

Medidas de utilidad y Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos colombianos con tumores sólidos

Rafael Chaves-Cardona¹, Martin Romero-Prada^{1, 2}, Maria Victoria Ocampo¹, Duván Gallo², Lina María Gómez², Natalia Clavijo²

1. Universidad Jorge Tadeo Lozano
2. Grupo Proyéctame

Autor responsable de correspondencia:
Romero Prada Martín Emilio
Dirección: Calle 127ª N 70h-42, Bogotá - Colombia
Celular: 3107852249
Email: martin.romero@proyecta-me.com

RESUMEN

Según un informe del año 2020 la Organización Mundial de la Salud, expone cómo en 20 años la totalidad de casos prevalentes por cáncer aumentará un 60% a nivel mundial y en los países de ingresos bajos-medios sería del 74.07%, por lo cual este organismo propone seguir una serie de recomendaciones como abordar tanto los indicadores de salud tradicionales como el ámbito psicosocial para mejorar el sistema de salud. El objetivo de este estudio es evidenciar el impacto del cáncer en la calidad de vida y el estado de salud, de los pacientes oncológicos en Colombia. Se realizó un estudio observacional de corte transversal utilizando instrumentos de PRO, como EORTC QLQ-C30 y EQ5D-3L. Se recopiló la información de 356 personas convocados por asociaciones de pacientes. Los resultados fueron analizados por medio de estadística descriptiva e inferencial, por medio del método de mínimos cuadros ordinarios. Para el EORTC QLQ-C30, el estado de salud global fue de 66.05 (IC al 95% de 63.78-68.32), en las escalas funcionales, la función emocional y social fueron las dos escalas con calificación más bajas (71.57 y 71.77), sin diferencias representativas. Para el EQ5D-3L utilidad promedio fue de 0.70 (DE de 0.20), y el 50% de las personas tienen utilidades entre 0.63 y 0.82. La población analizada presentó más afectación en los componentes de dificultades financieras, insomnio, ansiedad, depresión y función emocional, estableciendo la necesidad de futuras intervenciones y creación de políticas pública, generando mejor calidad de vida en los pacientes.

Palabras clave: Calidad de Vida, desenlaces reportados por pacientes, cáncer

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con el informe de la situación del cáncer en la población colombiana del año 2018, elaborado por la cuenta de alto costo, la prevalencia de cáncer reportados fue de 275.348, de los cuales 37.630 corresponden a casos nuevos, aumentando el 15,82% la totalidad de pacientes con respecto al año 2017. Adicional, el 95.1% del total de casos prevalentes son de carácter invasivo y el 4.9% como cáncer in situ, comportamiento similar a los casos incidentes reportados (1). La prevalencia de cáncer invasivo ha aumentado pasando por 393,3 en 2016, 446,9 por 100.000 habitantes en 2017 hasta 531 por 100.000 habitantes en 2018 (1,2). La Organización Mundial de la Salud (OMS), en un informe del año 2020, expone cómo en las próximas dos décadas la totalidad de casos prevalentes por cáncer aumentará un 60% a nivel mundial y en los países de ingresos bajos-medios, como Colombia, podría presentarse un incremento del 74.07% (3).

Más allá de las medidas de prevención de la OMS, para la disminución de casos incidentes; esta institución establece como recomendación principal la mejora de la prestación de servicios relacionados con pacientes oncológicos (3), creando políticas acorde a cada país (4); las cuales deben abordar el ámbito psicosocial (5) y no solo los indicadores de salud tradicionales. Sin importar cuál sea la causa del incremento de esta condición, ha generado que el cáncer sea una prioridad para las políticas públicas en salud de Colombia. En este sentido el gobierno formuló acciones para la atención integral de los pacientes con cáncer, enmarcadas en el plan decenal para el control del cáncer 2012-2021 (6) y en la ley 1384 de 2010 (7); donde se señala que es indispensable mejorar la calidad de vida de los pacientes. El Observatorio Nacional de Cáncer (ONC Colombia) a pesar de tener el objetivo de suministrar información adecuada sobre el cáncer para la toma de decisiones, no aborda los ámbitos de bienestar físico, mental y social en su totalidad, profundizando poco en los resultados y por consiguiente las acciones relacionadas con el mejoramiento en la calidad de vida de los pacientes con cáncer, además de no mencionar al paciente como fuente de información principal (8).

Conceptualmente la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), permite conocer el bienestar del paciente desde su propio punto de vista, permitiendo evaluar los cambios como resultado de intervenciones

médicas o de los sistemas de salud (9), demostrando utilidad para la descripción del impacto de la enfermedad en la vida de los pacientes (10). Así mismo el concepto de Patients Reports Outcomes (PRO), es la información proporcionada por el paciente exponiendo los síntomas asociados a su estado de salud y cómo afectan su calidad de vida relacionada con la salud (11), es decir que la CVRS es un concepto que incluye múltiples dominios que representa la percepción general del paciente frente al efecto de la enfermedad y el tratamiento en diversos aspectos de la vida física, psicológica y social. Dicha información proporcionada por el paciente sería la base para un diseño adecuado la ruta de atención en especial para pacientes con cáncer en estado avanzado (12).

En este sentido la implementación de uso de manera sistemática de cuestionarios que evalúen los PRO de pacientes con cáncer podría favorecer la atención integral que se propone desde el gobierno nacional y en especial en la atención de pacientes en estado avanzado, como la que se desarrolla en los modelos de cuidado paliativo, en la que una intervención ordenada de los síntomas predominantes mejoran la CVRS, de tal manera que como paso inicial para el desarrollo de estas estrategias se plantea este estudio que busca demostrar la utilidad de este tipo de cuestionarios para el abordaje de pacientes en Colombia (10,11) .

Existen algunas publicaciones científicas sobre la evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia, como el realizado por Castillo-Ávila y colaboradores, el cual tiene como población objetivo personas con cáncer cérvico-úterino, las cuales fueron objeto de aplicación de instrumentos de PRO como el EORTC, QLQ – C30 y QOL – CX24 (Quality of Life of Cervical Cancer); evidenciando que los aspectos más afectados de la calidad de vida relacionados con la salud son: actividades sociales (51.9%), los estados funcional y físico, efectos del tratamiento en la vida familiar (48.1%) y dificultades financieras a causa de la enfermedad (47.2%)(13). En Antioquia, Salas Zapata C, et al. por medio de la aplicación del WHOQOL BREF (World Health Organization Quality of Life, versión abreviada), se evidencio que los factores socioeconomicos, el grado de escolaridad, el apoyo familiar y las creencias culturales y religiosas impactan la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama en tratamiento (14). El estudio realizado por Gaviria y col., identificar niveles significativos de ansiedad y depresión en pacientes oncológicos a través del uso de medidas de PRO (15). Mejía-Rojas ME y colaboradores identificaron como los efectos del tratamiento para pacientes con cáncer de mama fueron los principales aspectos que deterioraron la calidad de vida por medio del uso de instrumentos como QLQ – C30 y QLQ – BR23 (Quality of Life of Breast Cancer) (16).

Este estudio hace parte de la estrategia denominada PROCÁN, que surge como apoyo para la realización e implementación de actividades de salud pública, enfocados en medir el estado de salud de los pacientes con cáncer, que generen información válida sobre los puntos críticos a intervenir, y así, planear intervenciones multidimensionales que mejoren la calidad de vida de estos pacientes. Como punto de partida del diseño de la estrategia era necesario contar con una medición inicial de los desenlaces percibidos por los pacientes con cáncer y sus variaciones con respecto a sus condiciones. Este manuscrito tiene el objetivo evidenciar el impacto del cáncer en la calidad de vida y el estado de salud en Colombia, la utilidad del uso de este tipo de cuestionario en la atención de los pacientes con cáncer y en especial en estados avanzados de la enfermedad, los cuales se espera aporten información útil para desarrollar propuestas y acciones sobre la política pública para la atención de los pacientes con cáncer en el país.

METODOLOGIA

Dentro la estrategia conjunta (denominada PROCÁN), desarrollada por un grupo de investigadores de ciencias sociales y de la salud con el apoyo de asociaciones de pacientes oncológicos en diferentes ciudades del país coordinados por la Fundación Simmon, se desarrolló un estudio de corte transversal,

aprobado por comité de ética, con el fin de evaluar la calidad de vida percibida por los pacientes con cáncer en Colombia.

Se emplearon para evaluación de calidad de vida y estado de salud los cuestionarios EORTC QLQ-C30 (17) y EQ5D-3L (18), en sus versiones en español. A partir de una revisión de literatura se identificó que el cuestionario EORTC QLQ-C30 es uno de los más utilizado debido a que puede aplicarse en pacientes con cualquier tipo de cáncer; además, cuenta con una versión validada para Colombia (17). Este es un cuestionario multidimensional de 30 preguntas que evalúa la calidad de vida en cinco dimensiones (físico, rol, cognitivo, emocional, y social), tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómito), y una escala global del estado de salud (QoL), e ítems individuales que evalúan síntomas adicionales comúnmente reportados (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) (19). Las cinco dimensiones se valoran en una escala de 1 a 100 donde 1 refleja una peor percepción de salud y 100 muestra una mejor percepción. En la escala de síntomas la valoración se da también de 0 a 100, pero de manera inversa, 1 refleja que no presenta el síntoma y 100 una peor presentación del síntoma. La valoración del EORTC QLQ-C30 se llevó a cabo utilizando las recomendaciones del EORTC data center (19).

El segundo instrumento empleado fue el cuestionario EQ5D3L (18) en su versión en español para Colombia, es utilizado para identificar los estados de salud, medir la utilidad y evaluar la calidad de vida relacionada con la salud desarrollado por el grupo EuroQoL (20). Consta de dos componentes, el primero evalúa 5 dominios: movilidad, cuidado personal, actividades diarias, dolor/malestar y ansiedad/depresión; cada una de las dimensiones son evaluadas en 3 niveles de severidad: no tengo problemas = 1, tengo algunos problemas = 2 y tengo muchos problemas/soy incapaz = 3. Esta escala da como resultado un número de 5 dígitos que describe el estado de salud del paciente pudiendo así obtener hasta 243 posibles estados de salud, siendo 11111 el mejor estado de salud posible con una utilidad de 1 y 33333 el peor estado posible con una utilidad de -0.101 (21). El segundo componente es una Escala visual análoga (VAS), en la cual el paciente ubica su estado de salud, siendo 1 el peor estado imaginable y 100 el mejor. Para la valoración de los estados de salud del EQ5D-3L se utilizó la puntuación recomendada para Colombia obtenida por Zarate y col. (21).

La aplicación en medio físico de los dos cuestionarios para este estudio, fue autorizada por los propietarios de su licencia en cantidades superiores a los del tamaño muestral estimado y se verificó previamente la existencia de estudios y su correspondiente validación para Colombia (22).

El tamaño muestral se estimó con un nivel de confianza de 99%, desviación estándar tomada de estudios anteriores de 20 (23) y precisión en el dato obtenido de ± 3 de la medida de CVRS, estimación realizada mediante el cálculo de población finita para un universo estimado de pacientes con cáncer en Colombia para el 2016 de 198.798 (24), con una proporción esperada de pérdidas del 15%, obteniendo 346 pacientes. La muestra se recolectó por medio de la convocatoria a asociaciones de pacientes en diferentes ciudades del país (Bogotá, Cali, Santa Marta, Valledupar y Villavicencio) convocatoria coordinada por la Fundación Simmon. Se incluyeron únicamente pacientes adultos, con cáncer de tipo sólido, con diagnóstico confirmado de cáncer; la aceptación para la inclusión en este estudio fue validada mediante firma del consentimiento informado. La población objeto del estudio participaron de manera libre y voluntaria, sin ninguna cohesión sobre sus respuestas y eran libres de no responder las preguntas que consideraran.

La encuesta total que incluye la caracterización del paciente y su enfermedad, y los cuestionarios establecidos fue llevada a cabo por personal del área de la salud, previamente capacitadas en el objetivo del estudio y en la aplicación de los instrumentos. Fue aplicada durante los meses de junio y julio del 2018. Debido a que la información se recolectó en papel, se transcribió en una base de datos única, proceso

validado por dos de los investigadores con el fin de no generar pérdidas de información y asegurar la calidad de los datos obtenidos.

Los datos de caracterización de la población y su enfermedad fueron analizados mediante estadística descriptiva utilizando la media y la desviación estándar. Se utilizó también estadística inferencial para la caracterización tomando intervalos de confianza al 95% y la comparación de puntajes obtenidos con los instrumentos de calidad de vida mediante regresión de mínimos cuadrados ordinarios, tomando como valor estadísticamente significativo valores de $p < 0.05$. Se utilizó el paquete de software estadístico Stata Versión 14 en el estudio (25).

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 355 encuestados, proceso de recolección coordinado por la Fundación Simmon, los cuales reflejaron una edad promedio 56.12 años (DE ± 14.3 años) y un rango intercuartílico 47 a 67 años. El 69.01% de los pacientes pertenecen al género femenino con 245 mujeres, encontrándose 2.3 mujeres encuestadas por cada hombre participante. (Tabla 1).

Los tipos de cáncer más frecuentes fueron de mama, otros y colon; nueve individuos reportan más de un tipo de cáncer, similar a lo reportado en la literatura y la mayoría de los pacientes se encuentran en manejo con quimioterapia y radioterapia. Se resalta que el 5.67% de los encuestados desconocen su estado actual (Tabla 2). Para evidenciar el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el momento de la encuesta, se presentan los resultados a partir de la información proporcionada por los encuestados. El 82.53% de la población posee fecha de diagnóstico y fue posible identificar el tiempo con la enfermedad, excluyendo 24, pacientes que no la recuerdan y 60 pacientes la registraron incompleta (Tabla 2).

Los resultados relacionados con la escala global de salud medidos con EORTC QLQ-C30, muestran que de 0 a 100, siendo 100 la mejor percepción de salud, el estado de salud global es de 66.05 (IC al 95% de 63.78-68.32). Cuando se evalúan las dimensiones funcionales, la función emocional y social poseen las calificaciones más bajas (71.57 y 71.77), sin diferencias representativas entre todas las escalas de función. Dentro del análisis de los síntomas, la cual se califica de manera inversa, es decir, a mayor puntuación peor percepción de salud, las dificultades financieras y el insomnio son los que peor valoración presentan (58.2 y 36.76) (Tabla 3).

Para el análisis del estado de salud de las personas encuestadas de acuerdo con las respuestas del instrumento EQ5D-3L, se tuvieron en cuenta 338 encuestados, ya que respondieron esta parte de la encuesta completamente. Se encontró que la utilidad promedio es de 0.70 (DE de 0.20), y el 50% de las personas tienen utilidades entre 0.63 y 0.82.

La calidad de vida dependiendo de las diferentes características demográficas y clínicas, se encuentra una relación entre las puntuaciones promedio encontradas para el instrumento EQ5D-3L y para el EORTC QLQ-C30. En cuanto al análisis por género, se evidencia que con ambos instrumentos las mujeres presentan peor calificación tanto en el componente general como en la escala específica; siendo esta diferencia estadísticamente significativa únicamente para la utilidad del EQ5D-3L. Adicional, la peor puntuación promedio la posee los pacientes con cáncer que presentan comorbilidad preexistente y en aquellos que el cáncer ha progresado o no conocen cuál es su estado actual comparado con aquellas personas que se refieren mejoría, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$). No se identificaron

diferencias significativas por edad, tipo de tratamiento en los últimos 6 meses, ni por tiempo con la enfermedad (Tabla 4).

DISCUSIÓN

Este trabajo con sus resultados permite demostrar la utilidad de hacer una valoración paramétrica de los síntomas de pacientes con cáncer, al evidenciar diferencias entre los pacientes. Adicionalmente, pacientes con estadio de la enfermedad más avanzado, reflejan una situación de salud más comprometida por la severidad de los síntomas.

Los estudios previamente realizados en Colombia, como el de Bermúdez y colaboradores (22), en donde evaluaron la calidad de vida mediante el cuestionario QLQ-C30, en población con cáncer que asistían a una fundación en la ciudad de Bucaramanga, con un puntaje promedio de 60 ± 9.3 (IC 95% 57,01-62,99) reflejando concordancia con los datos obtenidos en esta investigación comparada con la de este estudio que encontró una medida general de 66,05 (IC95% 63,78-68,32).

Finck y colaboradores (23) por medio del EORTC QLQ-C30 en 1500 colombianos de la población en general, encontraron un puntaje promedio de estado global de salud de 77.1 (DE 18.5); cuando se compara este resultado frente a la medida de calidad de vida obtenida en los pacientes con cáncer incluidos en este estudio la disminución a causa de la enfermedad es de más de 10 puntos (Promedio 66.05, IC al 95% de 63.8-68.3). En la escala funcional y la de síntomas, se refleja mayor afectación en la población con cáncer con respecto a la población en general; con escalas funcionales por encima de 87, mientras que en los pacientes con cáncer la mayor puntuación la tiene la función cognitiva con el 76.8 (73.93-79.66), los síntomas en la población general la dimensión con mayor afectación es la fatiga, con un puntaje de 14.0 (DE 18.4), mientras que en la población con cáncer es la disnea (Promedio 13.68, IC al 95% 10.89 - 16.46). Adicional, los participantes de este análisis perciben más dificultades financieras, alcanzando un promedio de 52.8 (IC al 95% 48.68 - 56.92), y en la población en general es en promedio de 7.2. Al ver estas diferencias se puede demostrar la sensibilidad del cuestionario para identificar el grado de compromiso de los pacientes con cáncer frente población general, objetivo de esta investigación.

En cuanto a estudios internacionales, Hinz y colaboradores realizaron un estudio de calidad de vida con el instrumento EORTC QLQ-C30 en 2059 pacientes Alemanes con diferentes tipos de cáncer, donde encontraron reducción promedio de la escala funcional de 11.8 puntos al compararlo con la población alemana general (Promedio población con cáncer de 74.8, DE 19.3) y una diferencia de 9.2 puntos para la escala de síntomas (Promedio población con cáncer de 20.8, DE 16.6) (26). Al compararlo con los resultados del presente estudio, se evidencian similitudes en el puntaje promedio de la escala funcional, siendo de 73.81 (IC al 95% 71.56 – 76.04) y en la escala de síntomas, siendo de 29.02 (IC al 95% 26.88 - 31.14). Para las escalas funcionales, se evidencia que tanto en la población alemana como en los pacientes analizados en este estudio, la mayor afectación la presenta el aspecto emocional, con valores de 69,8 (DE 24.9) y 71.57 (IC al 95% 68.74 - 74.40), respectivamente. La diferencia más importante entre los dos estudios se presenta, en la escala de síntomas, el puntaje mayor en la población alemana se presenta para fatiga (35.6, DE 25.6), mientras que en este estudio la dificultad financiera fue la que presentó mayor puntuación (52.8 - 48.68 - 56.92).

En Latinoamérica, Torrecilla y colaboradores (27) dentro de su estudio coinciden en identificar en la práctica clínica las necesidades del paciente desde una óptica que incluya psico-oncología, optimizando los servicios de salud por medio de un correcto direccionamiento, incluyendo la medición de la calidad de vida a través del EORTC QLQ – 30; de 80 mujeres diagnosticadas con cáncer, donde se identifica que las dificultades financieras es uno de los ítems más afectados, como en el presente análisis. Así mismo, en el estudio de Salas y colaboradores en Antioquia (14), en el que se evaluó la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama mediante la escala WHOQOL-100, encontrando que las mujeres con la enfermedad tienen una menor medida general y en los dominios físico, psicológico y social, evidenciando que el abordaje de los pacientes oncológicos va más allá de la prestación de servicios de salud y pone en evidencia la necesidad de implementar estrategias de manejo centradas en las necesidades de los pacientes, abordando aspectos emocionales y de carga financiera.

Para este estudio, tanto en la escala EORTC QLQ-C30 como en el EQ5D3L, la dimensión de ansiedad, depresión y la función emocional son las más afectadas, y son para las cuales el sistema de salud colombiano no plantea dentro de sus rutas de atención una respuesta adecuada. Las dificultades financieras generan en los pacientes encuestados la peor valoración en cuanto a sus desenlaces, haciendo relevante la necesidad de nuevos estudios específicos, que determinen con mejor detalle la toxicidad financiera percibida, ya que esta tiene diferentes contextos desde el gasto de bolsillo hasta la percepción de la catástrofe financiera social, además de los correspondientes efectos de la angustia financiera en la vida cotidiana del paciente, entre otros.

El cáncer, definido en Colombia como una enfermedad catastrófica, por la complejidad técnica en su manejo, el alto costo del tratamiento, y la poca costo-efectividad de las intervenciones (28), genera una peor percepción en la calidad de vida de los pacientes, situación que se refleja en el presente estudio, y en otros estudios publicados (14,22). Así mismo, se evidencia un impacto diferencial de la calidad de vida en personas con comorbilidades y en enfermedad con progresión, mostrando que existen poblaciones con necesidades particulares que deben tenerse en cuenta al momento de implementar medidas adicionales para mejorar su condición de salud.

Los modelos de atención actual se han centrado en la definición de intervenciones curativas, métodos diagnósticos y medicamentos; con este estudio se demuestra la importancia de incorporar el seguimiento e intervención de síntomas que incluso no han sido reconocidos normalmente como indicadores de un paciente con cáncer como podría ser el insomnio o la toxicidad financiera. Se pretende promover el uso de las medidas de calidad de vida en pacientes con cáncer con el fin de tener al paciente como fuente primaria de información, identificando las dimensiones más afectadas en los pacientes con la patología de interés; desarrollando procesos encaminados a la mitigación de los daños, y desarrollar acciones de seguimiento dentro del sistema de seguridad social colombiano que ayuden a la evaluación de las estrategias planteadas.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, se debe tener en cuenta que la información obtenida es auto-reportada por los pacientes que padecen cáncer y no se tiene una descripción clínica detallada de los estadios de la enfermedad que presenta cada uno de ellos. Por otra parte, este análisis no tenía el objetivo encontrar diferencias por fases o tipos de tratamiento específicos, únicamente se realizó una aproximación descriptiva, por lo cual en próximos se buscará dar a conocer esta proyección. Adicionalmente, en el desarrollo de esta investigación es la imposibilidad de usar un cuestionario desarrollado específicamente para la población colombiana, este hecho hace que posiblemente, dimensiones que sean de vital

importancia para los pacientes colombianos de acuerdo con su contexto sociocultural no sean tenidas en cuenta, ni evaluadas. Sin embargo, el uso dentro de la investigación del cuestionario EORTC QLQ-C30, parte de la validación realizada en Colombia por Finck (23), donde se valoró la escala en población general, mayores de 18 años en las principales ciudades del país.

Cabe señalar que es posible que dentro de esta investigación no se cuente con una muestra representativa por estrato socioeconómico, ya que los pacientes con cáncer de estratos superiores al 5 (nivel socioeconómico muy alto) no buscan atención en organizaciones como las fundaciones, sin embargo, y teniendo en cuenta que esta población es menor al 10%, los datos presentados en este análisis permiten enfocar la mirada en la construcción de intervenciones de política pública que cobijen a la mayoría los ciudadanos.

La aplicación de instrumentos de PRO logra identificar previamente los ámbitos a intervenir, permitiendo ajustarse a las necesidades del paciente y desarrollar su respectivo seguimiento. Kaasa S y colaboradores exponen el uso de los resultados informados por los pacientes para obtener un mejor control de los síntomas, mejor salud física y mental y realizar un mejor uso de los servicios de salud, ya que no hay un acuerdo que estandarice las prioridades en cuanto al manejo paliativo del paciente (29). Igualmente se considera pertinente continuar realizando a futuro estudios que aborden calidad de vida y las otras necesidades paliativas de esta población. Para el presente estudio se evidencia cómo los pacientes que expresan que el cáncer ha progresado, poseen menor calidad de vida con respecto a los que manifestaron que el cáncer había mejorado, estaba controlado o no sabían; al registrar medidas promedio menores para el EQ5D – 3L, el estado global de salud y la escala funcional del EORTC y medidas promedio más altas para la escala de síntomas del mismo instrumento de PRO, reflejando la importancia de intervenir a dichos pacientes. Una de las estrategias de intervención expuestas por la OMS (14) para mejorar la calidad de vida del paciente, aliviando sufrimiento físico o psicológico, social o espiritual (13) es incluir las necesidades paliativas de los pacientes oncológicos (12) Este estudio logra mostrar el beneficio de su aplicación en pacientes con cáncer en las diferentes etapas de la enfermedad y muestra como su uso rutinario, como parte de la actividad clínica permitiría orientar mejor las acciones en grupos donde es aun mas sensible la presencia de los síntomas como puede ser en pacientes con enfermedad avanzada. (16,30).

Adicionalmente, se muestra como el cáncer impacta negativamente la calidad de vida de los pacientes, visto desde el concepto global de calidad de vida; como las diferentes dimensiones que se pueden valorar al utilizar instrumentos de PRO, los cuales además de aportar información importante en la atención demostraron su sensibilidad en las diferentes etapas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Se evidencia que los pacientes diagnosticados con cáncer tienen un deterioro de su calidad de vida, presentando afectaciones en componentes como dificultades financieras, insomnio, ansiedad, depresión y función emocional, además de los síntomas relacionados con la enfermedad y su tratamiento. El uso de instrumentos de valoración específica como el EORTC QLC30 permiten identificar paramétrica las atenciones multidisciplinarias de la atención y la estandarización de uso habitual podría ser objeto de una política pública.

LISTA DE ABREVIATURAS

CVRS: Calidad de Vida Relacionada con la Salud

DE:	Desviación estándar
EORTC:	European Organization for Research and Treatment of Cancer
EQ5D-3L:	Cuestionario EuroQoL-5 Dimensiones - 3 Niveles.
IC:	Intervalo de confianza
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PRO:	Patient reported outcome
QLQ – BR23:	Quality of Life of Breast Cancer
QLQ - C30:	Quality of Life of Cancer Patients
QOL – CX24:	Quality of Life of Cervical Cancer
VAS:	Escala visual análoga
WHOQOL BREF:	World Health Organization Quality of Life, Versión abreviada
WHOQOL-100:	World Health Organization Quality of Life

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR

Este estudio fue aprobado por un comité de ética Riesgo de Fractura con el número 30983. Para todos los participantes, el consentimiento escrito se obtuvo de acuerdo con el protocolo del estudio.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los investigadores participantes en este proyecto de investigación declaran que no presentan ningún conflicto de interés.

FINANCIAMIENTO

El proyecto PROCÁN recibió una financiación mediante un grant de laboratorios MSD para su ejecución, sin embargo, esto no influyó en el diseño, análisis y resultados del estudio.

AGRADECIMIENTOS

Agradecimiento especial a la Fundación Simmon, a su directora y todo el equipo de la Fundación por el apoyo en el desarrollo de la investigación en especial en la coordinación y convocatoria de los grupos de pacientes fundamentales en esta investigación y a los pacientes que dedicaron tiempo e ilusión en responder las encuestas. Agradecimiento a Lina María Huérfano por su colaboración en la fase de ejecución de esta investigación y por todos los aportes realizados.

REFERENCIAS

1. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo, Ministerio de Salud y la Protección Social. Situación del cancer en la poblacion atendida en el SGSSS de Colombia 2018. Fondo Colomb Enfermedades Alto Costo. 2019;37,38,39.

2. Fondo Colombiano de enfermedades de alto costo. Cuenta de alto. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el SGSSS de Colombia 2017. 217AD.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS expone en líneas generales los pasos para evitar la muerte 7 millones de personas por cáncer. 2020.
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Improving the quality of health care. *Virtual Mentor*. 2004;6(6):253–4.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). World Cancer Report 2014. *Adv Nutr*. 2016;7(2):418–9.
6. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública, PDSP, 2012 - 2021. Ministerio de Salud y Protección Social. 2013.
7. Congreso de la República de Colombia. Ley 1384 de 2010. Ley Sandra Ceballos. *Diario Oficial* 2010.
8. Minisiterio de Salud y Protección Social. Observatorio Nacional de Cáncer. *ONC Colomb*. 2018;1–59.
9. Fayers PM, Machin D. Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes: Second Edition. *Quality of Life: The Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes: Second Edition*. 2007.
10. Urzúa M. A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chil*. 2010;138(3):358–65.
11. Deshpande P, Sudeepthi BI, Rajan S, Abdul Nazir C. Patient-reported outcomes: A new era in clinical research. *Perspect Clin Res*. 2011;
12. Hoerger M, Greer JA, Jackson VA, Park ER, Pirl WF, El-Jawahri A, et al. Defining the elements of early palliative care that are associated with patient-reported outcomes and the delivery of end-of-life care. *J Clin Oncol*. 2018;36(11):1096–102.
13. Castillo-Ávila IY, Canencia-Padilla J, Zurbarán-Lamadrid M, Pertuz-Cantillo D, Montes-Padilla M, Jiménez-Chacón E. Quality of life in women with cervical cancer, Cartagena (Colombia), 2012. *Rev Colomb Obstet Ginecol*. 2015;66(1):22–31.
14. Salas Zapata C, Grisales Romero H. Calidad de vida y factores asociados en mujeres con cáncer de mama en Antioquia, Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2010;
15. Milena A, Fernanda M, Margarita J, Riveros MF, Quiceno JM. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicol desde el Caribe*. 2007;unknown(20):50–75.
16. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *Biomédica*. 2020;40(2):349–61.
17. Sánchez R, Venegas M, Otero J, Sánchez O. Adaptación transcultural de dos escalas para medir la calidad de vida en pacientes con cáncer en Colombia: EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. *Rev Colomb Cancerol*. 2009;
18. EuroQol Group. EuroQol--a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*. 1990 Dec;16(3):199–208.
19. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K. EORTC QLQ-C30 scoring manual. *Eortc*. 2001.
20. Herdman M, Badia X, Berra S, Badia X. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la

calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria*. 2001;28(6):425–9.

21. Zarate V, Kind P, Chuang LH. Hispanic valuation of the EQ-5D health states: A social value set for Latin Americans. *Value Heal*. 2008;11(7):1170–7.
22. Cruz Bermudez HF, Moreno Collazos JE, Angarita Fonseca A. Medicion de la calidad de vida por el cuestionario QLQ - C30 en sujetos con diversos tipos de cancer de la ciudad de bucaramanga-Colombia. *Enferm Glob*. 2013;
23. FINCK C, BARRADAS S, SINGER S, ZENGER M, HINZ A. Health-related quality of life in Colombia: reference values of the EORTC QLQ-C30. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2012 Nov;21(6):829–36.
24. Cuenta de alto costo. Situación del cáncer en la población adulta atendida en el sgsss de colombia. 2016. 274 p.
25. © Copyright 1996–2019 StataCorp LLC. Stata 14.
26. Hinz A, Mehnert A, Dégi C, Reissmann DR, Schotte D, Schulte T. The relationship between global and specific components of quality of life, assessed with the EORTC QLQ-C30 in a sample of 2019 cancer patients. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2017;26(2).
27. Torrecilla N, Casari L, Rivas J. Afrontamiento y calidad de vida en mujeres pacientes oncológicas. 2016;8(3):1–16.
28. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolucion Numero 5261 De 1994. 1994;1994(Agosto 5):1–138.
29. Kaasa S, Loge JH, Aapro M, Albreht T, Anderson R, Bruera E, et al. Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission. *Lancet Oncol*. 2018;19(11):e588–653.
30. Gaertner J, Wolf J, Voltz R. Early palliative care for patients with metastatic cancer. *Curr Opin Oncol*. 2012;24(4):357–62.

TABLAS

Tabla 1. Caracterización sociodemográfica de la población encuestada

Característica	n	%
Edad		
18-44 años	72	20.28
45-59 años	128	36.06
60-69 años	90	25.35
70 y mas	65	18.31
Género		
Femenino	245	69.01
Masculino	108	30.42
Sin información	2	0.56
Estado civil		
Casado	134	37.75
Divorciado	24	6.76
Otro	15	4.23
Soltero	87	24.51

Unión libre	70	19.72
Viudo	25	7.04
Nivel educativo		
Posgrado	7	1.97
Profesional	32	9.01
Técnico	52	14.65
Bachillerato	123	34.65
Primaria	120	33.80
Ninguno	20	5.63
Sin información	1	0.28
Núcleo familiar		
Pareja/hijos	262	73.80
Solo	25	7.04
Amigos	1	0.28
Otra/Familia	65	18.31
Sin información	2	0.56
Situación Laboral		
Buscando trabajo	8	2.25
Estudiante	7	1.97
No trabaja	138	38.87
Pensionado	37	10.42
Trabaja en el hogar	93	26.20
Trabajador	69	19.44
Sin información	3	0.85

Tabla 2. Caracterización clínica de la población encuestada

Característica	N	%
Tipo de Cáncer		
Colon Recto	35	9.62
Cérvix Cuello Uterino	31	8.52
Gástrico o Estómago	21	5.77
Piel	13	3.57
Pulmón	19	5.22
Próstata	31	8.52
Otro	67	18.41
Mama	147	40.38
Presencia de Comorbilidades		
Si	145	40.84
No	210	59.15
Tratamiento actual		
Quimioterapia	241	66.39
Radioterapia	37	10.19
Cirugía	3	0.83
Otro	30	8.26

Ninguno	48	13.22
Tratamiento en los últimos 6 meses		
Quimioterapia	192	56.30
Radioterapia	72	21.11
Cirugía	40	11.73
Otro	15	4.40
Ninguno	22	6.45
Tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad		
Menos de 1 año	13	4.44
1 año	150	51.19
2 años	51	17.41
3 años	26	8.87
4 años	13	4.44
Igual o más de 5 años	40	13.65
Estado de la enfermedad		
Controlada	177	50.14
Ha mejorado	96	27.20
Ha progresado	60	17.00
No sabe	20	5.67

Tabla 3. Evaluación de calidad de vida mediante instrumento EORTC QLQ-C30

Dimensión	EORTC QLQ C30	Intervalo de Confianza
Estado global de salud	66.05	(63.78 - 68.32)
Escala funcional	73.81	(71.56 - 76.04)
Física	74.72	(72.15 - 77.29)
Rol	75.45	(72.29 - 78.59)
Emocional	71.57	(68.74 - 74.40)
Cognitiva	76.80	(73.93 - 79.66)
Social	71.77	(68.46 - 75.07)
Escala de síntomas	29.02	(26.88 - 31.14)
Fatiga	35.81	(32.96 - 38.64)
Nausea y Vomito	16.48	(13.90 - 19.04)
Dolor	31.49	(28.26 - 34.71)
Disnea	13.68	(10.89 - 16.46)
Insomnio	36.76	(33.16 - 40.36)
Perdida de apetito	29.46	(25.86 - 33.05)
Constipación	22.10	(18.95 - 25.23)
Diarrea	17.77	(14.91 - 20.61)
Dificultades financieras	52.80	(48.68 - 56.92)

Tabla 4. Análisis descriptivo e inferencial EORTC QLQ-C30 – EQ5D-3L

EQ5D-3L	EORTC QLQ-C30		
	Estado de Salud Global	Escala Funcional	Escala de síntomas

Característica	Prom (DE)	Valor de p	Prom (DE)	Valor de p	Prom (DE)	Valor de p	Prom (DE)	Valor de p
Género								
Femenino	0.68 (0.2)	-	64.45 (22.39)	-	72.02 (22.03)	-	30.51 (20.8)	-
Masculino	0.76 (0.2)	0.24	69.7 (19.37)	0.414	78.03 (19.27)	0.569	25.43 (19.04)	0.934
Edad								
18-44 años	0.71 (0.18)	-	65.96 (18.94)	-	73.94 (18.47)	-	27.8 (18.86)	-
45-59 años	0.7 (0.19)	0.447	67.72 (21.67)	0.453	74.36 (21.86)	0.493	28.55 (19.85)	0.252
60-69 años	0.7 (0.22)	0.543	65.56 (22.49)	0.982	74.18 (22.16)	0.614	29.77 (20.92)	0.167
70 y mas	0.7 (0.22)	0.497	63.59 (23.64)	0.933	72.03 (23.09)	0.698	30.24 (22.61)	0.329
Tratamiento en los últimos 6 meses								
Quimioterapia	0.70 (0.2)	0.961	64.69 (20.4)	0.431	74.07 (19.77)	0.493	31.19 (20.43)	0.661
Radioterapia	0.69 (0.2)	0.512	65.49 (19.79)	0.663	73.50 (23.05)	0.620	30.44 (23.17)	0.262
Cirugía	0.68 (0.19)	0.344	58.97 (20.62)	0.193	68.05 (17.82)	0.226	32.87 (21.13)	0.557
Otro	0.71 (0.22)	0.882	64.49 (25.77)	0.787	72.47 (26.74)	0.575	28.92 (23.54)	0.207
Ninguno	0.71 (0.24)	0.314	66.67 (28.05)	0.143	67.61 (26.81)	0.866	27.12 (23.33)	0.017 *
Tiempo con la enfermedad								
Menos de 1 año	0.68 (0.27)	-	64.74 (21.29)	-	65.46 (32.7)	-	35.31 (28.94)	-
1 año	0.70 (0.18)	0.764	67.39 (20.39)	0.972	74.91 (19.86)	0.371	28.38 (19.67)	0.413
2 años	0.72 (0.21)	0.439	66.17 (22.86)	0.997	74.96 (19.89)	0.334	29.53 (19.2)	0.602
3 años	0.67 (0.22)	0.764	66.03 (23.56)	0.658	73.54 (22.46)	0.506	29.43 (23)	0.468
4 años	0.77 (0.19)	0.217	67.31 (25.79)	0.995	79.66 (17.45)	0.055	24.9 (19.09)	0.198
Igual o más de 5 años	0.71 (0.16)	0.200	62.92 (24.75)	0.835	72.89 (22.44)	0.153	27.99 (17.64)	0.144
Presencia de Comorbilidades								
Si	0.67 (0.2)	0.002 *	65.1 (22.41)	0.148	70.65 (22.60)	0.008 *	31.81 (20.13)	0.006 *
No	0.73 (0.2)	-	66.71 (21.24)	-	75.98 (20.40)	-	27.09 (20.39)	-
Estado de la enfermedad								
Ha mejorado	0.75 (0.16)	-	71.79 (19.51)	-	78.88 (19.13)	-	24.47 (17.83)	-

Controlada	0.75 (0.18)	0.628	68.8 (19.61)	0.280	77.96 (17.98)	0.878	24.7 (17.2)	0.518
Ha progresado	0.52 (0.22)	0.000 *	52.26 (24.31)	0.000 *	57.15 (23.73)	0.000 *	45.15 (22.55)	0.000 *
No sabe	0.63 (0.19)	0.032 *	55 (22.2)	0.001 *	64.15 (24.91)	0.177	40.36 (23.52)	0.007 *
Tipo de cáncer								
Colon Recto	0.75 (0.19)	-	69.89 (21.48)	-	79.21 (19.54)		25.29 (19.32)	-
Cérvix Cuello Uterino	0.63 (0.29)	0.258	61.41 (24.69)	0.496	68.77 (27.91)	0.327	35.47 (26.89)	0.251
Gástrico o Estómago	0.72 (0.27)	0.942	72.91 (20.06)	0.936	79.36 (18.86)	0.967	29.02 (18.65)	0.621
Piel	0.82 (0.15)	0.59	78.84 (13.01)	0.140	83.85 (14.69)	0.496	16.28 (16.71)	0.048 *
Pulmón	0.68 (0.24)	0.970	52.78 (30.52)	0.057	64.89 (29.60)	0.317	39.77 (28.56)	0.508
Próstata	0.76 (0.22)	0.661	68.82 (15.06)	0.638	77.60 (20.77)	0.939	22.69 (12.61)	0.356
Otro	0.67 (0.22)	0.283	63.25 (23.88)	0.413	66.89 (24.11)	0.142	34.09 (23.36)	0.278
Mama	0.70 (0.14)	0.614	66.32 (20.27)	0.938	75.39 (17.87)	0.493	27.40 (17.21)	0.730

El valor de p fue obtenido mediante metodología de regresión de mínimos cuadrados ordinarios. Prom: promedio. DE: desviación estándar. * diferencias estadísticamente significativas, valor de $p < 0.05$.