

**ID 1069****CALIDAD DE VIDA EN EL PACIENTE CON CÁNCER**

González Fernández, Alejandro; González Fernández, Rebeca Sonia. Cuba

**RESUMEN**

La evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer es una de las mayores áreas de aplicación de estos estudios. El incremento de sobrevida en estos pacientes ha traído un incremento en el número de enfermos que llegan a fases avanzadas. Evaluar la calidad de vida puede ser útil hasta para definir estrategias de tratamiento. El objetivo de la investigación fue determinar la calidad de vida en pacientes atendidos en el Instituto de Oncología durante el período comprendido de enero a junio del 2013. Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en 101 pacientes con cáncer atendidos en el servicio de radioterapia que fueron entrevistados y los cuáles se les realizó una ficha clínica. Posteriormente se aplicó el índice de *Spitzer* para determinar calidad de vida. El índice de *Spitzer* promedió 7,5 puntos; el 80,2% de los pacientes se valían por sí mismo para la realización de las actividades básicas de la vida diaria; un 56,4% refirió sentirse bien de vez en cuando; un 40,5% manifestaron pleno rendimiento en las actividades ocupacionales y en el hogar; el 81,1% reconoció fuerte apoyo familiar y el 56,4% presentó episodios de ansiedad y depresión. El índice de *Spitzer* en los pacientes con cáncer de pulmón promedió 6,6 y en los pacientes con cáncer de mama 7,7. Se concluye que la calidad de vida global no resultó significativamente afectada en los pacientes investigados.

Palabras clave: *Calidad de vida, cáncer, Índice Spitzer.*

**INTRODUCCIÓN**

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo; en 2012 causó 8,2 millones de defunciones. Más del 60% de los nuevos casos anuales totales del mundo se producen en África, Asia, América central y Sudamérica. Estas regiones representan el 70% de las muertes por cáncer en el mundo. Se prevé que los casos anuales de cáncer aumentarán de 14 millones en el 2012 a 22 millones en las próximas dos décadas. En el 2012 causó 1,3 millones de muerte en las Américas, un 47% de las cuales ocurrieron en América Latina y el Caribe. Se espera que la mortalidad aumente hasta 2,1 millones en el 2030. En Cuba en el año 2013 causó 22 868 defunciones, primera causa de muerte por encima de las enfermedades cardiovasculares. (1-3) La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera que el cáncer es una enfermedad prevenible y curable. Un tercio de los casos pueden ser prevenidos, otro tercio curado si se diagnostica tempranamente y el otro podría tener al menos una mejor calidad de vida. (4) El valor de las intervenciones sanitarias se juzga por su impacto sobre la cantidad y la calidad de vida. Siempre ha sido fácil medir la cantidad de vida, pero no así la calidad. La cantidad de vida (tiempo de supervivencia) se utilizó en Oncología como el indicador más frecuente y cómodo para valorar el grado de eficacia terapéutica, por lo que, aun reconociendo que el tiempo de vida sin calidad añadida es un valor cuestionable, es frecuente asumir que el aumento de supervivencia añade un gran valor a las intervenciones sanitarias lo que no siempre es correcto. (5) La evaluación de la calidad de vida en pacientes oncológicos ha sido y es una de las mayores áreas de aplicación de los estudios de calidad de vida. Resulta particularmente importante porque, además de tener el cáncer una terrible connotación psicosocial en la población, los tratamientos son intrusivos en la vida física, emocional y social de estos enfermos. El concepto de calidad de vida es complejo, global, inclusivo y multidisciplinario, con términos como satisfacción, felicidad y bienestar. (6)

El problema para medir la calidad de vida está en la falta de un instrumento único y global capaz de aglutinar todos los componentes que la definen. En 1981 *Spitzer* diseñó un cuestionario específico para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer. Este contiene una única escala para la evaluación global de la calidad de vida, compuesta de diferentes componentes que analizan los aspectos físicos y emocionales que constituyen el concepto de calidad de vida que consta de 15 puntos. (7)

En este contexto se decidió realizar el presente estudio para evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Cáncer.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, descriptivo de corte transversal en pacientes con diagnóstico de cáncer atendidos en el servicio de radioterapia en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología durante el período comprendido de enero a junio del 2013. El universo estuvo formado por todos los pacientes atendidos en el servicio en ese periodo y la muestra quedó constituida por 101 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Los pacientes fueron entrevistados y se les realizó una ficha clínica confeccionada al efecto de la investigación donde se recogieron los aspectos socios demográficos y clínicos. Posteriormente se aplicó la escala *SPITZER* para determinar la calidad de vida. Se utilizó fue la historia clínica como fuente secundaria de información.

Todos los datos obtenidos se procesaron estadísticamente de forma manual con calculadora y se analizaron en una computadora Pentium III con ambiente Windows XP. Los textos se procesaron con Word XP y las tablas se realizaron con Excel XP.

## RESULTADOS

En la tabla 1 se presenta la distribución del validismo para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria, como podemos observar 81 pacientes (80,2%) no presentó dificultades y se valió por sí mismo, 18 pacientes requirió asistencia (17,8%) y solo 2 pacientes no se valieron por sí mismo (1,9 %).

Tabla 1 Distribución según validismo para las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria.

Validismo	No.	Porcentaje
Por sí mismo	81	80,2
Requirió asistencia	18	17,8
No se ha valido por sí mismo.	2	1,9
Total	101	100

Coincide con otros estudios que señalan que los aspectos relacionados con la autonomía, contribuyen en menor medida a la afectación de la calidad de vida y la interferencia de la enfermedad en la cotidianidad de los pacientes no es muy alta. (8-9)

En la tabla 2 se presenta la distribución de la autopercepción de la salud. En la misma se aprecia que predomina el grupo bien de vez en cuando con 57 pacientes para un 56,4%, seguido del grupo bien la mayor parte del tiempo con 42 pacientes lo que representa un 41,5% y del grupo enfermo la mayor parte del tiempo con 2 pacientes para 1,9 %.

Tabla 2 Distribución según autopercepción de la salud.

Autopercepción	No.	Por ciento
Bien la mayor parte del tiempo	42	41,5
Bien de vez en cuando	57	56,5
Muy Enfermo la mayor parte del tiempo	2	1,9
Total	101	100

Existen variables entre las personas con cáncer que afectan sus reacciones frente a la enfermedad y, por tanto, su percepción de bienestar en un momento determinado, tales como los diferentes estados de la enfermedad, la presencia de síntomas y el nivel de alteración del funcionamiento individual, además del hecho de haber experimentado enfermedades previas, el momento de la vida en el que se presenta el padecimiento, la flexibilidad del individuo para adaptarse a la situación y la conciencia y, el impacto del evento en la familia o grupo social primario. (10)

En la tabla 3 se presenta la distribución según nivel de actividad ocupacional y en el hogar, en la misma podemos observar que en el grupo pleno rendimiento o casi se presentan 41 pacientes para un 40,5 % seguido en orden decreciente por 34 pacientes para un 33,6 % que requirieron asistencia y 26 pacientes lo que representa un 25,7 % sin actividad.

Tabla 3 Distribución según nivel de actividad ocupacional y en el hogar.

Nivel de actividad	No.	Por ciento
Pleno rendimiento	41	40,5
Requirió asistencia	34	33,6
No actividad	26	25,7
Total	101	100

Los resultados coinciden con algunos estudios y difieren de otros en los que se reporta dificultades para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas en el 41.7 % de los pacientes y un 39.6 % mostró un poco de impedimento para realizar este tipo de actividades. (11)

En la tabla 6 se presenta la distribución del apoyo familiar según sexo, como podemos observar en el sexo femenino 61 pacientes para un 81,1 % presentaron fuerte apoyo familiar, 4 pacientes para un 5,8 % apoyo limitado y 3 pacientes (4,4 %) apoyo infrecuente. En cuanto al sexo masculino se observa predominio del fuerte apoyo familiar en 21 pacientes para un 63,6 %, el apoyo limitado lo presentan 7 pacientes (21,2 %) y el apoyo infrecuente 5 pacientes para un 15,1 % respectivamente.

Tabla 4 Distribución según apoyo familiar y social.

Nivel de apoyo familiar y social	No.	Por ciento
Fuerte Apoyo	82	81,2
Apoyo limitado	11	10,9
Apoyo infrecuente	8	7,9
Total	101	100

La aparición del cáncer afecta no sólo a la persona que lo padece, sino a toda su unidad familiar. Produce modificaciones en roles, problemas en la comunicación interna y alteraciones en todo su sistema

de vida habitual hasta ese momento. La familia tiene que tratar de encontrar mecanismos de fortaleza para poder colaborar en la adaptación del paciente a la enfermedad. (12)

Estos resultados coinciden con estudio que reporta que el 84,9 % de la muestra mantiene relación con la familia y el 83,0 % mantiene relación con los amigos, considerando su relación con familiares y amistades sin variación un año después de finalizado el tratamiento. (13)

En la tabla 5 se presenta la distribución según las reacciones emocionales. Se aprecia que 57 pacientes que representan el 56,4%, presentó episodios obvios de ansiedad y depresión, 39 pacientes que representan el 38,5% manifestó sentirse calmado y positivo controlando totalmente sus circunstancias personales y solamente 5 pacientes (4,9%) refirió sentirse ansioso o deprimido, constantemente confuso o muy asustado.

Tabla 5 Distribución según reacciones emocionales.

Reacciones emocionales	No.	Por ciento
Calmado y positivo	39	38,5
Episodios obvios de ansiedad y depresión	57	56,4
Ansioso o deprimido constantemente	5	4,9
Total	101	100

Según estudios recientes, se estima que del 20 al 30 % de los pacientes con algún tipo de cáncer sufren síntomas depresivos clínicamente significativos durante alguna etapa de su enfermedad. Sin embargo, se ha encontrado que estos síntomas frecuentemente no son diagnosticados ni tratados, lo que conlleva a desmejoras en la calidad de vida, incremento de tiempo de estancia hospitalaria y complicaciones con los tratamientos. (11)

A pesar de que las tasas de prevalencia son superiores a las de la personas sanas desde el punto de vista médico existe una gran parte de pacientes con cáncer que no desarrollan depresión mayor lo cual sugiere que el cáncer es un factor de riesgo pero no una causa de depresión inevitable. (14)

En la tabla 6 se presenta la distribución de la puntuación del índice de *Spitzer*.

Tabla 6 Distribución según la puntuación del índice de *Spitzer*.

Puntuación	No.	Por ciento
0 punto	0	0
1 punto	0	0
2 puntos	0	0
3 puntos	0	0
4 puntos	5	4,9
5 puntos	8	7,9
6 puntos	14	13,8
7 puntos	15	14,8
8 puntos	29	28,7
9 puntos	17	16,8
10 puntos	13	12,8
Total	101	100

Ningún paciente obtuvo puntuación inferior a 4 puntos. Se observa que predomina la puntuación de 8 puntos con 29 pacientes para un 28,7%, la puntuación de 9 puntos con 17 pacientes para un 16,8% y la de 7 puntos con 15 pacientes para un 14,8 % respectivamente.

Los resultados obtenidos con la utilización del índice de *Spitzer* permiten plantear que en los pacientes estudiados la calidad de vida no resultó significativamente afectada lo que puede ser explicado por la atención médica que reciben en una institución especializada, donde el cuidado multiprofesional, el soporte emocional y la información que se les brinda, no solo centrada en opciones de procedimientos y tratamientos, sino también respecto a todos los cambios físicos y psicológicos que puede presentar su organismo y la preparación para afrontarlos.

Una investigación utilizando la escala de la *EORTC QLQ-C30* reportó que la mayoría de los pacientes percibieron y valoraron su calidad de vida como buena. Utilizando el índice de *karnofsky* otro estudio señala que el 35,4% de los pacientes presentó una calidad de vida buena, y el 36,4% una calidad de vida de regular, siendo ambos grupos los que predominaron. (8,15)

En Cuba un ensayo clínico en pacientes oncológicos, utilizando el cuestionario *EORTC QLQ-C30* se encontraron resultados que no coinciden con los nuestros siendo evaluada la calidad de vida como mala en el 50,2 % de los pacientes, regular en el 35,7 %, y buena en el 12,8 % lo que puede explicarse por tratarse de una evaluación previa a pacientes que iniciaban en un ensayo clínico y que habían concluido los tratamientos oncoespecíficos, ya sea cirugía, quimioterapia y/o radioterapia, que afectan considerablemente sus condiciones tanto físicas, psicológicas como sociales siendo la dimensión física la más afectada no solo por los síntomas de la enfermedad sino también por los efectos adversos que están asociados a los tratamientos impuestos. (16)

La tabla 7 recoge los valores de las medidas resúmenes cuantitativas del índice de *Spitzer*.

Desviación estándar	Valor
Valor promedio	1,65
Variabilidad promedio	7,5
Moda	1,3
Mediana	8
Desviación estándar	8

El valor promedio del índice de *Spitzer* en los pacientes investigados fue de 7,5 puntos, la moda y mediana de 8 puntos, la variabilidad promedio fue de 1,3 puntos y la desviación estándar de 1,65.

La tabla 8 recoge el resultado del índice de *Spitzer* en los dos cánceres más frecuentes en los pacientes estudiados.

Tabla 8 Distribución según la puntuación del índice de *Spitzer* en los dos tipos más frecuentes en los pacientes estudiados.

Puntuación	Cáncer de mama		Cáncer de pulmón	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentaje
0 punto	0	0	0	0
1 punto	0	0	0	0
2 puntos	0	0	0	0
3 puntos	0	0	0	0
4 puntos	2	5,9	2	14,3
5 puntos	2	5,9	3	21,4
6 puntos	3	8,8	3	21,4
7 puntos	7	20,6	1	7,2
8 puntos	10	29,4	2	14,3

9 puntos	4	11,8	2	14,3
10 puntos	6	17,6	1	7,2

Como se aprecia el comportamiento ambos cánceres fue diferente. En el de pulmón el promedio fue de 6,6 y en el de mama fue de 7,7. El resto de los tipos fueron poco presentes en los pacientes estudiados. Lo que coincide con la literatura revisada de que no es similar en los diferentes tipos de cáncer. (10,12, 14, 17)

## CONCLUSIONES

1. El validismo para la realización de las actividades básicas e instrumentadas de la vida diaria presentó un comportamiento favorable predominando el grupo de pacientes que se valieron por sí mismo.
2. En la autopercepción del estado de salud el mayor grupo de pacientes refirió sentirse bien de vez en cuando.
3. El nivel de actividad ocupacional y en el hogar presentó predominio el grupo de pleno rendimiento.
4. Los episodios obvios de ansiedad y depresión fueron las reacciones emocionales que predominaron en los pacientes investigados.
5. El apoyo familiar presentó un comportamiento favorable siendo evaluado de fuerte en la mayoría de los pacientes.
6. La calidad de vida no resultó significativamente afectada en los pacientes investigados y se comportó diferente por tipo de cáncer.

## REFERENCIAS

1. OMS. Nota descriptiva No. 267. Febrero 2014. Disponible en [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/) [Consultada: 8 de enero de 2015]
2. OPS. Cáncer. 2014. Disponible en [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=category&id=1866&layout=blog&Itemid=3904&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1866&layout=blog&Itemid=3904&lang=es) [Consultada: 8 de enero de 2015]
3. MINSAP. Anuario Estadístico de Salud 2013. Disponible en: [http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario\\_2013-esp-e.pdf](http://files.sld.cu/dne/files/2013/04/anuario_2013-esp-e.pdf) [Consultada 10/4/2014]
4. Organización Mundial de la Salud [sitio Web en Internet]. Cáncer, Inc.; 2010 [actualizado Ene 2010; citado Nov 2013]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>.
5. Ferriols Lisart R, Ferriols Lisart F, Alós Almiñana M, Magraner Gil J. Calidad de vida en oncología clínica. Farm Hosp 1995; 19: 315-322.
6. Figueredo K. Cuidados paliativos: una opción vital para pacientes con cáncer de mama. Rev haban cienc méd [revista en la Internet]. 2008 Dic [citado 2013 Dic 10]; 7(4):.Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1729519X2008000400008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729519X2008000400008&lng=es)
7. Ramírez Sosa R. El Hospital Universitario Camilo Cienfuegos ante el envejecimiento de la población espirituana. Gaceta Médica Espirituana 2008; 10(1):21-26.
8. Mercedes del Alba Martínez Gómez. Afrontamiento y calidad de vida en pacientes oncológicos. Trabajo para acreditar experiencia en Licenciatura de enfermería. Universidad Veracruzana. Facultad de Enfermería. Junio 2009. 45.

9. Fernández C, Padierna C, Amigo I, Pérez M, Gracia JM, Fernández R et. al. Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos. Relaciones con el informe médico y estado emocional. *Index Enferm [revista en la Internet]* 2006[citado 2013 Dic 02];15(52): .Disponible en:[http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100007&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100007&script=sci_arttext).
10. Abadía Cubillo K. Ejercicio físico como parte de la atención de los pacientes oncológicos paliativos. Tesis de doctorado en oncología clínica. [sitio Web en Internet]. Universidad de Salamanca. España 2010. [citado 2013 Dic 02] Disponible en: <http://www.cancer.org>.
11. Rizo Vázquez AC, Gasca Hernández E, Molina Luís M, Díaz Torres NV. Enfoque bioético en los cuidados paliativos en pacientes con cáncer de mama avanzado. *Rev Cubana Salud Pública [revista en la Internet]*. 2012 Dic [citado 2013 Dic 10]; 38(4).
12. Rodríguez Rodríguez N Y, Ruiz Valdés Y, Carvajal Herrera A. Conocimientos sobre cuidados paliativos de familiares de pacientes oncológicos. *Rev Cubana Enfermer [revista en la Internet]*. 2007 Dic [citado 2013 Dic 10] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192007000400006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000400006&lng=es).
13. Espantoso R, Fernández C, Padierna C, Amigo I, Villoria E, Gracia JM, Fernández R, Peláez I. Calidad de vida en pacientes oncológicos un año después de finalizado el tratamiento. *Rev Psicooncología* 2007; 4(1):43-57.
14. Gencón Guamán J. Estigma social: cáncer y depresión. *Rev. Oncol Ecu.* Julio-Diciembre 2011. Vol 21(3-4).
15. Soriano M, Cantero R, Olivares M, Cruzado J A, Delgado I, Balibrea J et. al. Efectos de la cirugía laparoscópica en pacientes de cáncer colorectal: calidad de vida, estado emocional y satisfacción. *Rev Psicooncología* 2007;(1):121-132.
16. Arboláez M, Pérez K, Cárdenas P. Calidad de vida de pacientes oncológicos incluidos en ensayos clínicos en Villa Clara, Cuba. *Rev Psicología. com [Internet]*. 2011 [citado Nov 2013]; 14:5. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10401/2787>.
17. Monge Rodríguez FS. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. *Hospital es salud cusco. Rev situa* 2006; 15 (1,2):48-54.