

## Trabajos Originales

# Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvicouterino

María Teresa Urrutia<sup>1a</sup>, Ximena Concha<sup>1b</sup>, Oslando Padilla.<sup>2b</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Salud de la Mujer, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile. <sup>2</sup>Departamento de Salud Pública, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

<sup>a</sup> Enfermera Matrona, PhD. <sup>b</sup> Enfermera Matrona, MSC. <sup>c</sup> Estadístico.

Financiamiento: Fondo Nacional de Investigación en Salud: FONIS SA05120047. MINSAL-CONICYT.

## RESUMEN

*Antecedentes:* Son diversos los motivos que pueden afectar la calidad de vida (CV) de la mujer con cáncer cérvicouterino (CC), enfrentan cambios en la esfera física y sexual, como también social y psicológica. *Objetivo:* Describir la CV de un grupo de mujeres con CC y relacionar sus diferentes dimensiones con el tipo de tratamiento y la etapa del cáncer. *Método:* Estudio analítico realizado en un grupo de 127 mujeres con CC del área Sur Oriente de Santiago. Para la medición de CV se utilizó el instrumento EORTC QLQ-C30. *Resultados:* Las mujeres con mayor edad presentaron peor calidad de vida respecto al dominio físico. El tratamiento que la mujer recibe se relaciona con el dominio físico. No existen diferencias en la calidad de vida según las etapas FIGO. En el análisis multivariado el tipo de tratamiento y su interacción con la edad predicen la dimensión física, del rol, funcionamiento emocional y algunos síntomas como insomnio y diarrea. *Conclusión:* Evaluaciones de CV durante el curso de la enfermedad son útiles para la proyección de los resultados en salud a mediano y largo plazo y debiera incorporarse en la evaluación de las pacientes con CC de forma rutinaria y estandarizada, con el objetivo de realizar intervenciones apropiadas según la evidencia reportada.

**PALABRAS CLAVE:** *Cáncer cérvicouterino, calidad de vida*

## SUMMARY

*Background:* Quality of life (QOL) in women with cervical cancer can be affected by different reasons, because those women face not only changes in the physical and sexual domains, but also in social and psychosocial. *Aim:* To describe the QOL of a group of women with cervical cancer (CC) and to relate its different dimensions to the treatment and stage of cancer. *Method:* Analytical study was conducted on a group of 127 women with CC. *Results:* The age of women negatively correlated with the physical dimension. The type of treatment correlated negatively the physical, role and social domain, and it correlated positively with the fatigue symptom. The FIGO stage does not correlate in the univariate analysis. The type of treatment, with or without age interaction, predicts the physical, role, emotional domain and some symptoms such as insomnia and diarrhea in the multivariate analysis. *Conclusion:* QOL assessments during the course of CC disease are useful to projecting health outcomes to medium and long term and it should be incorporated as a routinely and standardized evaluation in order to make appropriate interventions.

**KEY WORDS:** *Cervical cancer, quality of life*

## INTRODUCCIÓN

El avance de las enfermedades crónicas, para las cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es muchas veces atenuar o eliminar síntomas, ha llevado a que las medidas epidemiológicas clásicas como mortalidad, morbilidad y expectativa de vida, no sean suficientes para evaluar el efecto de una enfermedad o tratamiento (1). En este contexto surge la utilidad de medir la Calidad de Vida (CV) para evaluar la intervención realizada (2). La terapia oncológica tiene un fuerte impacto en la CV de las usuarias, situación que soporta la necesidad de medirla en las mujeres con cáncer cérvicouterino (CC) (3).

Son diversos los motivos que pueden afectar la CV, ya que las usuarias con cáncer no tan sólo enfrentan cambios en la esfera física y sexual, sino también social y psicológica (4-6). La toxicidad propia de la radioterapia (RT) y quimioterapia (QT) son bastante frecuente, las complicaciones pueden ocurrir 6 a 24 meses después de iniciado el tratamiento (7), pudiendo llegar a tener manifestaciones crónicas de larga data (8). Las secuelas de la histerectomía radical (HT) son también relevantes: disfunciones intestinales, vesicales y sexuales son reportadas (9). Los cambios anatómicos resultantes del tratamiento pueden tener un significativo impacto en la auto-imagen (3,10), en su bienestar social (3) y su sentido de feminidad (10).

La mayoría de las usuarias presentan efectos psicológicos y sociales posteriores al tratamiento (6). Muchas continúan pensando en su diagnóstico (3,6), en la recurrencia del cáncer, las metástasis y la muerte, que se transforman en temores frecuentes. Lo anterior junto al deterioro de su condición física, aumentan aún más el malestar (4). Muchas veces el sólo temor a la recurrencia les puede impedir volver a un estado de normalidad pre-diagnóstico (6).

En oncología el estudio de la CV ha ido en aumento en los últimos años, producto también del aumento en la sobrevida de los pacientes (11). En Chile uno de los objetivos sanitarios del programa AUGE CC es mejorar la CV de las mujeres con este diagnóstico.

El objetivo del estudio es describir la CV de un grupo de mujeres con CC y relacionar sus diferentes dimensiones con el tipo de tratamiento y la etapa del cáncer.

## PACIENTES Y MÉTODO

Estudio analítico de corte transversal realizado en un grupo de 126 mujeres con CC, correspondiente a todas aquellas mujeres que fueron diagnosticadas durante los años 2004 y 2005 en el Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Los criterios de inclusión corresponden a mujer cuyo

diagnóstico fue confirmado por biopsia y que pertenezca al programa AUGE. Las mujeres ingresaron al estudio durante el período comprendido entre Mayo y Octubre del 2006. La entrevista fue realizada en el domicilio por profesionales enfermeras-matronas y matronas previamente entrenadas para este propósito. Las variables demográficas fueron extraídas de la ficha clínica, y las variables de calidad de vida de la entrevista. La calidad de vida fue medida con el cuestionario EORTC QLQ-C30, tercera versión (12). El cuestionario contiene 30 ítems distribuidos en 3 dimensiones: funcional, síntomas y estado global. Las escalas funcional y de síntomas son medidas en escala de Likert de 4 alternativas y la escala global medida por un rango del 1 al 7. El puntaje final señala la contribución de los ítems a cada escala, el cual mediante una transformación lineal se transforma en puntaje estandarizado. Todas las dimensiones por lo tanto tienen un puntaje cuyo rango es de 0-100 puntos. Un puntaje alto en las dimensiones funcional y global señala un nivel alto de calidad de vida; un puntaje alto en la dimensión síntomas representa un nivel elevado de sintomatología. La confiabilidad del cuestionario medida por alpha de Cronbach fue de 0,88 para el cuestionario total, 0,89 para la escala funcional, 0,88 para la escala de síntomas y 0,73 para la escala global. Se utilizó el programa SPSS versión 17 para el análisis de los datos. Se realizaron análisis descriptivos, correlación de Pearson y Spearman, test de Kruskal-Wallis y análisis de covarianza (ANCOVA) para evaluar las diferencias en las distintas componentes de la CV entre las diferentes terapias, etapa FIGO del cáncer, dependencia con la edad y con la interacción de la edad con la terapia y con la etapa FIGO. La Organización Europea de Calidad de Vida (EORTC) autorizó el uso del cuestionario en su versión en español. Los comités de ética de la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente aprobaron el estudio. Se solicitó el consentimiento informado a cada una de las mujeres que ingresó al estudio.

## RESULTADOS

La edad promedio de las mujeres fue de  $48,9 \pm 13,6$  años. El nivel educacional de  $8,5 \pm 3,9$  años de escolaridad. El 96% de las mujeres son menopáusicas, de las cuales el 35,7% corresponde a menopausia quirúrgica. El 10% de las mujeres usan terapia de reemplazo hormonal.

La edad de la primera relación sexual fue en promedio a los  $17,7 \pm 3,7$  años, y el número de parejas sexuales de  $2,5 \pm 1,5$  (rango: 1-10 parejas). El 55,6% de las mujeres al momento de la entrevista tenía actividad sexual.

Los motivos de ingreso al programa AUGE fueron en un 54,8% por un PAP positivo, el 16,7%

por características sospechosas del cuello uterino, el 14,3% ingresó por el servicio de urgencia y el 14,3% restante por otras causas, entre las que se encuentran derivación del sistema privado y sangramiento uterino anormal. En relación a la etapa FIGO el 55,5% fue diagnosticada en etapa I, el 19,1% en etapa II, el 17,5% en etapa III, 4% en etapa IV y en el 4% restante no se obtuvo la información. El tipo de tratamiento recibido se presenta en la Tabla I.

**Tabla I**  
**TIPO DE TRATAMIENTO RECIBIDO POR LAS MUJERES CON CÁNCER CÉRVICOUTERINO**

Tratamiento	n	%
Cirugía	54	43,2
Radioterapia	6	4,8
Histerectomía y radioterapia	5	4,0
Quimioterapia y radioterapia	42	33,6
Histerectomía, quimioterapia y radioterapia	18	14,4
Total	125	100

Los ítems de la dimensión global, medidos con una nota del 1 al 7, se presentan en la Tabla II. La evaluación global de la salud en promedio fue de  $5,1 \pm 1,67$  puntos, y la evaluación de la CV fue de  $5,1 \pm 1,53$  puntos. Las respuestas a los ítems de la dimensión funcional y de síntomas se presentan en las Tablas III y IV respectivamente.

La Tabla V muestra las diferentes escalas con los puntajes crudos y estandarizados. Al analizar la edad de la mujer con las diferentes dimensiones de la calidad de vida mediante correlación de Pearson, se encontró que la edad tiene una relación negativa

significativa y negativa solo con la dimensión funcional/dominio físico ( $r = -0,317$ ,  $p < 0,001$ ). La prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis sólo mostró diferencias entre los tipos de tratamiento en cuanto al funcionamiento físico ( $p = 0,045$ ). La etapa FIGO no se correlaciona con los puntajes de calidad de vida.

Las Tablas VI y VII presentan los puntajes estandarizados según etapificación FIGO y tipo de tratamiento respectivamente. Al aplicar el test Kruskal-Wallis, solo hubo diferencias entre las etapas FIGO en cuanto al síntoma diarrea ( $p = 0,017$ ) el cual se presenta con mayores puntajes en la etapa 2 y menores en la etapa 4.

El resultado de los análisis multivariados mediante ANCOVA se presenta en las Tablas VIII a-e. Se encontró que las mujeres que tenían sólo tratamiento de radioterapia presentaron peor calidad de vida en cuanto a la dimensión de funcionamiento físico (Tabla VIII a), que las que tenían este tratamiento combinado con quimio y radioterapia ( $p = 0,003$ ). Mientras la calidad de vida en términos de la dimensión de funcionamiento físico aumentaba con la edad en las mujeres con tratamiento sólo de Radioterapia ( $p = 0,014$ ), y disminuía con la edad en las que tenían quimio más radioterapia ( $p = 0,001$  respectivamente). Para los otros tratamientos no hay un cambio significativo del puntaje de la escala con la edad. El puntaje en esta dimensión no se relacionó con la fase FIGO. El modelo explica el 24,4% de la varianza de esta dimensión.

Para la dimensión de funcionamiento de rol (Tabla VIII b) se presenta una situación análoga. Las pacientes con tratamiento sólo de radioterapia tienen una calidad de vida peor en términos de esta dimensión ( $p = 0,001$ ) y entre ellas las de más edad tienen mejor funcionamiento de rol ( $p = 0,002$ ). Para el resto de las terapias no se encontró un cambio significativo del puntaje de la escala con la edad. No existe relación del puntaje en esta escala con la etapa FIGO y el modelo explica el 18,7% de la varianza de la dimensión.

**Tabla II**  
**DIMENSIÓN GLOBAL**

Ítems	1	2	3	4	5	6	7
En general, ¿cómo valoraría su estado de salud durante la semana pasada?	5 4%	4 3,2%	9 7,1%	17 13,5%	35 27,8%	32 25,4%	24 19%
En general, ¿cómo valoraría su calidad de vida durante la semana pasada?	7 5,6%	4 3,2%	9 7,1%	18 14,3%	25 19,8%	34 27,7%	29 23%

**Tabla III**  
**DIMENSIÓN FUNCIONAL**

Dimensión	Items	Ninguno	Un poco	Bastante	Muchísimo
Dimensión física	¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un gran esfuerzo, como llevar una bolsa de compras o una maleta pesada?	41 32,5%	33 26,2%	35 27,8%	17 13,5%
	Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo?	59 46,8%	23 18,3%	26 20,6%	18 14,3%
	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de su casa?	95 75,4%	14 11,1%	7 5,6%	10 7,9%
	¿Tiene que permanecer en cama o sentado/a en una silla durante el día?	78 61,9%	34 27%	6 4,8%	8 6,3%
	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al baño?	113 89,7%	7 5,6%	3 2,4%	3 2,4%
Funcionamiento del rol	¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	86 68,3%	20 15,9%	11 8,7%	9 7,1%
	¿Tuvo algún impedimento para realizar sus hobbies o actividades recreativas?	93 73,8%	15 11,9%	6 4,8%	12 9,5%
Funcionamiento emocional	¿Se sintió nerviosa?	31 24,6%	45 35,7%	29 23%	21 16,7%
	¿Se sintió preocupada?	29 23%	41 32,5%	35 27,8%	21 16,7%
	¿Se sintió irritable?	50 39,7%	28 22,2%	34 27%	14 11,1%
	¿Se sintió deprimida?	40 31,7%	35 27,8%	30 23,8%	21 16,7%
Funcionamiento social	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	67 53,2%	24 19%	27 21,4%	8 6,3%
	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	79 62,7%	22 17,5%	16 12,7%	9 7,1%
Funcionamiento cognitivo	¿Tuvo alguna dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver televisión?	84 66,7%	24 19%	9 7,1%	9 7,1%
	¿Tuvo dificultades para recordar cosas?	65 51,6%	39 31%	17 13,5%	5 4%

**Tabla IV**  
**DIMENSIÓN SÍNTOMAS**

Síntomas	Items	Ninguno	Un poco	Bastante	Muchísimo
Fatiga	¿Tuvo que detenerse a descansar?	51 40,5%	49 38,9%	14 11,1%	12 9,5%
	¿Se sintió débil?	56 44,4%	37 29,4%	21 16,7%	12 9,5%
	¿Se sintió cansada?	40 31,7%	44 34,9%	26 20,6%	16 12,7%
Náuseas y vómitos	¿Sintió náuseas?	86 68,3%	27 21,4%	9 7,1%	4 3,2%
	¿Tuvo vómitos?	107 94,9%	12 9,5%	3 2,4%	4 3,2%
Dolor	¿Tuvo algún dolor?	50 39,7%	38 30,2%	24 19%	14 11,1%
	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	53 42,1%	42 33,3%	17 13,5%	14 11,1%
Disnea	¿Se quedó sin aliento?	92 73%	27 21,4%	4 3,2%	3 2,4%
Insomnio	¿Tuvo dificultades para dormir?	50 39,7%	28 22,2%	30 23,8%	18 14,3%
Pérdida de apetito	¿Se sintió sin apetito?	79 62,7%	23 18,3%	17 13,5%	7 5,6%
Constipación	¿Tuvo estreñimiento?	74 58,7%	15 11,9%	27 21,4%	10 7,9%
Diarrea	¿Tuvo diarrea?	105 83,3%	13 10,3%	7 5,6%	1 0,8%
Dificultades financieras	¿Le ha causado problemas económicos su estado físico el tratamiento médico?	60 47,6%	24 19%	31 24,6%	11 8,7%

**Tabla V**  
**PROMEDIOS Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LOS PUNTAJES CRUDOS Y ESTANDARIZADOS EN CADA ITEM**

Dimensión	Dominio	Puntaje crudo	Puntaje estandarizado
Funcional	Funcionamiento físico	1,68 ± 0,72	77,08 ± 24,30
	Funcionamiento del rol	1,52 ± 0,90	82,53 ± 30,10
	Funcionamiento emocional	2,26 ± 0,85	57,09 ± 28,45
	Funcionamiento cognitivo	1,62 ± 0,78	79,23 ± 26,13
	Funcionamiento social	1,72 ± 0,86	75,79 ± 28,79
Síntomas	Fatiga	1,98 ± 0,96	32,80 ± 28,90
	Náusea / Vómitos	1,34 ± 0,64	11,50 ± 21,65
	Dolor	1,97 ± 0,93	32,53 ± 31,04
	Disnea	1,34 ± 0,66	11,64 ± 22,03
	Insomnio	2,12 ± 1,09	37,56 ± 36,51
	Pérdida de apetito	1,61 ± 0,91	20,63 ± 30,65
	Estreñimiento	1,78 ± 1,04	26,19 ± 34,66
	Diarrea	1,23 ± 0,58	7,90 ± 19,51
	Dificultades financieras	1,94 ± 1,03	31,48 ± 34,59
Global		5,11 ± 1,43	68,58 ± 23,85

**Tabla VI**  
**PUNTAJES ESTANDARIZADOS SEGÚN ETAPIFICACIÓN FIGO**

		Etapa I n (74)	Etapa II n (24)	Etapa III n (22)	Etapa IV n (5)
Funcional	Funcionamiento físico	79,54 ± 21,71	74,72 ± 27,73	71,21 ± 27,09	80,00 ± 34,64
	Funcionamiento del rol	83,55 ± 27,37	80,55 ± 34,98	81,06 ± 32,24	80,00 ± 44,72
	Funcionamiento emocional	75,00 ± 28,96	76,38 ± 29,04	75,75 ± 28,51	80,00 ± 34,13
	Funcionamiento cognitivo	78,15 ± 27,01	84,72 ± 17,66	75,75 ± 32,00	86,66 ± 21,73
	Funcionamiento social	56,53 ± 28,84	64,23 ± 22,58	59,46 ± 32,04	43,33 ± 35,05
Síntomas	Disnea	14,41 ± 25,33	11,11 ± 16,05	4,54 ± 15,58	6,6 ± 14,90
	Insomnio	37,83 ± 35,89	41,66 ± 40,82	25,75 ± 30,74	60,6 ± 43,46
	Pérdida apetito	19,36 ± 31,69	25,0 ± 32,96	21,21 ± 26,31	20,0 ± 29,81
	Náusea/Vómito	11,48 ± 22,90	9,02 ± 13,88	16,66 ± 26,22	3,3 ± 7,45
	Constipación	29,72 ± 36,83	9,72 ± 20,80	31,81 ± 33,29	33,3 ± 47,14
	Diarrea	5,85 ± 15,95	19,44 ± 29,35	4,54 ± 15,58	0
	Fatiga	30,63 ± 27,88	33,33 ± 32,60	39,89 ± 25,35	31,1 ± 45,40
	Dolor	30,18 ± 29,15	37,50 ± 33,06	36,36 ± 33,58	30,0 ± 44,72
	Dificultades financieras	30,18 ± 34,53	36,11 ± 35,32	31,81 ± 36,33	26,6 ± 36,51
Global		67,68 ± 26,42	73,95 ± 19,24	65,15 ± 21,76	50,00 ± 83,33

**Tabla VII**  
**PUNTAJES ESTANDARIZADOS SEGÚN TIPO DE TRATAMIENTO**

	Dimensión	Cirugía (His- terectomía y Conización) (n=54)	Radioterapia (n=6)	Histerectomía y Radioterapia (n=5)	Quimioterapia y Radioterapia (n=42)	Histerectomía, Quimioterapia y Radioterapia (n=18)
Funcional	F. físico	85,92 ± 14,59	70,00 ± 33,92	76,00 ± 19,20	69,68 ± 28,29	73,33 ± 27,72
	F. del rol	91,35 ± 16,74	63,88 ± 49,90	80,00 ± 36,13	78,17 ± 34,62	74,07 ± 36,70
	F. social	83,95 ± 22,65	83,33 ± 33,33	63,33 ± 29,81	68,65 ± 32,55	70,37 ± 30,54
	F. cognitivo	81,17 ± 25,70	80,55 ± 19,48	76,66 ± 19,00	78,57 ± 27,86	76,85 ± 28,66
	F. emocional	60,18 ± 28,30	61,11 ± 31,47	60,00 ± 27,88	56,34 ± 28,73	52,77 ± 30,51
Síntomas	Disnea	8,64 ± 19,62	5,55 ± 13,60	13,33 ± 29,81	14,28 ± 22,26	16,66 ± 28,58
	Insomnio	30,86 ± 30,26	50,00 ± 45,94	60,00 ± 36,51	42,85 ± 41,17	31,48 ± 35,18
	Pérdida de apetito	14,81 ± 27,97	16,66 ± 27,88	40,00 ± 27,88	25,39 ± 31,92	24,07 ± 35,80
	Náusea/Vómito	8,95 ± 19,07	16,66 ± 21,08	6,66 ± 14,90	15,47 ± 26,13	10,18 ± 19,91
	Constipación	31,48 ± 34,51	55,55 ± 45,54	20,00 ± 44,72	17,46 ± 29,66	24,07 ± 35,80
	Diarrea	4,93 ± 13,59	0	20,00 ± 29,81	12,69 ± 25,45	5,55 ± 17,14
	Fatiga	25,30 ± 23,48	40,74 ± 49,02	24,44 ± 28,76	39,41 ± 30,37	37,65 ± 29,55
	Dolor	25,00 ± 26,25	38,88 ± 49,06	36,66 ± 29,81	39,28 ± 31,62	34,25 ± 34,99
	Dificultades financieras	24,69 ± 33,13	33,33 ± 42,16	20,00 ± 29,81	38,88 ± 36,00	33,33 ± 30,24
Global		70,21 ± 21,87	80,55 ± 23,95	65,00 ± 35,55	66,26 ± 24,75	67,12 ± 25,48

**Tabla VIIIa**  
**FUNCIONAMIENTO FÍSICO**

Parámetro					IC 95%	
	B	Error	t	Valor p	Límite inferior	Límite superior
Intercepto	112,883	22,295	5,063	<0,001	68,721	157,045
Radio	-153,705	50,278	-3,057	0,003	-253,296	-54,113
HT-Quimio-Radio	0					
Radio/edad	2,104	0,839	2,508	0,014	0,442	3,766
Quimio-Radio/edad	-0,742	0,218	-3,406	0,001	-1,173	-0,310
HT-Quimio-Radio/edad	-0,855	0,469	-1,822	0,071	-1,784	0,074

( $r^2=0,244$ ). HT: histerectomía. Quimio: quimioterapia. Radio: radioterapia.

**Tabla VIIIb**  
**FUNCIONAMIENTO DEL ROL**

Parámetro					IC 95%	
	B	Error	t	Valor p	Límite inferior	Límite superior
Intercepto	107,475	29,116	3,691	0,000	49,802	165,148
Radio	-229,168	65,661	-3,490	0,001	-359,229	-99,107
HT-Quimio-Radio	0					
Radio/edad	3,524	1,096	3,216	0,002	1,353	5,694
HT-Radio/edad	-1,528	0,853	-1,791	0,076	-3,218	0,162

( $r^2=0,187$ ). HT: histerectomía. Quimio: quimioterapia. Radio: radioterapia.

Las mujeres que fueron sometidas sólo a histerectomía presentaron peor funcionamiento emocional (Tabla VIII c) que las que tuvieron el tratamiento que combinaba la cirugía con quimio y radioterapia ( $p=0,014$ ), pero entre ellas el funcionamiento emocional mejoraba con la edad de la mujer. El modelo explica el 10,7% de la varianza de la dimensión.

En relación a los síntomas, las mujeres que fueron sometidas sólo a radioterapia presentaron peor sintomatología en la escala de insomnio ( $p=0,015$ ) (Tabla VIII d), como también las de etapa IV FIGO fue significativamente mayor que las en etapa III ( $p=0,045$ ). En el grupo sometida sólo a radioterapia se encontró que las mujeres de más edad presentaron menos síntomas de insomnio que las de menor edad ( $p=0,019$ ), mientras las que estaban con quimio más radioterapia las de mayor edad tenían peor sintomatología. El modelo explica el 19,3% de la varianza de esta dimensión.

Las mujeres que fueron tratadas con histerectomía más radioterapia en etapa II FIGO presentaron mayor sintomatología de diarrea (Tabla VIII e). Este modelo explica el 21,6% de la varianza de esta dimensión.

Las dimensiones social y cognitiva, así como los síntomas de disnea, pérdida de apetito, náusea/

vómito, estreñimiento, fatiga, dolor, dificultades financieras y la escala global, no fueron explicadas por las variables edad, tratamiento y etapificación FIGO.

## DISCUSIÓN

Si bien en el manejo del cáncer la reducción de la mortalidad y morbilidad son todavía el foco más importante de las investigaciones clínicas, la CV es un parámetro relevante en la evaluación de las intervenciones realizadas, lo que se respalda en la gran cantidad de literatura publicada al respecto.

El tratamiento de las usuarias afectadas de CC no solo debe ir enfocado a disminuir la mortalidad por la enfermedad, sino también a mejorar la supervivencia sin comprometer la CV de las personas (13-17). Según Schwartzmann (13), la evaluación de la CV en las personas representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción de su bienestar. Por consiguiente, el concepto de CV, necesariamente incorpora la percepción del paciente, y por ende constituye una necesidad en la evaluación de resultados en salud, incluyendo el tratamiento al cual fue sometido.

**Tabla VIIIc**  
**FUNCIONAMIENTO EMOCIONAL**

Parámetro	B	Error	t	Valor p	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Intercepto	95,998	28,877	3,324	0,001	38,798	153,198
HT	-85,129	34,120	-2,495	0,014	-152,714	-17,544
HT-Quimio-Radio	0					
HT/edad	1,069	0,385	2,775	0,006	0,306	1,832
HT-Quimio- Radio/edad	-0,934	0,607	-1,537	0,127	-2,137	0,269

( $r^2=0,107$ ).HT: histerectomía. Quimio: quimioterapia. Radio: radioterapia.

**Tabla VIII d**  
**SÍNTOMA INSOMNIO**

Parámetro	B	Error	t	Valor p	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Intercepto	41,225	39,911	1,033	0,304	-37,860	120,311
Radio	201,262	81,816	2,460	0,015	39,139	363,385
HT-Quimio-Radio	0					
Radio/edad	-3,223	1,351	-2,387	0,019	-5,899	-0,547
Quimio- Radio/edad	0,812	0,354	2,291	0,024	0,110	1,514
Etapas III FIGO	-35,400	17,441	-2,030	0,045	-69,959	-0,840
Etapas IV FIGO	0					

( $r^2=0,193$ ).HT: histerectomía. Quimio: quimioterapia. Radio: radioterapia.

**Tabla VIII e**  
**SÍNTOMA DIARREA**

Parámetro	B	Error	t	Valor p	IC 95%	
					Límite inferior	Límite superior
Intercepto	4,331E-14	13,188	0,000	1,000	26,143	-26,143
HT y Radio /etapas II	66,667	22,841	2,919	0,004	111,947	21,386
HT-Radio-Quimio / etapas III	0					

( $r^2=0,216$ ).HT: histerectomía. Quimio: quimioterapia. Radio: radioterapia.

La dimensión de funcionamiento emocional es la que presenta un mayor deterioro en este grupo de mujeres. Al respecto, la revisión en la literatura muestra resultados concordantes con el deterioro de esta área de la vida de la mujer (10,18-20).

En cuanto a la función del rol es un área que cobra relevancia al momento de educar a la población en relación al proceso de la enfermedad. En

la literatura revisada, la extirpación del útero tiene un connotación cultural y social importante, representando en diferentes culturas la de femineidad, el ser atractiva para el sexo opuesto, de fertilidad en el sentido de cumplir con su rol de procrear y tener hijos, repercusiones profundas en la imagen corporal, la autoestima y pérdida de confianza en satisfacer las expectativas de las relaciones sociales



(18,19). Estas repercusiones en el funcionamiento del rol asociadas a factores culturales, son muy similares a las encontradas en estudios de mujeres tratadas por cáncer de mamas (20).

En relación al funcionamiento físico, la literatura reporta que a pesar de ser la dimensión más evaluada por los equipos de salud, es la que menos afecta a las mujeres que se tratan por CC, siendo la que menos se prolonga en el tiempo y la que se relaciona directamente con el tipo de tratamiento que reciben estas mujeres (18,21,22). Los resultados obtenidos en esta investigación, muestran una diferencia significativa de acuerdo al tratamiento recibido por las mujeres afectadas por CC. Aquellas mujeres tratadas solo con radioterapia son las que refieren un mayor compromiso en esta dimensión.

Hsu y cols en el año 2009, comparó la CV según tipo de tratamiento recibido (cirugía o radioterapia) en mujeres afectadas por CC en estadios precoces de la enfermedad y demostró que a pesar de que se evidenciaron diferencias significativas en los resultados relacionados a los efectos secundarios, la calidad de vida a largo plazo después del tratamiento fue muy similar a lo observado en nuestro estudio (23).

En relación a la función emocional, es importante destacar que se ha descrito que la depresión en estas mujeres puede perdurar más allá de los dos primeros años post tratamiento (22). Ashing-Giwa y cols (10), se refieren al CC como aquel responsable de las mayores tasas de depresión si se les compara con otros cánceres. En un estudio cualitativo en población china con CC se señala depresión, ansiedad, irritabilidad, preocupación, miedo a la enfermedad y a la posibilidad de recidiva del cáncer y sentimiento de culpa, debido a la carga familiar como parte de las vivencias de estas mujeres (20,24). Se postula que la mayor carga psicológica estaría determinada por la edad de las mujeres con CC, ya que son en general mujeres jóvenes y en edad reproductiva y por tanto a la carga cultural que representa la pérdida del útero en este grupo y edad (18,19,20).

En relación a los síntomas, a diferencia del estudio de Park y cols (25), en nuestro estudio los problemas como estreñimiento y diarrea fueron señalados por un porcentaje muy bajo de la población estudiada, tal vez dado por el tipo de tratamiento al cual fueron sometidas y al momento en el cual se realizó esta medición.

En relación a la calidad de vida global, los resultados obtenidos en esta investigación son bastante positivos, ya que un alto porcentaje de la población estudiada responde bien al momento de evaluar esta dimensión. Los resultados son similares a los encontrados en otros estudios en donde la CV global suele ser adecuada durante el período de remisión del CC, a pesar de referir molestias en otras áreas, lo que estaría reflejando un ajustamiento a la

vida posterior al cáncer (3,26). En la evaluación de la CV global es importante considerar las condiciones de CV al momento del diagnóstico o inicio del tratamiento, en donde puede existir una alta carga de síntomas con un compromiso importante de la puntuación de la CV global del individuo (22). En la actualidad existen nuevas iniciativas en cuanto a combinación de quimioterápicos, sin embargo, aún son pocos los ensayos clínicos de quimioterapia combinada que den cuenta de la evaluación de la CV de las pacientes tratadas bajo estos esquemas, y los que existen no han demostrado diferencias importantes (17).

Una limitación de la presente investigación es que el instrumento utilizado, el QLQC-30, no considera la calidad de vida sexual, elemento que afortunadamente complementa el EORTC QLQ-CX24 (12), disponible después de esta investigación. Al respecto Vaz y cols (27), su estudio reveló que la dispareunia y la disminución del interés sexual, fueron los eventos adversos que más interfirieron en la calidad de vida a 3 años de finalizado el tratamiento de radioterapia. Los resultados obtenidos por este investigador sugieren que la disminución del interés sexual interfiere negativamente con los dominios físicos y psicológicos, y la dispareunia interfiere con las relaciones físicas y sociales. En la investigación cualitativa de Zen y cols (28), se demostró que a pesar de que los problemas sexuales en la cultura oriental no se discuten abiertamente, la vida sexual y la armonía de la relación sexual con la pareja es uno de los principales indicadores de la calidad de vida.

La percepción de la CV es un proceso dinámico y por consiguiente debe ser analizado de acuerdo al momento en que las personas realizan la evaluación de ésta, considerando que la medición responde a un conjunto de valores de acuerdo a la cultura, creencias y contexto personal, y al valor que cada uno de los individuos le asigna a determinados factores o elementos de esta evaluación. Como es sabido, el CC a diferencia de otros cánceres ginecológicos, puede ser controlado y curado, llegando a tener una esperanza de vida adicional de 25-30 años (24), por lo que es importante poder determinar a largo plazo el impacto del tratamiento sobre la calidad de vida de estas mujeres (29).

## CONCLUSIÓN

Evaluaciones de la calidad de vida durante el curso de la enfermedad puede ser útil para la proyección de los resultados en salud a mediano y largo plazo y debiera incorporarse en la evaluación o valoración de las usuarias con cáncer tratada en los servicios sanitarios de forma rutinaria y estandarizada, con lo cual se podría realizar una intervención apropiada de acuerdo a la evidencia reportada en sus diferentes dimensiones. Junto a esto

cabe plantearse cuán capacitados estamos los integrantes del equipo de salud para evaluar con precisión la CV de nuestras usuarias de los servicios de salud, situación que nos desafía a capacitarnos en esta importante área.

## REFERENCIAS

1. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 2003;9:9-21.
2. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-9.
3. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Coffey Kluhsman B, Fairclough DU, Krebs L, Anton-Culver H, Berkowitz R, Aziz N. Quality of life in long-term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol* 2005;97:310-7.
4. Hawighorst-Knapstein S, Fuschshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, Schoenefuss G, Knapstein PG, Koelbl H, Kelleher DK, Vaupel P. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-years study. *Gynecol Oncol* 2004;94:398-403.
5. Basen-Engquist K, Paskett E, Buzaglo J, Miller S, Schover L, Wenzel L, Bodurka D. Cervical Cancer. Behavioral factors related to screening, diagnosis, and survivors' quality of life. *Cancer* 2003;98:2009-14.
6. Schover L. Quality counts: The value of women's perceived quality of life after cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:3-4.
7. Bye A, Tropé C, Havard Loge J, Hjermsstad M, Kaasa S. Health-related quality of life and occurrence of intestinal side effects after pelvis radiotherapy. Evaluation of long-term effects of diagnosis and treatment. *Acta Oncol* 2000;39:173-80.
8. Klee M, Thranov I, Machin D. The patients' perspective on physical symptoms after radiotherapy for cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76: 14-23.
9. Trimbos JB, Maas CP, Deruiter MC, Peters AW, Kenter GG. A nerve-sparing radical hysterectomy: Guidelines and feasibility in Western patients. *Int J Gynecol Cancer* 2001;11:180-6.
10. Ashing-Giwa K, Kagawa-Singer M, Padilla G, Tejero J, Hsiao E, Chhabra R, Martínez L, Tucker MB. The impact of cervical cancer and dysplasia: A qualitative, multiethnic study. *Psychooncology* 2004;13:709-28.
11. Capelli G, De Vincenzo R, Addamo A, Bartolozzi F, Braggio N, Scambia G. Which dimensions of health-related quality of life are altered in patients attending the different gynaecologic oncology health care settings? *Cancer* 2002;95:2500-7.
12. EORTC Quality of Life group. EORTC Quality of life. Disponible en <http://www.eortc.be/home/qol/>.
13. Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: Aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería* 2003;9:9-21.
14. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick D. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-9.
15. Testa M. Current concepts: assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med* 1996;334:835-40.
16. WHO. The World Organization quality of life instruments (sf). Recuperado el 12 de diciembre de 2004: [www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/ql1.htm](http://www.who.int/evidence/assessment-instruments/qol/ql1.htm).
17. Greimel E, Thiel I, Peintinger F, Cegnar I, Pongratz E. Prospective assessment of quality of life of female cancer patients. *Gynecol Oncol* 2002;85:140-7.
18. De Vincenzo R, Amadio G, Ricci C, Licamela A, Ferrandin G, Capelli G, Scambia G. Treatment of cervical cancer in Italy: Strategies and their impact on the women. *Vaccine* 2009;27: A39-45.
19. Montazeri A, Vahdaninia M, Harirchi I, Brahimi M, Khaleghi F, Jarvandi S. Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008,8:330.
20. Doumit M, Saghir N, Abu-SaadHuijjer H, Kelley J, Nas-sar N. Living with breast cancer, a Lebanese experience. *Eur J Oncol Nursing* 2010;14:42-8.
21. Montes L, Mullins M, Urrutia M<sup>a</sup>. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2006;71:129-13.
22. De Groot J, Mah K, Fyles A, Winton S, Greenwood S, Depetrillos A, *et al*. The psychosocial impact of cervical cancer among affected women and their partners. *Int J Gynecol Cancer* 2005;15:918-25.
23. Hsu W, Chung N, Chen Y, Ting L, Wang P, Hsieh P, Chan S. Comparison of surgery or radiotherapy on complications and quality of life in patients with the stage IB and IIA uterine cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2009;115:41-5.
24. Chun Zeng Y, Li D, Yuen Loke A. Life after cervical cancer: Quality of life among. *Nurs Health Sc* 2011;13:296-302.
25. Park S, Bae D, Nam J, Park C, Cho C, Lee J, Lee M, Kim S, Park S, Yun Y. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer* 2007;110:2716-25.
26. Klee M, Thranov I, Machin D. Life after radiotherapy: the psychological and social effects experienced by women treated for advanced stages of cervical cancer. *Gynecol Oncol* 2000;76:5-13.
27. Vaz A, Marques D, Costa L, Siani S, Barros S, Mendes A. Quality of life and adverse events after radiotherapy in gynecologic cancer survivors: a cohort study. *Arch Gynecol Obstet* 2011;284;1523-31.
28. Davidson S. Treatment for advanced cervical cancer: Impact on quality of life. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011;79:24-30.
29. Klee M, Machin D. Health-related quality of life of patients with endometrial cancer who are disease-free following external irradiation. *Acta Oncol* 2001;40:816-24.