,299; IC95%: 1,189-1,420; p<0,001) fueron lo que influyeron en la calidad de vida (Tabla 4).

Tabla 4. Factores epidemiológicos y clínicos que influyen en la calidad de vida en pacientes con enfermedad oncológica en la unidad de Dolor y Cuidados Paliativos de un hospital de referencia, julio-diciembre 2021.

Factores epidemiológicos y clínicos	RP (a) (95% IC)	Valor p
Edad		
< 60 años	0,98 (0,90 – 1,07)	0,660
≥ 60 años	Ref.	Ref.
Sexo		
Femenino	0,93 (0,83 – 1,05)	0,220
Masculino	Ref.	Ref.
Nivel de instrucción		
Primaria	1,00 (0,84 – 1,19)	0,990



Secundaria	1,04 (0,94 – 1,14)	0,450
Técnico	1,00 (0,89 – 1,13)	0,960
Universitario	Ref.	Ref.
Ocupación		
Sin ocupación	0,86 (0,77 – 0,97)	0,220
Ama de casa	0,92 (0,81 – 1,05)	0,210
Independiente	1,03 (0,90 – 1,18)	0,680
Dependiente	Ref.	Ref.
Tipo de Cáncer		
Cáncer de mama	1,21 (1,07 – 1,36)	<0,010
Cáncer de cérvix uterino	0,90 (0,78 – 1,05)	0,190
Cáncer de próstata	1,36 (1,18 – 1,56)	<0,010
Cancer de Mieloma múltiple	1,33 (1,15 – 1,53)	<0,010
Cáncer Pulmonar	0,96 (0,82 – 1,12)	0,570
Cáncer colorrectal	0,91 (0,75 – 1,09)	0,300
Otro**	Ref.	Ref.
Tiempo de enfermedad		
> 36 meses	1,13 (1,01 – 1,27)	0,040
≤ 36 meses	Ref.	Ref.
Estadio		
III	1,30 (1,19 – 1,42)	<0,010
I / II	Ref.	Ref.

RP(a)=Razón de prevalencias ajustado; IC =Intervalo de confianza

DISCUSIÓN

Los pacientes atendidos ambulatoriamente en una unidad de terapia de dolor de uno de los hospitales más grandes del Perú tenían en su mayoría baja calidad de vida, siendo más frecuente los adultos mayores, de sexo femenino, con nivel de instrucción secundaria y amas de casa. Estos resultados son similares a los identificados por Seol et al. ⁽¹⁷⁾ en Corea, refirieron que 61,5% de pacientes con cáncer sometidos a radioterapia eran de sexo femenino y 50% completaron educación secundaria, donde la calidad de vida de los pacientes por lo general es regular, pero mejorando luego de la radioterapia. Así también, Nayak et al. ⁽¹⁸⁾, en la India, al evaluar 768 pacientes con cáncer, describieron que 30,2% estaban en el grupo de edad de 51 a 60 años, 57,2% eran mujeres, 49% eran amas de casa, sin embargo, 39,2% de ellos tenían educación

IC95%: 1,182-1,556; $p < 0,001$), mieloma (RPa=1,329; IC95%: 1,152-1,533; $p < 0,001$), el tiempo de enfermedad mayor a 36 meses (RPa=1,129; IC95%: 1,008-1,265; $p = 0,035$) y el estadio III (RPa=1,299; IC95%: 1,189-1,420; $p < 0,001$) fueron lo quprimaria, además casi la totalidad de los pacientes presentaban baja calidad de vida (82,3%). Por el contrario a lo hallado, Wang et al. ⁽¹⁹⁾, en China, refirieron que la mayoría de los pacientes adultos con leucemia aguda eran hombres (54,6 %) menores de 45 años (69,9 %), que tienden a tener una calidad de vida más baja que otros subgrupos demográficos.

Entre los factores epidemiológicos analizados, la edad, sexo, nivel de instrucción u ocupación del paciente se no se asociaron a la calidad de vida en el análisis bivariado. El análisis multivariado corroboró esta ausencia de asociación entre las variables y la calidad de

vida en pacientes oncológicos en cuidados paliativos. Resultados similares identificaron Lewandowska et al.⁽²⁰⁾, quienes mostraron que no había correlación entre la calidad de vida y la edad, género, condición social, matrimonio y trabajo. En contraste, Üstündağ et al.⁽²¹⁾, identificaron que las mujeres experimentaron peor bienestar físico y social que los hombres. Los solteros tenían peor bienestar psicológico y general. Las amas de casa presentaron el peor bienestar físico y social. Sin embargo, no existió relación significativa entre el nivel educativo y la calidad de vida.

Al realizar el análisis multivariado entre los factores clínicos, el diagnóstico clínico se comportó como un factor asociado, de tal modo que el cáncer de mama, cáncer de próstata y mieloma múltiple incrementaron la probabilidad de mala calidad de vida en comparación a otros tipos de cáncer. Los resultados son similares a los identificados en estudios anteriores, al respecto Knobf et al.⁽²²⁾, mencionaron que las pacientes con cáncer de mama avanzado tenían una calidad de vida más baja debido a su imagen corporal modificada. Así también, Üstündağ et al.⁽²¹⁾, refirieron que los pacientes con cáncer de mama y sarcoma tenían el peor bienestar social que otros pacientes con cáncer. La calidad de vida depende en gran medida del estado de salud, es decir, del impacto de la enfermedad y el tratamiento en el funcionamiento físico del paciente. El cáncer tiene un impacto versátil en la vida de los afectados, especialmente durante el tratamiento. Provoca una disminución de la actividad física del paciente e influye en un cambio en la apariencia y una pérdida del sentido del atractivo, lo que a su vez reduce la autoestima del paciente⁽²³⁾.

Particularmente, los efectos secundarios causados por el cáncer de mama y próstata generan pérdida del cabello, cambios en la imagen corporal, disminución de las funciones sexuales y libido además de disminución de la calidad de vida social debido a la menopausia temprana en caso de neoplasias de mamas⁽²⁴⁾. Los pacientes con mieloma múltiple y cáncer renal podrían haber sido afectados por cambios corporales empeorados por la enfermedad.

El tiempo de enfermedad > 36 meses y el estadio III fueron otros factores asociados a calidad de vida. A diferencia de lo reportado en el estudio, según Nayak et al.⁽²⁵⁾, el estadio del cáncer no se relaciona significativamente con la calidad de vida. Sin embargo, se describió que 57,7 % tenía enfermedad en estadio III, además la calidad de vida de la mayoría de los pacientes estuvo influenciada por sus síntomas; 82,3% tenían puntuaciones bajas de calidad de vida. Así también, Ramasubbu et al.⁽²⁶⁾, establecieron que no se encontraron diferencias significativas cuando se compararon las puntuaciones de calidad de vida y estadio de enfermedad.

Para lograr la mejor calidad de vida posible a pesar de la enfermedad, es importante evaluar periódicamente la calidad de vida de los pacientes para valorar rápidamente los problemas de cada esfera de la vida, lo que permitirá identificar a los pacientes de alto riesgo y permitir una intervención temprana en función sobre las necesidades o déficits identificados. Los trastornos no detectados y no tratados amenazan los resultados de las terapias contra el cáncer, reducen la calidad de vida de los pacientes y aumentan los costos sanitarios. Entre las limitaciones del presente estudio tenemos en que fue realizado en una sola institución y con un muestreo no probabilístico, donde sólo se incluye a pacientes pertenecientes a la seguridad social, por lo que la generalización de estos resultados a otros contextos puede ser limitada. Sin embargo, es uno de los pocos reportes locales al respecto y servirá de base para el estudio de la calidad de vida en tipos específicos de pacientes con cáncer en nuestro medio. Por ser un estudio transversal puede cuestionarse la asociación causa efecto, pero la naturaleza de las variables justifica esta comparación.

CONCLUSIÓN

Finalmente se concluye que los factores asociados a la baja calidad de vida en pacientes de atención ambulatoria de una unidad de terapia de dolor de un hospital de referencia fueron tener cáncer de mama, de próstata o mieloma múltiple, en comparación con tener otro tipo de cáncer; además de un tiempo de enfermedad mayor a 36 meses y el estadio III frente al estadio I/II.



Contribuciones de autoría: Los autores participaron en la génesis de la idea, diseño de proyecto, recolección e interpretación de datos, análisis de resultados y preparación del manuscrito del presente trabajo de investigación.

Financiamiento: Autofinanciado

Conflictos de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Recibido: 27 de diciembre, 2022

Aprobado: 15 de marzo, 2023

Correspondencia: José Amado-Tineo.

Dirección: Jr. Belisario Flores 238 Dpto 301 Lince, Lima - Perú.

Teléfono: +51 990452547

Email: jamadot@unmsm.edu.pe

REFERENCIAS

- World Health Organization. Cancer tomorrow. A tool that predicts the future cancer incidence and mortality burden worldwide from the current estimates in 2020 up until 2040. [Internet]. 2020. Disponible en: https://gco.iarc.fr/tomorrow/graphic-isotype?type=1&population=900&mode=population&sex=0&cancer=39&age_group=value&apc_male=0&apc_female=0
- Gayatri D, Efremliv L, Kantelhardt EJ, Mikolajczyk R. Quality of life of cancer patients at palliative care units in developing countries: systematic review of the published literature. *Qual Life Res*. 2021;30(2):315–43. doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-020-02633-z>
- World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer>
- Shamieh O, Khamash O, Khrasat M, Jbouri O, Awani M, Al-Hawamdeh A, et al. Impact of outpatient palliative care (PC) on symptom burden in patients with advanced cancer at a tertiary cancer center in Jordan. *Support Care Cancer*. 2017;25(1):177–83. doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-016-3395-8>
- Ramos JGR, Tourinho FC, Borrione P, Azi P, Andrade T, Costa V, et al. Effect of a palliative care program on trends in intensive care unit utilization and do-not-resuscitate orders during terminal hospitalizations. An interrupted time series analysis. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2018;30(3):308–16. doi: <http://www.rbti.org.br/ahead-of-print/detalhes/0103507X-0-0-2>
- Sunderam S, Jeseena K, Kashyap V, Singh S, Kumar M. Study on quality of life of Cancer patients in relation to treatment modality in a tertiary health Institute of Jharkhand. *IOSR J Dent Med Sci*. 2016;15(5). Disponible en: <http://iosrjournals.org/iosr-jdms/papers/Vol15-Issue%205/Version-5/E1505051620.pdf>
- Elsaie O, Elazazy H, Abdelhaie S. The effect of chemotherapy on quality of life of colorectal Cancer patients before and 21 days after the first chemotherapeutic sessions. *Life Sci J*. 2012;9(4). Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/279212628_the_effect_of_chemotherapy_on_quality_of_life_of_colorectal_patients_before_and_21_days_after_the_first_chemotherapeutic_sessions
- Gangane N, Khairkar P, Hurtig A-K, Sebastián MS. Quality of Life Determinants in Breast Cancer Patients in Central Rural India. *Asian Pac J Cancer Res*. 2017;18(12):3325–32. doi: http://journal.waocp.org/article_53174.html
- Ministerio de Salud del Perú. Plan Nacional de cuidados integrales del cáncer (2020–2024). Lima - Perú: MINSA; 2021. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5341.pdf>
- Díaz-Carrasco M, Almanchel-Rivadeneira M, Tomás-Luiz A, Pelegrín-Montesinos S, Ramírez-Roig C, Fernández-Ávila J, et al. Observational study of drug-drug interactions in oncological inpatients. *Farmacia Hospitalaria*. 2018;42(1):10–5. doi: <http://www.aulamedica.es/ftb/pdf/10857.pdf>
- Pardo JCS. Calidad de vida del paciente oncológico terminal asistente a una Unidad de Terapia Especializada. Cuidado y salud: Kawsayninchis [Internet]. 2014 [citado el 9 de septiembre de 2022];1(1). doi: http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Cuidado_y_salud/article/view/1103
- Moyano C, Orozco M. Apoyo social y calidad de vida relacionada a la salud en mujeres con cáncer de mama que acuden al consultorio de oncología del Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima 2017 [Tesis de Grado]. Lima - Perú: Universidad Norbert Wiener; 2017. Disponible en: <https://repositorio.uwienner.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.13053/1746/TITULO%20-%20Moyano%20Ant%C3%B3n%20Claudia%20Andrea.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Amado-Tineo J, Segura M, Che-H E, Vargas-Tineo O, Solís J, Oscanoa-Espinoza T. Calidad de vida en pacientes con cáncer avanzado según lugar de atención en un hospital de referencia. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*. 2021;21(1):138–44. doi: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/3603>
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. [The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results]. *Med Clin (Barc)*. 1995;104(20):771–6. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
- Aguilar TG. Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Salud SF – 36 en pacientes con enfermedades crónicas de Chimbote [Tesis de Especialidad]. La Libertad: Universidad Cesar Vallejo; 2017 [citado el 9 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/10281>
- Salazar FR, Bernabé E. The Spanish SF-36 in Peru: factor structure, construct validity, and internal consistency. *Asia Pac J Public Health*. 2015;27(2):NP2372–2380. doi: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1010539511432879>
- Seol KH, Bong SH, Kang DH, Kim JW. Factors Associated with the Quality of Life of Patients with Cancer Undergoing Radiotherapy. *Psychiatry Investig*. 2021;18(1):80–7. doi: <https://www.psychiatryinvestigation.org/journal/view.php?doi=10.30773/pi.2020.0286>
- Nayak MG, George A, Vidyasagar M, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*. 2017;23(4):445–50. doi: <https://jpalpalliativecare.com/issue/2017-23-4/>
- World Health Organization. Cancer [Internet]. 2022. Disponible en: <https://hglo.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12955-020-1269-8>
- Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Próchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, et al. Quality of Life of Cancer Patients Treated with Chemotherapy. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):6938. doi: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/19/6938>
- Üstündağ S, Zencirci AD. Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2015;2(1):17–25. doi: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S234756252100370X>
- Knobf MT, Thompson AS, Fennie K, Erdos D. The effect of a community-based exercise intervention on symptoms and quality of life. *Cancer Nurs*. 2014;37(2):E43–50. doi: https://journals.lww.com/cancernursingonline/Fulltext/2014/03000/The_Effect_of_a_Community_Based_Exercise.16.aspx
- Kędra EM, Wiśniewski W. Selected aspects of assessing the quality of life of patients with colorectal cancer and their families in the light of own research. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne Nursing and Public Health*. 2018;8(1):33–8. doi: <https://pzp.umw.edu.pl/article/2018/8/1/33/>
- Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep*. 2021;23(3):38. doi: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11912-021-01049-3>
- Nayak MG, George A, Vidyasagar MS, Mathew S, Nayak S, Nayak BS, et al. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian Journal of Palliative Care*. 2017;23(4):445. doi: <https://jpalpalliativecare.com/issue/2017-23-4/>
- Ramasubbu SK, Pasricha RK, Nath UK, Rawat VS, Das B. Quality of life and factors affecting it in adult cancer patients undergoing cancer chemotherapy in a tertiary care hospital. *Cancer Rep (Hoboken)*. 2020;4(2):e1312. doi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cnr2.1312>

