

**UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO**



CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER GINECOLÓGICO

DAVID ESTUARDO SUAREZ MOTA

Tesis

Presentada ante las autoridades de la
Escuela de Estudios de Postgrado de la
Facultad de Ciencias Médicas
Maestría en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Para obtener el grado de
Maestro en Ciencias Médicas con Especialidad en Ginecología y Obstetricia
Enero 2017



ESCUELA DE
ESTUDIOS DE
POSTGRADO

Facultad de Ciencias Médicas Universidad de San Carlos de Guatemala

PME.01.012.2017

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

ESCUELA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HACE CONSTAR QUE:

El (la) Doctor(a): David Estuardo Suárez Mota

Carné Universitario No.: 200614407


Ha presentado, para su EXAMEN PÚBLICO DE TESIS, previo a otorgar el grado de Maestro(a) en Ciencias Médicas con Especialidad en **Ginecología y Obstetricia**, el trabajo de tesis **CALIDAD DE VIDA DESPUÉS DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER GINECOLÓGICO**


Que fue asesorado: Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Y revisado por: Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez MSc.

Quienes lo avalan y han firmado conformes, por lo que se emite, la **ORDEN DE IMPRESIÓN para enero 2017**.

Guatemala, 12 de septiembre de 2016


Dr. Carlos Humberto Vargas Reyes MSc.
Director
Escuela de Estudios de Postgrado


Dr. Luis Alfredo Ruiz Cruz MSc.
Coordinador General
Programa de Maestrías y Especialidades

/mdvs

2ª. Avenida 12-40, Zona 1, Guatemala, Guatemala
Tels. 2251-5400 / 2251-5409
Correo Electrónico: especialidadesfacmed@gmail.com

Guatemala, 6 de noviembre de 2015

Doctor

Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.

Coordinador Específico

Maestría en Ginecología y Obstetricia

Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis **"CALIDAD DE VIDA DESPUES DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER GINECOLÓGICO"** perteneciente al **Dr. David Estuardo Suárez Mota**; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"

Jorge David Alvarado Andrade
GINECOLOGO Y OBSTETRA
COL. 11,112
INSTITUTO GUATEMALTECO DE SEGURIDAD SOCIAL
I.G.S.S.

Dr. Jorge David Alvarado Andrade MSc.

Ginecólogo y Obstetra

Asesor de Tesis

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Guatemala, 6 de noviembre de 2015

Doctor
Oscar Fernando Castañeda Orellana, MSc.
Coordinador Específico
Maestría en Ginecología y Obstetricia
Hospital Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

Respetable doctor:

Por este medio le envío el informe final de Tesis **"CALIDAD DE VIDA DESPUES DEL TRATAMIENTO DE CÁNCER GINECOLÓGICO"** perteneciente al **Dr. David Estuardo Suárez Mota**; el cual ha sido revisado y **APROBADO**

Sin otro particular, de usted deferentemente

"ID Y ENSEÑAD A TODOS"



Dr. Edgar Rodolfo Herrarte Méndez, MSc.

Ginecólogo y Obstetra

Revisor de Tesis

Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

ÍNDICE DE CONTENIDOS

ÍNDICE DE TABLAS.....	i
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	ii
RESUMEN.....	iii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. ANTECEDENTES.....	2
III. OBJETIVOS.....	12
IV. HIPOTESIS.....	13
V. MATERIAL Y METODOS.....	14
VI. RESULTADOS.....	19
VII. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	27
7.1 CONCLUSIONES.....	30
7.2 RECOMENDACIONES.....	31
VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	32
IX. ANEXOS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla No. 1	19
Tabla No.2	20
Tabla No. 3.....	20
Tabla No. 4.....	22
Tabla No. 5.....	22
Tabla No. 6.....	23
Tabla No. 7.....	23
Tabla No. 8.....	23
Tabla No. 9.....	24
Tabla No. 10.....	24
Tabla No. 11.....	25
Tabla No. 12.....	25
Tabla No. 13.....	26

ÍNDICE DE GRÀFICAS

Gràfica No. 1.....	19
Gràfica No. 2.....	21
Gràfica No. 3.....	21

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovario mayor a 6 meses que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico tratadas en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Enero a Diciembre en el año 2014.

METODOLOGÍA: Se realizó un estudio transversal analítico de la calidad de vida de pacientes con diagnóstico de cáncer de cérvix, mama, endometrio y ovarios mayor a 6 meses, que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico y que acuden a la consulta externa de Oncología Ginecológica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social de Enero a Diciembre de 2014. Se determinó la calidad de vida en sus cuatro dimensiones: física, emocional/psicológica, social y ocupacional por medio de revisión de historias clínicas y la encuesta realizada a todas las pacientes. Se incluyeron en la muestra por conveniencia a todas las pacientes que cumplieron los criterios de inclusión.

RESULTADOS: El 37% de pacientes se encuentran en el rango de edad de 35-45 años y la mayoría acuden por diagnóstico de cáncer de cérvix. El tratamiento que se dio en un 49% fue histerectomía abdominal más salpingooforectomía bilateral. El 69% de las pacientes ha presentado síntomas de depresión. En cuanto a los factores de riesgo para una mala calidad de vida, de los cuales se asociaron según un intervalo de confianza del 95%. Se puede interpretar que hay un alto riesgo de una mala calidad de vida con las pacientes que presentaron deseo suicida y rechazo por parte de su pareja según el RR obtenido con una P: 0.0029 y 0.0032 respectivamente.

CONCLUSIONES: Más del 70% de las pacientes con cáncer ginecológico tienen mala calidad de vida. Más de la mitad de pacientes evaluadas presentaron síntomas de depresión y en su mayoría se presentaron 1 a 2 años post tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Cáncer de mama, cérvix, ovario, endometrio, oncología ginecológica, transversal analítico.

I. INTRODUCCIÓN

Es evidente la importancia y el interés sobre la calidad de vida después del tratamiento de cáncer ginecológico. En un país como Guatemala, donde la incidencia de cáncer ginecológico es diferente, en comparación con países desarrollados, debido a los factores de riesgos y las condiciones de vida. Además, el contexto social, económico y de salud en el que las pacientes guatemaltecas se enfrentan, genera interés para mejorar los conocimientos y así poder ofrecer un mejor tratamiento integral.

El presente estudio incluye a pacientes con cáncer de cérvix, ovarios, endometrio y mama; independientemente del estadio y del tratamiento que hayan recibido. El tratamiento quirúrgico incluye mastectomía, cirugía conservadora de mama e hysterectomía con o sin ooforectomía, ooforectomía, citorreducción, laparotomía exploratoria y quimioterapia. El tratamiento médico incluye quimioterapia y radioterapia.

Se busca determinar la calidad de vida en las pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico al evaluar sus 4 componentes; afecciones físicas, aspectos psicológicos y emocionales, factores sociales y ocupacionales. Cada componente tiene varios aspectos a evaluar, que en conjunto, identificaran a las pacientes con buena o mala calidad de vida. Cada aspecto representa un pilar importante en la vida de cualquier persona, pero tiene mayores implicaciones en pacientes con este tipo de patologías.

La calidad de vida, refleja la percepción que tienen los individuos acerca de sus necesidades; evalúa si están siendo satisfechas o bien se les están negando oportunidades de alcanzar la autorrealización con independencia de su estado de salud físico o de las condiciones sociales y económicas. Otros problemas que afectan la calidad de vida del paciente están relacionados con preocupaciones por una alteración de sus actividades habituales como: pérdida de trabajo, pérdida de estudios y aumento de los gastos económicos, sentimiento de “carga” para la familia, afectando la elección y adherencia al tratamiento más adecuado.

Al generar nuevos conocimientos y una nueva perspectiva acerca del manejo de las pacientes post tratamiento para cáncer ginecológico se podrá entender que debe ser integral. Podemos mejorar la calidad de vida a cada una de ellas y brindarles las mejores opciones terapéuticas en conjunto con psiquiatría, psicología, oncología médica, medicina física y rehabilitación.

II. ANTECEDENTES

2.1 DEFINICIÓN

La bibliografía ha destacado la necesidad de evaluar la calidad de vida posterior a la enfermedad y el tratamiento primario del cáncer de mama, debido al elevado índice de supervivencia actual, pero son escasos los estudios que han indagado en ello. (1) Algunas investigaciones sugieren que es en la fase posterior, de recuperación del tratamiento primario, cuando las pacientes son más objetivas al evaluar su calidad de vida, y más receptivas a las recomendaciones sobre su salud. El control del cáncer es actualmente una de las prioridades en salud pública dada la mortalidad y morbilidad que produce esta enfermedad y el coste sanitario, económico y humano que acarrear tanto la enfermedad como su tratamiento. (2)

La cirugía y el tratamiento del cáncer ginecológico afecta a las pacientes en diferentes áreas de su vida. Se ha descrito la elevada incidencia de síntomas físicos, psicológicos, y sociales. Numerosos estudios han señalado que una vez superada la fase crítica de la enfermedad y el tratamiento primario (cirugía, quimioterapia, radioterapia, y otros tratamientos), las pacientes deben adaptarse a las situaciones que les plantea su nueva realidad, como la presencia de síntomas somáticos, los cambios de roles en la sociedad, las alteraciones de la imagen corporal, efectos adversos de sus tratamientos y que las afecta en diferentes áreas de su calidad de vida.

La curación de un proceso neoplásico no siempre es posible, por lo que durante las últimas décadas los estudios oncológicos realizados buscaban una mejor comprensión de la naturaleza del cáncer que permitiese obtener para los pacientes supervivencias cada vez mayores. Estos estudios se realizaban con el fin de conseguir técnicas quirúrgicas más depuradas, fármacos más eficaces y con menos efectos adversos, etc. Sin embargo, una vez concluidos los estudios ha sido necesario reconducir los resultados obtenidos debidos al elevado coste económico que suponen estos tratamientos y a las escasas variaciones de supervivencia logradas. Hoy día se habla de aumentar el tiempo libre de enfermedad, ya que prolongar la supervivencia con un deterioro importante, yatrogenia y continua medicación y atención no parece ser una estrategia terapéutica satisfactoria.

2.2 EPIDEMIOLOGÍA

Esto ha motivado la introducción de innovaciones metodológicas en estos ensayos, como puede ser la valoración de la calidad de vida de los pacientes como un parámetro significativo. (3)

Los cánceres ginecológicos son cualquier tipo de cáncer que se origina en los órganos reproductores de la mujer. Hay seis tipos principales de cánceres ginecológicos: cáncer de cuello uterino, ovario, útero, mama vagina y vulva. (4 y 5)

La función sexual es el aspecto de la calidad de vida más seriamente comprometido con el que se enfrentan las mujeres después del tratamiento del cáncer ginecológico⁵.

A medida que incrementa la población de supervivientes al cáncer, se requerirá mayor atención a las mujeres que tienen estas preocupaciones. Resulta fundamental incrementar la atención sobre la salud sexual después del cáncer ginecológico. Aunque con frecuencia no se reconoce el impacto del cáncer ginecológico y de su tratamiento sobre la función sexual, éste es uno de los aspectos que más comprometen la calidad de vida con el que se enfrentan estas mujeres. (6) Para muchas pacientes con cáncer ginecológico, la vida tras el tratamiento implica aprender a sobrellevar serios problemas sexuales a largo plazo. Muchos interpretan el cáncer como una enfermedad crónica con secuelas multifactoriales, incluyendo las físicas, psicosociales y vocacionales. Más de 900.000 mujeres diagnosticadas con neoplasias primarias ginecológicas durante los pasados 20 años están vivas en la actualidad. (7)

2.3 SUPERVIVENCIA

La supervivencia relacionada con los beneficios del tratamiento con frecuencia tiene la contrapartida de unos efectos secundarios que pueden disminuir la calidad de vida. Las repercusiones más habituales sobre la función sexual incluyen la pérdida del deseo sexual, la dispareunia, la pérdida de sensibilidad en el área genital y la disminución de la capacidad para conseguir el orgasmo. (9)

La mayoría de definiciones no indican de forma práctica cómo medir y valora la calidad de vida. 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. Una primera aproximación

la realizó Breslow et al. que estudiaron el estado de salud y bienestar en una muestra de población en Alameda, California. Para ello adoptaron la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) como guía de valoración de la población, basándose en aspectos físicos, emocionales y sociales del bienestar. Sin embargo, no contemplaba el grado de satisfacción del paciente que lleva implícito el término calidad de vida.

2.4 CONSECUENCIAS

Posteriormente, comenzaron a utilizarse diferentes índices para valorar la calidad de vida. Así, destaca en primer lugar el índice funcional de Karnofsky utilizado con la finalidad de cuantificar la calidad de vida en pacientes oncológicos. Es una escala ordinal desarrollada por médicos con intención de obtener información para realizar un diagnóstico, determinar un tratamiento y valorar una respuesta clínica. Pero la exactitud y reproductibilidad de la escala de Karnofsky tiende a ser pobre, confiriéndole una escasa fiabilidad y validez. (9)

Los cánceres ginecológicos pueden tener un efecto importante sobre la función sexual de las mujeres. El tratamiento en muchas pacientes es la cirugía radical, la cual puede ser física y psicológicamente mutilante⁵. Por ejemplo, las mujeres con cáncer cervicouterino a las que se les realiza una histerectomía radical o radioterapia pelviana pueden presentar acortamiento de la vagina y falta de lubricación durante el coito, lo que provoca dolor.

Aunque la mutilación provocada por la cirugía vulvar radical es profunda, las mujeres también pueden presentar efectos adversos sobre el funcionamiento sexual del tratamiento del cáncer de ovario o útero debido a la histerectomía, la ooforectomía, salpingectomía, la quimioterapia y la deficiencia resultante de estrógeno. (10) El deterioro de la función sexual es sin dudas multifactorial y las reacciones psicológicas al cáncer ginecológico pueden provocar problemas en el funcionamiento sexual.

Los mismos pueden incluir: trastornos del estado de ánimo, el género y la identidad sexual y la imagen corporal; pérdida del control de los sistemas corporales; trastorno de las oportunidades normales para el comportamiento íntimo y la infertilidad. (11)

Hasta el 63% de las pacientes con más de 55 años y el 37% de las que tienen menos de 55 años de edad tratadas por cáncer ginecológico no son sexualmente activas después del tratamiento. (8) Incluso si se aceptan los factores de confusión obvios de la edad y la

actividad sexual previa, esta medida puede ser una subestimación de los problemas sexuales después del cáncer ginecológico. Como la sexualidad misma no es una medida objetiva, se desprende que la evaluación de la función sexual es subjetiva y se debe operacionalizar según las experiencias ideales y reales¹². El reinicio de la actividad sexual no es sinónimo de reanudación de una relación sexual plena, al igual que la posibilidad anatómica de la función sexual no garantiza la reanudación de una actividad sexual satisfactoria¹³.

Tanto el cáncer como los efectos a los tratamientos a los que son sometidas las pacientes frecuentemente provocan cambios hormonales, sexuales, reproductivos, así como, alteraciones psicológicas y sexuales. En el ámbito psicológico las pacientes pueden presentar ansiedad, depresión, distorsión de la imagen corporal y baja autoestima. Otro factor a considerar es el relacionado con la imagen negativa que tiene el paciente y su familia sobre el diagnóstico de cáncer. Esta enfermedad tiene una representación social que se asocia con muerte, daño y sufrimiento. (14)

La enfermedad oncológica es acompañada de repercusiones psicológicas, sociales, en la calidad de vida y los recursos de afrontamiento que pueden emplear las personas a la hora de aceptar y convivir con la enfermedad. La calidad de vida se refiere a la evaluación subjetiva con dimensiones positivas y negativas relacionándose en un contexto cultural, social y ambiental determinado, implica el equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades; que cotidiana y habitualmente son términos de satisfacción, felicidad y capacidad para afrontar los acontecimientos por venir. (15)

Para la mayoría de los pacientes oncológicos, afrontar la situación se convierte en una de las actividades más importantes durante el transcurso de la enfermedad. Los diversos recursos de afrontamiento y el cómo adoptarlos, es un factor de vital importancia para el paciente, ya que puede ser un determinante en la iniciación y transcurso de la enfermedad. (16)

El cáncer es una enfermedad con un compromiso físico importante y una connotación asociada a una situación "terminal", la mayoría de los pacientes experimentan este diagnóstico como uno de los acontecimientos más traumáticos y perturbadores. El recurso de afrontamiento más utilizado por los pacientes es la "revalorización positiva. (17) Los

recursos de afrontamiento no intervienen con la evaluación que hacen los pacientes en torno a su estado físico general de salud.

Los recursos de afrontamiento más comunes que los pacientes oncológicos utilizan son: Búsqueda de información de apoyo y confrontación, atribución, acción impulsiva, evitación de confrontaciones, afrontamiento activo y negación. (18) Los factores protectores como la ausencia del conocimiento de la enfermedad y creencias adquiridas por el entorno, influyen frente a posibles alteraciones psicológicas que produce el estar consciente de las consecuencias del cáncer, pudiendo afectar así la percepción de su calidad de vida, sin hacer a un lado la importancia del nivel cultural de la población.

Los diversos recursos de afrontamiento que los individuos adoptan pueden ser o no efectivas, esto dependerá de si dichos recursos ayudan a resolver el problema, ya sea cambiando las condiciones ambientales, modificando la percepción de las mismas o del manejo pertinente de las respuestas emocionales, estos recursos depende de una doble valoración: el grado de amenaza que supone la enfermedad y los recursos que tiene para enfrentarse a ella. (18) Así mismo, las expectativas que tenga el paciente oncológico hacia la enfermedad y hacia sí mismo son las que van a condicionar dichos recursos de afrontamiento.

Diversos autores han afirmado que la adaptación a una vida con cáncer se considera relativa a la reducción de las emociones negativas manteniendo un nivel razonable de calidad de vida. Por otra parte también disminuye inevitablemente cuando la enfermedad avanza gradualmente, aun cuando los pacientes logran informar una mejoría por el hecho de la reducción de algunos de sus síntomas o una mayor atención médica. (19) Por encima de un nivel mínimo, el determinante de la calidad de vida es el “ajuste” o la “coincidencia” entre las características de la situación (de existencia y oportunidades) y las expectativas, capacidades y necesidades del individuo, tal y como el mismo las percibe.

Así mismo, los factores que influyen en la calidad de vida son de carácter físico, psicológico, laboral, sociales y familiares, los cuales tienen la función implícita de mejorar el bienestar subjetivo de los pacientes con cáncer, por ende, la calidad de vida. (19)

2.5 CURACIÓN

La curación de un proceso neoplásico no siempre es posible, por lo que durante las últimas décadas los estudios oncológicos realizados buscaban una mejor comprensión de la naturaleza del cáncer que permitiese obtener para los pacientes supervivencias cada vez mayores. (20) Estos estudios se realizaban con el fin de conseguir técnicas quirúrgicas más depuradas, fármacos más eficaces y con menos efectos adversos, etc. Sin embargo, una vez concluidos los estudios ha sido necesario reconducir los resultados obtenidos debidos al elevado costo económico que suponen estos tratamientos y a las escasas variaciones de supervivencia logradas. (21)

Hoy en día se habla de aumentar el tiempo libre de enfermedad, ya que prolongar la supervivencia con un deterioro importante, iatrogenia y continua medicación y atención no parece ser una estrategia terapéutica satisfactoria. Esto ha motivado la introducción de innovaciones metodológicas en estos ensayos, como puede ser la valoración de la calidad de vida de los pacientes como un parámetro significativo. (22)

El cambio de mentalidad del oncólogo clínico respecto a las posibilidades de tratamiento de algunos tumores han posibilitado este auge en el interés por los temas relacionados con la calidad de vida. Ante la incapacidad de los tratamientos en prolongar la supervivencia del paciente neoplásico de forma significativa cobran importancia aquellos parámetros relacionados con el bienestar físico y mental del individuo. (23) Por ello resulta muchas veces más interesante mejorar la calidad de vida de estos pacientes que lograr una mejora de unos meses en su supervivencia.

Para el paciente con cáncer, el apoyo de su familia es básico, y no solo porque le ayuda a mejorar la calidad de vida que tendrá durante el curso de su enfermedad, sino porque un estado emocional adecuado puede mejorar la respuesta terapéutica. Evitar situaciones de estrés asociado hacen más llevaderas las reacciones y síntomas propios de la patología y mejoran la eficacia de los tratamientos recibidos. (24) De la misma manera que aparecen efectos secundarios en el organismo, también se sufren cambios en el estado de ánimo mientras se recibe el tratamiento.

Tener miedo, sentirse angustiado o deprimido es bastante habitual, entre otras cosas por los cambios en las actividades diarias, por ejemplo, adaptar los horarios a las sesiones programadas. Normalmente el impacto del diagnóstico, los efectos secundarios de los tratamientos y los forzosos cambios en la vida cotidiana afectan, en algunos momentos y en grado variable, a la afectividad y la sexualidad de la pareja. Para tener una buena comunicación es necesario estar en un estado receptivo, es decir, estar dispuesto no solamente a ser escuchado, sino a escuchar.

Además de la palabra hablada y escrita nos comunicamos a través de los gestos, de la postura física, del tono de voz, o de los momentos que elegimos para hablar (25).

Es importante recordar que la pareja también sufre y puede experimentar, entre otros, sentimientos de miedo, rabia, negación, ansiedad ante el futuro, etc. Una buena y eficiente comunicación entre ambos es elemento clave para mejorar las relaciones y calidad de vida. (26)

Compartir honestamente pensamientos y sentimientos ayuda a mejorar la relación de pareja. Hay ocasiones en las que una persona necesita tomarse un tiempo para procesar sus preocupaciones y sentimientos a su manera y prefiere no comunicarse en ese momento. (27) Algunas veces la mejor forma de comunicarse es simplemente escuchando: escuchar es también una forma de mostrar que estamos a su lado; otras, incluso, estando junto a la otra persona en silencio.

En la dimensión psicológica, la depresión y ansiedad son frecuentes, los temores más comunes son: miedo a la recurrencia, a la mutilación causada por la mastectomía, a perder la feminidad, al dolor, a perder independencia, incertidumbre ante el futuro y miedo a morir. (28)

Desde el punto de vista de la dimensión física los aspectos más relevantes son alopecia, fatiga, náuseas, pérdida de apetito, dolor y disfunción sexual. Las dimensiones social y ocupacional se pueden unificar, puesto que se altera tanto el rol para desempeñar actividades laborales o del hogar como las relaciones sociales.

La frase "calidad de vida" ha significado diferentes cosas en los diferentes períodos de este siglo. Este concepto entró en el vocabulario de los Estados Unidos hacia el final de la Segunda Guerra Mundial, e implicó un concepto de "buena vida" o la riqueza evidenciada por la posesión de carros, casas y otros bienes materiales. Luego, el dinero y el tiempo libre para actividades de ocio, empezaron a formar parte del concepto.

El reporte de la Comisión como Objetivos Nacionales, iniciada por el presidente Eisenhower en 1960, amplió el rango de elementos que constituyen la calidad de vida, al incluir aspectos como la educación, la salud y el bienestar. Sin embargo, la mayor innovación se observó en los años sesenta, cuando se dio un cambio de énfasis de una visión materialista de la calidad de vida, hacia una visión enfocada a las emociones, el goce y el disfrute. Desde 1970 en adelante, se vio un aumento de interés en la calidad de vida durante la enfermedad y el tratamiento, pues concurrentemente con los avances tecnológicos, los pacientes empezaron a demandar que sus doctores tomaran una visión más holística de los problemas médicos.

Esta aproximación que establece que la calidad de vida es: "el grado de satisfacción de los pacientes con su nivel de bienestar físico, mental y social, comparado con el que ellos perciben que es posible o ideal". Así esta definición sugiere que la enfermedad compromete no solo la integridad biológica del hombre, sino también su bienestar psicológico, social y económico.

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno". De este modo, es posible afirmar que la calidad de vida es un fenómeno multifacético, que implica una variedad de dimensiones y no únicamente el funcionamiento físico. (29)

La Organización Mundial de la Salud ha definido el estado de salud como el bienestar físico, mental y social, y no como la ausencia de enfermedad. Esta definición se tomó como base para establecer el carácter multifactorial de la calidad de vida y la conveniencia de que sean los propios pacientes quienes evalúen su calidad de vida debido al énfasis del concepto de bienestar en la definición de salud.

Así, cuando sea posible, se recomienda la valoración por parte de los pacientes de su propio estado de salud expresado como calidad de vida, dando mayor importancia a aquellos que tienen un mayor interés para el propio paciente. El paciente es el que establece el mejor control con el que comparar su actual calidad de vida.

Los factores específicos considerados más satisfactorios o insatisfactorios por el paciente en un determinado momento pueden alterarse. Sin embargo, la calidad de vida atribuible puede permanecer estable o variar dependiendo de cómo fluctúen o interaccionen estos factores entre sí.

Tradicionalmente los resultados de las intervenciones terapéuticas empleadas se han evaluado en términos objetivos en los que se valora únicamente los conceptos clásicos de curación, supervivencia, morbilidad, etc. Pero estos parámetros no tienen en cuenta, en la mayoría de las ocasiones, la opinión del paciente, estableciendo como prioridad fundamental obtener la curación. Cuando la curación no es posible lo que se plantea es el aumentar la supervivencia, pero en muchas ocasiones el beneficio que se consigue en términos de supervivencia es escaso, la mayoría de las veces a base de tratamientos con importantes efectos secundarios y con un elevado coste económico. Esto ha llevado a los médicos en general y a los oncólogos en particular a buscar otros objetivos con el tratamiento que administramos.

La evaluación de la Calidad de Vida, tal como decíamos, ayuda a mejorar la atención que se ofrece a los pacientes y a sus cuidadores. En este sentido, es de gran utilidad para dichos pacientes y cuidadores y para los profesionales. Dicha evaluación tiene diferentes aplicaciones: es clave a la hora de valorar los tratamientos oncológicos nuevos, siendo en algunos países como Canadá obligatoria su medida antes de aprobar un tratamiento nuevo. La valoración de la Calidad de Vida es importante además en el trabajo diario con los pacientes.

En este sentido, permite afinar las intervenciones que se hacen con un paciente, ayudar a decidir el tratamiento que puede ser más adecuado para él; o favorecer la detección temprana de síntomas.

Las personas con cáncer se muestran en general colaboradoras ante las evaluaciones de su Calidad de Vida, y suelen agradecer que se preste atención a las diferentes áreas de su Vida. En un número importante de casos, dichas evaluaciones, al realizarse en forma de

entrevistas permiten ofrecer un apoyo emocional a los pacientes. La evaluación de la Calidad de Vida tiene además otras funciones, como ayudar a valorar y mejorar los Servicios de un hospital, o un modelo de atención, como son los cuidados paliativos que se realizan a domicilio.

Dentro de la valoración de la Calidad de Vida tiene un papel fundamental la metodología que aporta la Psicología, entre otras funciones, desarrollando cuestionarios, realizando diseños de evaluación o integrando los valores de Calidad de Vida con otras variables relacionadas con la enfermedad y el tratamiento. Por ello se recomienda una valoración individualizada de los diferentes componentes de la calidad de vida y posteriormente una valoración global del mismo. De este modo podríamos observar, en un determinado ensayo, qué dimensiones de la calidad de vida varían y optar por el test que mejor se adapte para la valoración de estos factores. (30)

III. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

3.1.1 Determinar la calidad de vida de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovario mayor a 6 meses que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

3.2.1 Identificar las secuelas físicas más frecuentes de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovarios mayor a 6 meses que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico

3.2.2 Describir los aspectos de la dimensión psicológica y emocional más afectados de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovarios mayor a 6 meses que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico

3.2.3 Establecer los factores sociales más afectados de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovarios mayor a 6 meses que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico

3.2.4 Identificar las consecuencias ocupacionales más frecuentes de las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovarios mayor a 6 meses que recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico

IV. HIPOTESIS

4.1 Hipótesis nula:

Las pacientes con cáncer ginecológico no tienen mala calidad de vida

4.2 Hipótesis alterna:

Las pacientes con cáncer ginecológico tienen mala calidad de vida

V. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1 TIPO Y DISEÑO

Transversal analítico

5.2 POBLACIÓN A ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico (mama, cérvix, ovarios y endometrio) que ya recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico mayor a 6 meses y que acuden a la consulta externa del Oncología Ginecológica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 2014.

5.3 SELECCIÓN Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

Debido a la cantidad de pacientes se tomó una muestra por conveniencia, se evaluó a toda la población que cumple con criterios de inclusión debido al gran porcentaje de pacientes con criterios de exclusión.

5.4 UNIDAD DE ANÁLISIS

Aspectos sociales, ocupacionales, físicos y psicológicos de las pacientes con diagnóstico de cáncer ginecológico mayor a 6 meses que ya recibieron tratamiento médico y/o quirúrgico que acuden a la consulta externa del Oncología Ginecológica del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social en el año 2014.

5.5 CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Inclusión:

- Pacientes de cualquier edad con cáncer ginecológico que acuden al Instituto Guatemalteco de Seguridad Social que ya recibieron tratamiento para cáncer ginecológico con expediente completo.

Exclusión:

- Pacientes con enfermedades crónicas concomitantes.
- Pacientes con diagnósticos psiquiátricos.
- Pacientes que no continuaron con el tratamiento.

5.6 DEFINICIÓN DE CASO/CONTROL O CASO/NO CASO (CUANDO APLICA):

Aplica expuestos y no expuestos.

Expuestos: pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico con mala calidad de vida. Se toma como expuestos a dichos pacientes habiendo asignado un valor en una escala numérica a las preguntas de la encuesta que las clasifica con buena y mala calidad de vida según los múltiples factores evaluados durante el año 2014.

No expuesto: pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico con buena calidad de vida con tratamiento quirúrgico. Se asignó un valor en una escala numérica a las preguntas de la encuesta que las clasifica con buena y mala calidad de vida según los múltiples factores evaluados durante el año 2014

5.7 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Tipo de variable	Escala	Instrumento
Cáncer Ginecológico	Cáncer de mama, cérvix, endometrio y ovarios.	Paciente con diagnóstico de cáncer de mama, cervicouterino y ovarios.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos.
Tratamiento de cáncer ginecológico	Tratamiento médico y quirúrgico para cáncer ginecológico	Tratamiento médico y quirúrgico para cáncer ginecológico	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Dimensión psicológica	Aspecto psicológico y emocional.	Presencia de ansiedad, depresión y baja autoestima	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Dimensión física	Aspecto físico	Presencia de limitaciones para realizar actividades diarias, presencia de problemas de la vida sexual y presencia de fatiga.	Cualitativa	Nominal	Boleta de recolección de datos
Dimensión ocupacional	Aspecto laboral.	Presencia de desempleo, disminución del ingreso económico familiar y discriminación en empleos por su condición.	Nominal	Cualitativa	Boleta de recolección de datos
Dimensión Social	Aspectos de la vida social y rol en la sociedad.	Ausencia a grupos y reuniones sociales a las que antes acudía.	Nominal	Cualitativa	Boleta de recolección de datos
Calidad de vida	Afecciones física, psicológica, emocional, ocupacional y social.	Cada aspecto tendrá un puntaje y según dicho dato se catalogará como buena o mala calidad de vida	Nominal	Cualitativa	Boleta de recolección de datos

5.8 TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS

5.8.1 TECNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

5.8.1.1 TECNICAS

Durante la consulta externa en horario matutino se realizó un listado de las pacientes que asistieron a consulta externa de Oncología Ginecológica del Hospital de Ginecoobstetricia con diagnóstico de cáncer ginecológico que cumplieran con los criterios de inclusión durante el periodo del estudio. Se les realizo la invitación a participar en el estudio, firmando consentimiento informado.

5.8.1.2 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Boleta de recolección de datos

5.8.2 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCION DE DATOS

Posteriormente a las pacientes que decidieron participar en el estudio voluntariamente, se les realizo las preguntas de la boleta de recolección de datos. Se buscó en el Servicio de Registros Médicos los expedientes para corroborar diagnósticos, tiempo de evolución, tratamiento y evaluar si cumplieran con criterios de inclusión debido a que algunos datos eran desconocidos para las pacientes o se debían corroborar.

5.8.3 PLAN DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

5.8.3.1 PROCESAMIENTO

Se ingresaron los datos al programa Microsoft Excel 2007, para crear una base de datos, los cuáles sirvieron para su análisis.

5.8.3.2 ANALISIS DE DATOS

Posteriormente dichos datos fueron evaluados por medio de EpiInfo del cual se obtuvo el análisis estadístico, el cual ayudo a la formación del análisis final de estudio, así como conclusiones y recomendaciones.

5.9 ALCANCES Y LIMITES DE LA INVESTIGACIÓN

5.9.1 ALCANCES

- Crear un precedente sobre la importancia del manejo integral de la paciente oncológica
- Sugerir la modificación del protocolo actual sobre el manejo de la paciente oncológica

5.9.2 LIMITACIONES

- Se observó un gran porcentaje de pacientes con criterios de exclusión
- Múltiples papeletas faltantes y datos incompletos en pacientes que se podían incluir en la muestra
- Ausencia de datos sobre la evolución y tratamiento
- Mal apego al tratamiento actual de las pacientes
-

5.10 ASPECTOS ETICOS:

Consentimiento informado:

Se explicó a cada paciente los objetivos del estudio y la forma de recolección de datos. Se trata de un estudio Categoría I ya que no implica riesgo para las pacientes ya que utiliza técnicas observacionales como la revisión de expedientes y boleta de recolección de datos. No se realiza ninguna intervención directa en la evolución y tratamiento.

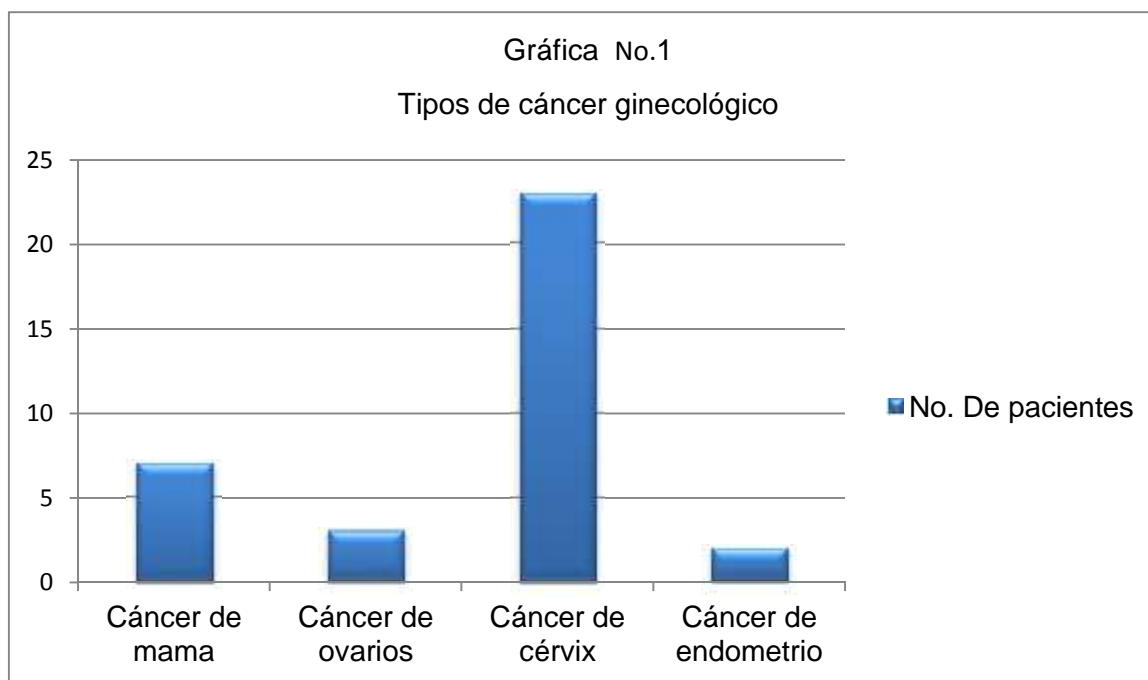
VI. RESULTADOS

Tabla No. 1

Edad de las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Edad	No. De pacientes	Porcentaje (%)
<35 años	2	6
35-45 años	13	37
46-55 años	8	23
56-65 años	7	20
>65 años	5	14
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos



Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 2

Tratamiento quirúrgico/médico de las pacientes con cáncer ginecológico

Tipo de tratamiento	No. De pacientes	Porcentaje (%)
Tratamiento medico	14	40
Tratamiento quirúrgico	21	60
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 3

Secuelas físicas* de las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

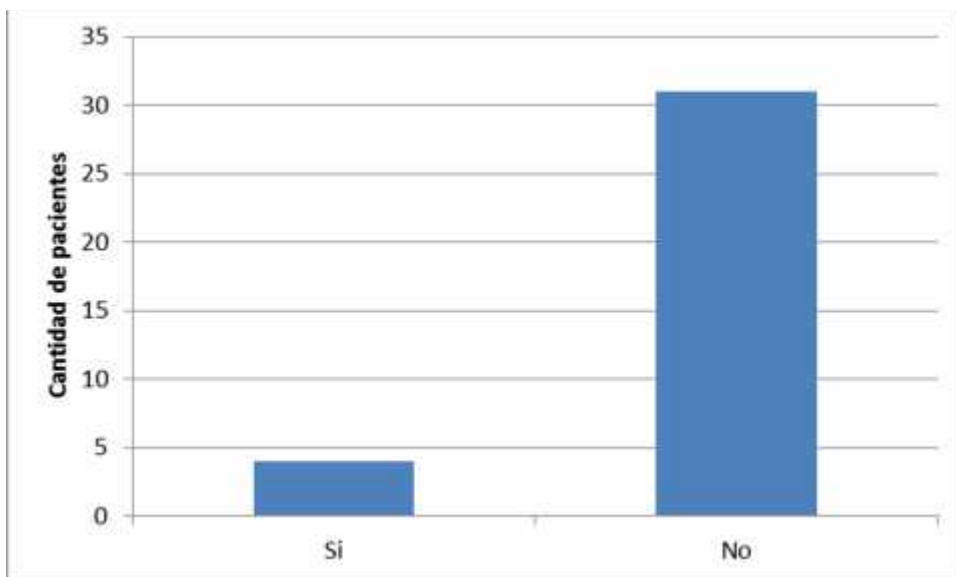
Síntomas	No. De pacientes	Porcentaje (%)
Dolor pélvico crónico	18	51
Resequedad vaginal	10	29
Prurito/Inflamación/Flujo vaginal	12	34
Dispareunia	10	29
Dolor torácico crónico	2	6
Edema miembros inferiores	1	3
Sofocos/Bochornos	10	29
Cefalea/Mareos	4	12
Pérdida del deseo sexual / Dispareunia	21	60
Cansancio excesivo	17	49
Perdida de peso	17	49

*Se reporta mayor cantidad de pacientes que el total de la muestra debido a que las pacientes reportaron más de una secuela física

Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica No. 2

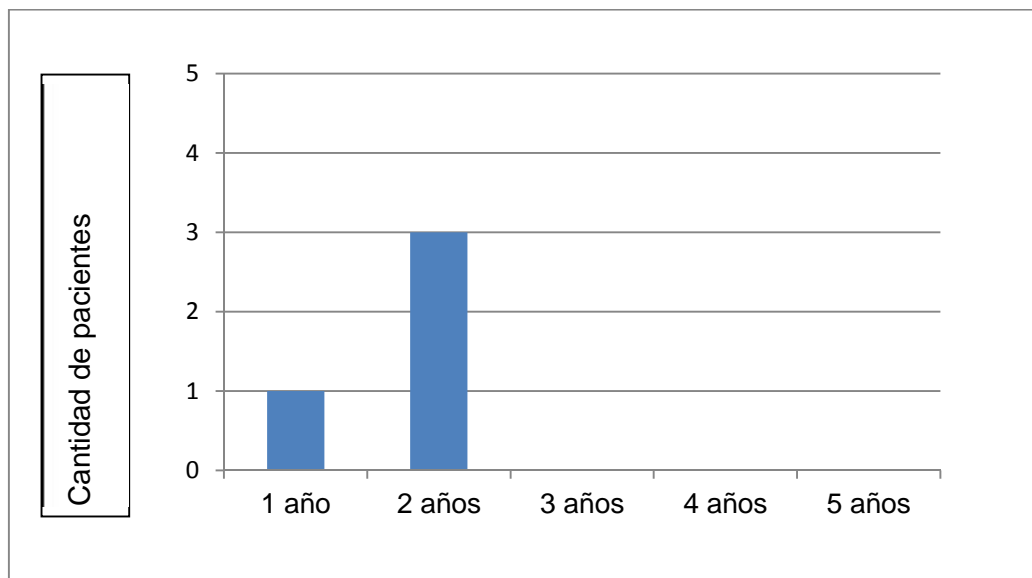
Pacientes con deseo de quitarse la vida con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico



Fuente: Boleta de recolección de datos

Gráfica No. 3

Momento después del diagnóstico en el que presentaron deseo de quitarse la vida las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico



Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 4

Pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico que han presentado tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo

Respuesta	No. De pacientes	%
Sí	24	69
No	11	31
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 5

Momento después del diagnóstico de cáncer ginecológico en el que han presentado tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo

Tiempo	No. De pacientes	%
0-6 meses	4	17
6 meses- 1 año	7	29
1-2 años	13	54
2-5 años	0	0
Total	24	100

*La cantidad total se basa en las pacientes que respondieron que SI habían presentado dicha sintomatología.

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 6

Percepción de rechazo social de grupos sociales o religiosos de las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Sí	3	9
No	32	91
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 7

Percepción de rechazo por parte de su pareja de las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Sí	9	26
No	26	74
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 8

Consecuencias laborales como rechazo, despido injustificado o maltrato laboral en pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Sí	5	14
No	30	86
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 9

Percepción de la vida sexual de las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Excelente	2	6
Muy buena	5	14
Buena	7	20
Regular	12	34
Mala	4	12
No tiene vida sexual activa	5	14
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 10

Cambio en la frecuencia de relaciones sexuales en pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Aumento	4	13
Disminuyó	11	37
Continúa igual	15	50
Total	30	100

*La cantidad de pacientes es menor al total de pacientes ya que algunas pacientes no tienen vida sexual activa.

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 11

Calificación de su rendimiento laboral en pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Excelente	3	8
Muy buena	7	20
Bueno	6	18
Regular	4	10
Malo	2	5
Fue despedida	1	3
No labora	12	36
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 12

Cambio en la relación con su familia de las pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer

Respuesta	No. De pacientes	%
Están más unidos	17	49
Están distanciados	3	8
Continúa igual	15	43
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Tabla No. 13

Percepción de su propio cuerpo en pacientes con diagnóstico y tratamiento de cáncer ginecológico

Respuesta	No. De pacientes	%
Bello	2	6
Normal	13	37
Feo/desagradable	7	20
Menos femenino	13	37
Total	35	100

Fuente: Boleta de recolección de datos

Calidad de vida de las pacientes con cáncer ginecológico

Tabla 2 X 2

Mala calidad de vida	Buena calidad de vida
25	10

P: 0.016 IC: 95%

Probabilidad	Número	RR	IC 95%	P
>45 años	16	1.66	0.90-2.82	0.065
Tx Quirúrgico	11	1.11	0.52-2.36	0.781
Con depresión	19	1.45	0.81-2.58	0.0840
Con deseo suicida	3	11.62	2.71-49.8	0.0029
Con rechazo de su pareja	7	3.37	1.53-7.38	0.0032

VII. ANALISIS Y DISCUSION DE RESULTADOS

En la tabla No. 1 se puede observar que la mayor cantidad de pacientes se encuentra en el grupo de 35-45 años lo cual puede reflejar que también la mayoría de pacientes están en edad reproductiva además que se encuentran aptas para laborar pero que también por estar dentro de ese grupo de edad según su percepción no se encuentran en las pacientes con riesgo de cáncer. En la Gráfica No. 1 se confirma que el tipo de cáncer ginecológico que se presenta con más frecuencia en nuestra población es el cáncer de cérvix y en segundo lugar el cáncer de mama, siendo los 2 tipos que según su tratamiento quirúrgico pueden comprometer la calidad de vida sexual, psicológica y feminidad.

En cuanto a los tratamientos quirúrgicos se puede observar en la tabla No. 2 que a la mayoría de pacientes se les realizó histerectomía + ooforectomía lo cual puede reflejar la presencia de sintomatología propia de la menopausia asociado a que muchas pueden presentar pérdida del deseo sexual, resequedad vaginal y dispareunia sin embargo solo se realizó mastectomía unilateral/bilateral en 7 pacientes; lo cual refleja según la percepción de la mayoría de pacientes en una pérdida de su feminidad.

En la tabla No. 3 se puede observar que los 4 síntomas más frecuentes son: dolor pélvico crónico, pérdida del deseo sexual cansancio excesivo y pérdida de peso. En conjunto, éstos síntomas pueden asociarse y reflejar una mala calidad de vida debido a que el dolor pélvico crónico puede incapacitarlas para laborar y además se puede asociar a pérdida del deseo sexual. El cansancio excesivo y la pérdida de peso se pueden asociar a malas relaciones familiares y laborales.

Es sorprendente ver como en la Gráfica No. 2 únicamente 4 pacientes tuvieron deseos de quitarse la vida después de haber recibido tratamiento quirúrgico para cáncer ginecológico por lo que se puede inferir que el deseo de vivir supera a las adversidades psicológicas, físicas, emocionales, laborales y familiares de éste tipo de pacientes. Además como se observa en la gráfica No. 3, el deseo de quitarse la vida se presentó en el primer año post tratamiento y sólo 1 paciente lo tuvo hasta los 2 años post tratamiento; lo cual se relaciona con el deseo de vivir y que después de 3 años post tratamiento logran superar el deseo de suicidarse.

Se evidencia mayor incidencia de histerectomía probablemente debido a que el diagnóstico principal fue cáncer de cérvix. El tratamiento quirúrgico de cáncer de mama tuvo una baja incidencia probablemente correlacionado con la baja incidencia de esta patología en las pacientes incluidas en el estudio.

En cuanto a la sintomatología de depresión, según la tabla No. 4, más de la mitad de pacientes han presentado dicha sintomatología, sin embargo como se menciona en el párrafo anterior únicamente 4 presentaron deseos de suicidio. Es evidente pensar que por todos los efectos adversos de los tratamientos médicos y quirúrgicos para pacientes con cáncer ginecológico pueden llevar a éstas pacientes a tener depresión aunque se correlaciona en que la mayoría de las pacientes, así como las que presentaron deseos de quitarse la vida, presentan síntomas como tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo durante los primeros 2 años post tratamiento.

Es importante ver que en un país como el nuestro, según las tablas No. 6 y No. 7, es marcado el machismo ya que de las 35 pacientes, 9 perciben rechazo por parte de su pareja y únicamente 3 perciben rechazo por parte de grupos sociales o religiosos. Es importante el efecto ya que a pesar que pueden encontrar grupos de apoyo en la sociedad o en la iglesia ellas perciben mayor rechazo por parte de sus parejas, teniendo grandes efectos adversos a nivel psicológico y familiar.

Se puede analizar en la tabla No. 8 que únicamente 5 pacientes presentaron consecuencias laborales como rechazo, despido injustificado o maltrato laboral después del tratamiento para cáncer que recibieron. En este aspecto es importante el apoyo emocional y legal para pacientes con este tipo de patología ya que muchas pueden disminuir su rendimiento laboral a consecuencia de los efectos adversos de la enfermedad y de los tratamientos tanto médicos como quirúrgicos que a veces pueden llegar a ser incapacitantes. También se puede observar en la tabla No. 11 que de las pacientes que laboran 7 indican que su rendimiento laboral es “muy bueno” y únicamente 1 paciente fue despedida.

La vida sexual es un aspecto importante independientemente de la edad de las pacientes y según la encuesta realizada la mayoría la califican como “regular” y en la tabla No. 10 se puede observar que también la mayoría de pacientes indicó que la frecuencia de sus relaciones sexuales continúa igual, sin embargo en 11 pacientes disminuyó dicha frecuencia

lo cual por lo mismo que se mencionó previamente, puede ser consecuencia del machismo que se vive en nuestro país y también debido a que tratamientos como la mastectomía pueden hacer que las pacientes perciban sus cuerpos menos femeninos o con poca belleza; lo cual se ve reflejado en la tabla No. 13. En la tabla No. 12 se puede evidenciar que 17 pacientes respondieron que tienen una mejor relación familiar y únicamente 3 respondieron que están distanciados a consecuencia de su enfermedad y tratamiento. Es importante analizar estos casos ya que por ejemplo el olor característico de las pacientes con cáncer de cérvix puede ser sumamente fuerte y genera que sus parejas no quieran dormir en la misma habitación que ellas. Además los gastos de transporte que generan pueden crear conflictos familiares y también que pueden pasar muchos meses suspendidas a consecuencia de los tratamientos que requieren.

En cuanto a los factores de riesgo para una mala calidad de vida, de los cuales se asociaron según un intervalo de confianza del 95% obteniendo los resultados ya descritos; se puede interpretar que hay un alto riesgo de una mala calidad de vida con las pacientes que presentaron deseo suicida y rechazo por parte de su pareja según el RR obtenido con una P: 0.0029 y 0.0032 respectivamente.

Con el valor de P de la primera tabla 2 X2 se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, concluyendo que las pacientes con cáncer ginecológico tienen mala calidad de vida.

7.1 CONCLUSIONES

- 7.1.1 Más del 70% de las pacientes con cáncer ginecológico tienen mala calidad de vida.
- 7.1.2 Las afecciones físicas más frecuentes que se encontraron en el estudio son: dolor pélvico crónico 51%, pérdida del deseo sexual 60%, pérdida de peso 49% y cansancio excesivo 49%.
- 7.1.3 La incidencia del deseo de quitarse la vida se presenta en un 11% de las pacientes y se presenta principalmente en el primer año post tratamiento.
- 7.1.4 El 69% de pacientes evaluadas presentaron síntomas de depresión y en su mayoría se presentaron 1-2 años post tratamiento.
- 7.1.5 Existe una baja percepción de rechazo en grupos sociales y religiosos ya que menos del 10% de las pacientes evaluadas lo percibieron.
- 7.1.6 El 14% de las pacientes evaluadas tuvieron consecuencias laborales como rechazo, despido injustificado o maltrato laboral después del tratamiento.
- 7.1.7 Los determinantes con mayor relación con una mala calidad de vida son: deseos de quitarse la vida 11% y rechazo por parte de su pareja 26%.

7.2 RECOMENDACIONES

- 7.2.1 Instituir como parte del protocolo de pacientes oncológicas la evaluación periódica por parte de psiquiatría y psicología.
- 7.2.2 Recomendar a médicos que evalúan a dichas pacientes indagar acerca de aspectos laborales, psicológicos, sexuales y físicos de forma rutinaria
- 7.2.3 Establecer un cuestionario que valore la calidad de vida de las pacientes como parte del protocolo.
- 7.2.4 Manejo en conjunto con fisiatría.
- 7.2.5 Recomendar a las pacientes formas de recreación para lograr mejorar el aspecto psicológico y emocional.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ruyz LL, Silva RR. Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico, sometidas a quimioterapia antineoplásica. Revista Latino-Am. Enfermagem. Brasil: Universidad Federal do Triangulo Mineiro, MG; 2010. Disponible en: www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/es_03.pdf
2. Aznar AR. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. España: Universidad Autónoma de Barcelona; 2011. Disponible en: http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2012/hdl_2072_181264/TR-RoyoAznar.pdf
3. Monge FS. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Revista Situa. Perú: Hospital EsSalud Cusco; 2006. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2006_n1-2/pdf/a09.pdf
4. Salas C. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama, inscritas en los programas de tratamiento oncológico (tesis magíster). Colombia: Universidad de Antioquia; 2009. Disponible en: <http://tesis.udea.edu.co/jspui/bitstream/10495/680/1/Calidad%20de%20vida%20y%20C%C3%A1ncer%20de%20mama.pdf>
5. Salas C, Grisales H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia. Revista panamericana de salud pública. Colombia: Antioquia; 2010. Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v28n1/v28n1a02.pdf>
6. Sat D, et al. Calidad de vida en mujeres mexicanas con cáncer de mama en diferentes etapas clínicas y su asociación con características socio demográficas, estados co-mórbidos y características del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Revista Value Health; 2011. Disponible en: <http://www.ispor.org/consortiums/LatinAmerica/documents/ViH/CalidaddeVidaenMujeresMexicanas.pdf>

7. Novoa MM, Caycedo C, Aguillón M, Suárez RA. Calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes adultos con enfermedad avanzada y en cuidado paliativo. Revista Pensamiento psicológico. Bogota: Pontificia Universidad Javeriana; 2008. Disponible en:
<http://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/articulo/view/99>
8. Fernandez HG, Blum B, Aguilar E, Bautista H. Validación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. México: Facultad de Psicología Universidad Autónoma de México; 2010. Disponible en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2010/im102d.pdf>
9. Garduño C, Riveros A, Sánchez JJ. Calidad de vida y cáncer de mama: Efectos de una intervención cognitivo conductual. Revista Latinoamericana de Medicina Conductual. Mexico: Universidad Autónoma de México. Disponible en:
<http://www.revistas.unam.mx/index.php/rlmc/article/view/18472>
10. Urdaniz JI, Burgaleta A, Tejedor M, et al. Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante los cuestionarios EORTC. Revista clínica española. España: Hospital de Navarra; 2003. Disponible en:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/65/65v230n12a13053726pdf001.pdf>
11. Chaves AM. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama en fase terminal. Colombia: Universidad de La Sabana; 2008. Disponible en:
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/1836/1/131356.pdf>

12. Domínguez F. Guía útil para el paciente con cáncer de mama y sus familiares. España: Hospital Virgen del Camino; 2008. Disponible en: <http://www.nueva-alianza.org.mx/media/42737/gu-a-para-el-paciente-con-c-ncer-de-mama-y-sus-familiares.pdf>
13. Cassemiro W, Kimura M. Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. Revista Latinoamericana Am. Enfermagem. Brasil: Universidad de Sao Paulo; 2010. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/es_10.pdf
14. Betancourt AC, Aristizabal GA. Cáncer de mama como factor predictivo de ansiedad y depresión (tesis licenciatura). Venezuela: Universidad de Oriente; 2008. Disponible en: http://ri.biblioteca.udo.edu.ve/bitstream/123456789/2897/1/01-TEISIS.CANCER_DE_MAMA.pdf
15. Valle R, Zuñiga M, Tuzet C, et al. Sintomatología depresiva y calidad de vida en pacientes mujeres con cáncer de mama. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n4/a07v67n4.pdf>
16. Cervera S, Aubá E. Calidad de vida y dinámica familiar tras el diagnóstico de cáncer de mama. Boletín de Psicología. España: Universidad de Navarra; 2005. Disponible en: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N85-1.pdf>
17. Londoño C, Yenly C. El proceso de adaptación en las mujeres con cáncer de mama. Revista de Investigación y Educación en enfermería. Colombia: Universidad de Antioquia; 2009. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx>

18. Figueroa A. Ejercicio físico y cáncer de mama. España: Asociación científico cultural de investigación y docencia en actividad física y deportes; 2001.
Disponible en:
<http://www.accafide.com/documentos%20de%20consulta/v%20simposium/comunicaciones%20libres/COMUNICACION%20ALICIA%20FIGUEROA.pdf>
19. Ferrer S, Bernat C. Cáncer de mama y ejercicio físico. España: Universidad de Girona, 2010. Disponible en:
http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-adulto/c_mama_y_ej_fisico.pdf
20. Izquierdo M, González U, Alerm A, Jauregui U. Calidad de vida en un grupo de mujeres cubanas con cáncer de mama. Revista cubana ciencia médica. Cuba: Centro de investigaciones médicas quirúrgicas; 2008. Disponible en:
http://www.bvs.sld.cu/revistas/rhab/rhcm_vol_7num_2/rhcm15208.htm
21. European Society for Medical Oncology. Cáncer de mama: Una guía para pacientes. Reliable Cancer Therapies; 2012. Disponible en:
http://www.esmo.org/fileadmin/media/pdf/2012/patients/summaries/es/E_SMO-Cancer-de-Mama-Guia-para-Pacientes.pdf
22. García CR, González M. Bienestar psicológico y cáncer de mama. Revista avances en psicología latinoamericana. Cuba: Universidad médica de la Habana; 2007.
Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2542695.pdf>
23. Lugo J, Bacallao J, Fernandez L, et al. Validación preliminar y aplicación de un instrumento para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Revista cubana de oncología. Cuba: Instituto nacional de oncología y radiobiología; 1998.
Disponible en:
http://bvs.sld.cu/revistas/onc/vol14_3_98/onc05398.htm

24. Guitiérrez AM. El cáncer ginecológico: Evaluación, diagnóstico y tratamiento. Colombia: Universidad de La Sabana; 2009. Disponible en:
<http://intellectum.unisabana.edu.co:8080/jspui/bitstream/10818/2287/1/131479.pdf>
25. Cedrés S. Cáncer y sexualidad: Vida sexual luego del cáncer de próstata y de cáncer de mama. Uruguay: Centro médico sexológico PLENUS; 2009.
Disponible en:
http://www.plenus.com.uy/docs/parejas/Cancer_sexualidad_oncosexologia.pdf
26. Bajuk L, Reich M. Calidad de vida relacionada con la salud en mujeres uruguayas con cáncer de mama. Uruguay: Universidad católica del Uruguay; 2010.
Disponible en: <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/37892>
27. Palacio C, Hernández JA. Estilos de afrontamiento utilizados por las pacientes diagnosticadas con cáncer de cérvix en relación al tratamiento (tesis licenciatura). Colombia: Universidad católica de Pereira; 2009. Disponible en:
<http://biblioteca.ucp.edu.co:8080/jspui/bitstream/10785/565/1/completo.pdf>
28. Laos K. Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama (tesis licenciatura). Perú: Universidad católica del Perú; 2010. Disponible en:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>
29. Moro D. Evolución de la calidad de vida tras la cirugía radical o conservadora en cáncer de mama. España: Universidad de Valencia, 2011. Disponible en:
www.tdx.cat/bitstream/10803/78867/1/moro.pdf
30. Parra CE, Garcia LV, Enríquez JI. Experiencias de vida en mujeres con cáncer de mama en quimioterapia. Colombia: Universidad del Rosario; 2010. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n1/v40n1a07.pdf>

IX. Anexo

9.1 ANEXO No. 1: Boleta de recolección de datos

Universidad de San Carlos de Guatemala
Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
Maestría en Ginecología y Obstetricia
David Estuardo Suárez Mota R3

Calidad de vida de las pacientes después del tratamiento de Cáncer ginecológico

BOLETA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Edad _____ años
2. ¿Qué tipo de cáncer se le diagnosticó?
 - Cáncer de mama
 - Endometrio
 - Cáncer cérvix
 - Cáncer de ovarios
3. ¿Qué tratamiento recibió?
 - Mastectomía bilateral (resección de ambas mamas)
 - Mastectomía unilateral (resección de una mama)
 - Cirugía conservadora de mama (resección tumor en la mama)
 - Histerectomía (resección del útero)
 - Histerectomía + ooforectomía (resección útero y ovarios)
 - Ooforectomía (resección de ovarios)
 - Laparotomía exploradora
 - Quimioterapia y/o radioterapia
4. ¿Cuáles de los siguientes síntomas ha presentado después del tratamiento de cáncer que recibió?
 - Dolor pélvico crónico
 - Resequedad vaginal

Picazón/irritación vaginal
Flujo vaginal fétido
Dolor torácico crónico
Edema (hinchazón) de extremidades superiores
Sofocos/bochornos
Dolor de cabeza
Mareos
Cansancio excesivo
Pérdida de peso

5. ¿Ha presentado deseos de quitarse la vida después del tratamiento de cáncer que recibió?

Sí

No

6. Si la respuesta 5 es "Sí" responda la siguiente pregunta: ¿A los cuántos años después del tratamiento para cáncer presentó deseos de quitarse la vida?

1 año

2 años

3 años

4 años

5 años

7. ¿Ha presentado tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo?

Sí

No

8. Si la respuesta anterior es "Sí" responda la siguiente pregunta: ¿Cuánto tiempo ha presentado tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo?

0-6 meses

6 meses-1 año

1 año-2 años

2 años-5 años

9. ¿Ha percibido rechazo social en grupos sociales o religiosos y cuáles?

Sí _____

No

10. ¿Ha percibido rechazo por parte de su pareja?

Sí

No

11. ¿Tuvo alguna consecuencia laboral como rechazo, despido injustificado o maltrato laboral después del tratamiento para cáncer que recibió y cuál?

Sí _____

No

12. ¿En cuánto a la calidad de vida sexual, cómo la califica?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Mala

No tiene vida sexual activa

13. ¿Tuvo algún cambio la frecuencia de relaciones sexuales después del tratamiento para cáncer que recibió en comparación a su vida sexual previa al tratamiento?

Aumento

Disminuyo

Continúa igual

14. ¿Cómo califica su rendimiento laboral después del tratamiento de cáncer que recibió?

Excelente

Muy bueno

Bueno

Regular

Malo

Fue despedida

15. ¿Tuvo algún cambio la relación con su familia?

Están más unidos

Están distanciados

Igual que antes del tratamiento

16. ¿Cómo percibe su cuerpo después del tratamiento de cáncer?

Bello

Normal

Feo/desagradable

Menos femenino

Interpretación:

Pacientes menores a 45 años con diagnóstico de cáncer ginecológico 1 puntos

Pacientes mayor a 45 años con diagnóstico de cáncer ginecológico 2 puntos

Pacientes con:

Mastectomía bilateral

Mastectomía unilateral Cirugía conservadora de mama

Histerectomía + ooforectomía

Ooforectomía

Laparotomía exploradora

Quimioterapia

Pacientes con:

Dolor pélvico crónico

Resequedad vaginal

Picazón/irritación vaginal

Flujo vaginal fétido

Dolor torácico crónico

Edema de extremidades superiores

Sofocos/bochornos

Dolor de cabeza 2 puntos

Mareos

Cansancio excesivo

Pérdida de peso

Pacientes que sí han presentado deseos de quitarse la vida después del tratamiento 2 puntos

Pacientes que no han presentado deseos de quitarse la vida después del tratamiento 1 puntos

Pacientes que sí han presentado tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo 2 puntos

Pacientes que no han presentado tristeza, llanto, desinterés en el arreglo e higiene personal, desinterés en relaciones sociales o sueño excesivo 1 puntos

Pacientes que sí han percibido rechazo social en grupos sociales o religiosos 2 puntos

Pacientes que no han percibido rechazo social en grupos sociales o religiosos 1 puntos

Pacientes que sí han percibido rechazo por parte de su pareja 2 puntos

Pacientes que no han percibido rechazo por parte de su pareja 1 puntos

Pacientes que sí tuvieron alguna consecuencia laboral como rechazo, despido injustificado o maltrato laboral después del tratamiento para cáncer 2 puntos

Pacientes que no tuvieron alguna consecuencia laboral como rechazo, despido injustificado o maltrato laboral después del tratamiento para cáncer 1 puntos

Calificación de la calidad de vida sexual

Excelente 1 puntos

Muy buena 1 puntos

Buena 1 puntos

Regular 2 puntos

Mala 2 puntos

No tiene vida sexual activa 2 puntos

Pacientes con cambios en la frecuencia de relaciones sexuales después del tratamiento para cáncer que recibió en comparación a su vida sexual previa al tratamiento:

Aumento 1 puntos

Disminuyo 2 puntos

Continúa igual 1 puntos

Calificación de su rendimiento laboral después del tratamiento de cáncer que recibió:

Excelente

Muy bueno

Bueno

Regular Malo

Fue despedida

Cambios en la relación con su familia:

Están más unidos 1 puntos

Están distanciados 2 puntos

Igual que antes del tratamiento 1 puntos

Percepción de su cuerpo después del tratamiento de cáncer

Bello 1 puntos

Normal 1 puntos

Feo/desagradable 2 puntos

Menos femenino 2 puntos

Se tomará como buena calidad de vida a pacientes con un puntaje menor a 12 puntos

Se tomará como una mala calidad de vida a pacientes con un puntaje mayor a 12 puntos

PERMISOS DE AUTOR

El autor concede permiso para reproducir total o parcialmente y por cualquier medio la tesis titulada **CALIDAD DE VIDA DESPUES DEL TRATAMIENTO DE CANCER GINECOLOGICO**, para propósitos de consulta académica. Sin embargo, quedan reservados los derechos de autor que confiere la ley, cuando sea cualquier otro motivo diferente al que se señala lo que conduzca a su reproducción o comercialización total o parcial.