

## CALIDAD DE VIDA EN SUPERVIVIENTES AL CÁNCER DE CUELLO UTERINO

CORRADINA IACONO, JOSÉ R. URDANETA M, JOSÉ E. GARCÍA I, NOREN VILLALOBOS I, ALFI CONTRERAS, NASSER BAABEL-ZAMBRANO, MARIEM E FERNÁNDEZ C, YARITZA K. MEJIA Q

UNIVERSIDAD DEL ZULIA, MARACAIBO, ESTADO ZULIA, VENEZUELA

### RESUMEN

**OBJETIVO:** Comparar calidad de vida de mujeres supervivientes al cáncer de cuello uterino en relación tratamiento recibido atendidas en consultas de ginecología y oncología del Hospital Universitario de Maracaibo durante 2016. **MÉTODO:** Investigación comparativa con diseño no experimental y transeccional, se incluyeron 60 mujeres supervivientes al cáncer de cuello uterino divididas en grupos según tratamiento recibido (Grupo A: cirugía + radio/quimioterapia y Grupo B: radio/quimioterapia), evaluándoseles calidad de vida mediante cuestionario "SF-36". **RESULTADOS:** Las mujeres que tuvieron cáncer presentaban bajas puntuaciones en la medición de su calidad de vida ( $21,23 \pm 4,66$ ); sin diferencias significativas entre grupos "A" y "B" ( $21,46 \pm 4,77$  vs.  $21,00 \pm 4,55$ ;  $P > 0,5$ ); encontrándose 75 % de las pacientes de ambos grupos por debajo del valor de la media estimada. Las pacientes del grupo "B" tuvieron significativamente mayor afectación de salud física ( $8,04 \pm 1,93$  vs.  $7,17 \pm 1,69$ ;  $P < 0,001$ ), con menores puntuaciones en componentes función física ( $2,31 \pm 0,37$  vs.  $1,27 \pm 0,49$ ;  $P < 0,001$ ) dolor corporal ( $1,63 \pm 0,58$  vs.  $1,47 \pm 0,38$ ;  $P < 0,05$ ); mientras que las mujeres del grupo "A" presentaron mayor afectación de la salud mental ( $10,09 \pm 2,24$  vs.  $10,40 \pm 2,36$ ;  $P < 0,05$ ), con menores puntuaciones de indicadores rol emocional ( $1,24 \pm 0,38$  vs.  $1,35 \pm 0,33$ ;  $P < 0,05$ ), función social ( $2,27 \pm 0,63$  vs.  $2,54 \pm 0,79$ ;  $P < 0,05$ ) y vitalidad ( $3,13 \pm 0,62$  vs.  $3,29 \pm 0,59$ ;  $P = 0,001$ ). No se encontraron diferencias respecto a los cambios en la salud en el tiempo ( $3,33 \pm 0,60$  vs.  $3,43 \pm 0,50$ ;  $P > 0,05$ ). **CONCLUSIÓN:** Las mujeres supervivientes presentaban de manera global alterada su calidad de vida sin diferencias según tipo de tratamiento recibido.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, cáncer, cuello uterino, supervivientes.

### SUMMARY

**OBJECTIVE:** Compare quality life of women survivors' cervix uterine cancer in relation to treatment received queries at consultation of gynecology oncology in Hospital University Maracaibo, during 2016. **METHOD:** Comparative research with non-experimental transactional design was developed; 60 women with cervical cancer survivors, divided into groups according to treatment received (Group A: Surgery + chemo/radiotherapy Group B: chemo/radiotherapy), valued quality of life through questionnaire "SF-36". **RESULTS:** Overall women had low scores on measurement of quality life ( $21.23 \pm 4.66$ ); without significant difference between groups ( $21.46 \pm 4.77$  vs.  $21.00 \pm 4.55$ ;  $P > 0.5$ ); both groups 75 % patients were below average value estimated. Group "B" patients had significantly greater impairment physical health ( $8.04 \pm 1.93$  vs.  $7.17 \pm 1.69$ ;  $P < 0.001$ ), with lower scores on physical function components ( $2.31 \pm 0.37$  vs.  $1.27 \pm 0.49$ ;  $P < 0.001$ ) bodily pain ( $1.63 \pm 0.58$  vs.  $1.47$ ;  $P < 0.05$ ); women group "A" had greater involvement mental health ( $10.09 \pm 2.24$  vs.  $10.40 \pm 2.36$ ;  $P < 0.05$ ), with lower scores of indicators role emotional ( $1.24 \pm 0.38$  vs.  $1.35 \pm 0.33$ ;  $P < 0.05$ ), social function ( $2.27 \pm 0.63$  vs.  $2.54 \pm 0.79$ ;  $P < 0.05$ ) vitality ( $3.13 \pm 0.62$  vs.  $3.29 \pm 0.59$ ;  $P = 0.001$ ). No significant differences between groups regarding changes in health over time ( $3.33 \pm 0.60$  vs.  $3.43 \pm 0.50$ ;  $P > 0.05$ ). **CONCLUSION:** Women surviving cancer had altered globally his quality life; without differences depending on the type treatment received.

**KEY WORDS:** Quality of life, cancer, cervix, survivors.

Recibido: 16/04/2017 Revisado: 30/05/2017

Aceptado para publicación: 23/06/2017

Correspondencia: Dr. José Urdaneta. Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. Calle 65 con Av. 20.

Núcleo de salud. Apartado postal 15165. Tel: 58 (0261) 4127201. E-mail: doctorjrjrum@hotmail

## INTRODUCCIÓN

**A**ctualmente el cáncer de cuello uterino (CCU) es la segunda causa de cáncer entre las mujeres alrededor del mundo<sup>(1)</sup>; diagnosticándose anualmente alrededor de 500 000 nuevos casos de cáncer cervical invasor, de los cuales más de la mitad son mortales<sup>(2-4)</sup>; en países subdesarrollados es el segundo cáncer más frecuente y la neoplasia ginecológica más frecuente<sup>(5,6)</sup>. Las regiones con mayor riesgo de CCU incluyen el sur y este de África, el Caribe, Centroamérica y algunos países de Latinoamérica, donde la incidencia anual excede los 30 por 100 000 mujeres<sup>(7)</sup>; con tasas de mortalidad que llegan a ser ocho veces más altas que en algunas naciones de Europa, Japón y Australia<sup>(8)</sup>.

En Venezuela, según el Registro Central de Cáncer se reportaron 4 076 casos durante 2012, lo cual convierte al CCU en el segundo tipo de cáncer más frecuente en las venezolanas, después del cáncer de mamas con una tasa cruda de casos de 27,84 x 100 000 mujeres y la tasa cruda de mortalidad de 11,13 x 100 000 mujeres; ocupando el estado Zulia el primer lugar con una incidencia de 648 casos con una tasa estandarizada según la población mundial de 34,52 x 100 000 mujeres<sup>(9)</sup>.

Actualmente junto con reducir la mortalidad y morbilidad, el manejo no solo del CCU, sino que también del cáncer en general, considera como un factor muy importante la evaluación de la calidad de vida (CV) y la inclusión de la opinión de los pacientes en las decisiones terapéuticas<sup>(10)</sup>. La realidad actual de las terapias contra el cáncer también ha conllevado a valorar la importancia de mejorar la CV de los supervivientes de cáncer; siendo reconocida como uno de los indicadores de salud que permite a los profesionales sanitarios abordar mejor las preocupaciones actuales de los sobrevivientes de cáncer; mejores tasas de supervivencia han impulsado dentro de la

atención oncológica el paradigma de un modelo de enfermedad médica a un modelo de bienestar que involucre tanto la CV de las mujeres, así como la duración de la supervivencia<sup>(3)</sup>.

Se considera que la evaluación de la CV de mujeres con este tipo de cáncer es de suma importancia, una vez que permite identificar aspectos del bienestar físico, mental y social que son afectados por los perjuicios a la salud y monitorear los resultados de las intervenciones, complementando los métodos tradicionales apoyados en la morbilidad y mortalidad<sup>(4)</sup>. De manera tal que el concepto de CV en supervivientes a CCU se define como ser o sentirse saludables e independientes, recuperando la vida, el bienestar psicológico, y las relaciones sociales<sup>(3)</sup>.

Las pacientes con un largo plazo de sobrevivencia posterior al tratamiento del cáncer se denominan supervivientes y estas mujeres a recuperarse retornan su funcionamiento normal; tanto las pacientes nuevas como las supervivientes están bajo el riesgo de una amplia gama de secuelas a saber: disfunción sexual, dolor, menopausia prematura, fatiga crónica y deterioro de la función física; estos síntomas pueden afectar negativamente la CV de las pacientes supervivientes al cáncer<sup>(11)</sup>.

Existen diversos factores que predicen la alteración de la CV en la supervivientes al CCU, tales como una menor edad de la paciente, estadio FIGO más avanzado, modalidad de tratamiento (específicamente la radioterapia), mayor número de procedimientos y tratamientos recibidos, menor apoyo social, mayor preocupación relacionada con temas reproductivos, estrategias ineficaces de afrontamiento, salud mental deteriorada y vida espiritual empobrecida o no existente<sup>(1,12)</sup>. Contrariamente, tener la paciente una mayor edad, estadio de desarrollo temprano según clasificación FIGO, amplia red de apoyo social, buena comunicación con la pareja especialmente relacionado con temas sexuales,

paridad cumplida, estrategias adecuadas de afrontamiento, buen estado de salud mental o una vida espiritual activa, se relacionan con una mejor CV <sup>(12-15)</sup>.

A pesar de la gran evolución de los métodos de diagnósticos y terapéuticos, la enfermedad y los efectos de su tratamiento ocasionan todavía importantes repercusiones en la vida de esas mujeres, pudiendo comprometer, de diferentes formas, su bienestar y CV. La quimioterapia es la modalidad de tratamiento que presenta alteraciones a corto plazo en todas las dimensiones de la calidad de vida, debido a la sintomatología aguda que ésta provoca; mientras que las pacientes sometidas a radioterapia, éstas pueden presentar mayores alteraciones en la dimensión física, entre las cuales se encuentran diarrea, polaquiuria, disuria, secreción vaginal abundante, irritación vaginal, irritación en piel irradiada, linfedema, cansancio y debilidad <sup>(16)</sup>. Por su parte, la cirugía produce principalmente denervación pélvica, acortamiento vaginal y linfedema <sup>(10,16,17)</sup>.

A diferencia de otros cánceres ginecológicos, el CCU puede ser controlado y curado, llegando a tener una esperanza de vida adicional de 25-30 años, por lo que es importante poder determinar a largo plazo el impacto del tratamiento sobre la CV de estas mujeres <sup>(18)</sup>; de manera que la CV es un parámetro relevante en la evaluación de las intervenciones realizadas y constituye una necesidad en la evaluación de resultados en salud, incluyendo el tratamiento al cual fue sometido <sup>(19)</sup>. Por tanto, surgió el propósito de comparar la CV de las mujeres supervivientes al cáncer de cuello uterino según el tratamiento recibido en las consultas de ginecología de la maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza” y de oncología del Servicio Autónomo “Hospital Universitario de Maracaibo”, durante 2016.

## MÉTODO

Investigación de tipo comparativa con diseño no experimental y transeccional, en la cual de la totalidad de pacientes supervivientes al CCU atendidas en las consultas de ginecología (Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”) y de oncología del Hospital Universitario de Maracaibo, se seleccionó una muestra intencionada y no probabilística, de 60 pacientes divididas según el tratamiento recibido en: Grupo “A” (cirugía, radio/quimioterapia) y Grupo “B” (radio/quimioterapia). Se incluyeron mujeres que hubiesen tenido un diagnóstico confirmado de CCU o que recibieron tratamiento para el CCU con mínimo de 12 meses desde su culminación; excluyéndose pacientes en tratamiento actual para el CCU, analfabetas o con discapacidad visual.

A cada paciente, se le realizó el llenado del formulario o ficha de trabajo, previa explicación del procedimiento a seguir; asimismo, se le realizó una evaluación médica sistematizada, donde por medio de la entrevista clínica se procedió a registrar los datos clínicos y epidemiológicos. Seguidamente, se aplicó un cuestionario auto-administrado para la valoración genérica de la CV, “*Medical Outcomes Study*” (SF-36) en su versión española 1.4; para lo cual cada paciente, previa explicación del instrumento, fue aislada en un ambiente de privacidad, donde debió contestar a cada uno de los ítems de este cuestionario según su propia opinión y sin la inherencia de terceros; para lo cual se le entregó un lápiz de grafito N° 2.

El SF-36 es un cuestionario genérico desarrollado en EE.UU para la estimación de la CV, de auto-evaluación, con un tiempo estimado para su llenado de 10 a 20 min, de fácil y cómoda aplicación, el cual consta de 36 ítems agrupados en 8 dimensiones: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; para cada dimensión, los ítems se codifican, agregan y

transforman en una escala para generar un índice global que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud). En cuanto a su versión en español, se le ha determinado su validez de contenido, mediante el juicio de expertos; así como la validez de criterio mediante la traducción inversa de la escala y su comparación con el instrumento original en lengua anglosajona; la confiabilidad de las 8 sub-escalas del cuestionario han sido medidas mediante la determinación de su consistencia interna, obteniéndose rangos entre 0,76 y 0,93 <sup>(20)</sup>.

Los datos obtenidos fueron tabulados en una base de datos y mediante el paquete estadístico para ciencias sociales (SPSS), versión 21, se ejecutó un tratamiento estadístico de tipo descriptivo, donde los datos se expresaron mediante frecuencias absolutas o relativas (porcentajes), medidas de tendencia central (medias) y de dispersión (desviación estándar); mientras que para la comparación entre grupos de acuerdo al tratamiento recibido se empleó la prueba de la t de Student, con un nivel de confianza del 95 % y significancia de  $P < 0,05$ .

## RESULTADOS

El análisis cuantitativo de las características generales de las pacientes del estudio (Cuadro 1) demostró que el grupo "A" la edad promedio fue de 37 años mientras que el grupo "B" mostró edades con tendencia a edades mayores con una media de 39 años en este grupo; en tanto que la edad al momento de hacer el diagnóstico de CCU en el grupo "A" fue de 33 años la edad promedio y en el grupo "B" 39 años observándose un predominio de la edades mayores en el segundo grupo con respecto al grupo A. La paridad fue otra característica evaluada evidenciándose que en ambos grupos el promedio fue de 2 partos, mientras que el número de parejas sexuales fue

**Cuadro 1.** Caracterización de las pacientes supervivientes al CCU según tratamiento recibido: análisis cuantitativo

| Análisis/alternativa            | Grupo A<br>(Media $\pm$ DE) | Grupo B<br>(Media $\pm$ DE) |
|---------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| Edad actual                     | 37,36 $\pm$ 7,69            | 39,36 $\pm$ 9,90            |
| Edad al momento del diagnóstico | 33,90 $\pm$ 9,06            | 39,96 $\pm$ 8,69            |
| Paridad                         | 02,33 $\pm$ 1,21            | 01,96 $\pm$ 0,76            |
| Sexarquía                       | 18,03 $\pm$ 1,18            | 18,23 $\pm$ 1,79            |
| No parejas sexuales             | 02,30 $\pm$ 0,83            | 02,56 $\pm$ 1,04            |

DE. Desviación estándar

Grupo A. Cirugía + radioterapia+ quimioterapia (n= 30)

Grupo B. Radioterapia + quimioterapia (n= 30)

de 2 en el grupo "A" y 3 en el grupo "B".

En cuanto al análisis cualitativo de las características demográficas y clínicas de las participantes (Cuadro 2), se encontró que respecto a su estado civil se evidenció que tanto en el grupo "A" como en el "B" principalmente se trataban de mujeres casadas (40 % y 33,3 %, respectivamente) o unión libre (33,3 % y 26,7 %, respectivamente). Respecto, al nivel educativo de las pacientes en ambos grupos predominaron mujeres con estudios técnicos o que habían completado la educación secundaria; mientras que al evaluar el nivel socioeconómico se encontró una distribución similar en ambos grupos prevaleciendo pacientes pertenecientes a la clase obrera (86,7 % y 93,3 %, respectivamente).

En cuanto a la evaluación de los antecedentes patológicos se evidenció que en el Grupo "B" prevalecieron los antecedentes de lesión intraepitelial de bajo grado por infección por el VPH (13,3 %), seropositividad al virus de la inmunodeficiencia humana (6,7 %), promiscuidad de las pacientes (6,7 %),

**Cuadro 2.** Caracterización de las pacientes supervivientes al CCU según tratamiento recibido: análisis cualitativo

| Análisis descriptivo                                   | Grupo A |      | Grupo B |      |
|--------------------------------------------------------|---------|------|---------|------|
|                                                        | Fr      | %    | Fr      | %    |
| <b>Estado civil</b>                                    |         |      |         |      |
| Casada                                                 | 12      | 40   | 10      | 33,3 |
| Soltera                                                | 8       | 26,7 | 8       | 26,7 |
| Unión libre                                            | 10      | 33,3 | 8       | 26,7 |
| Divorciada                                             | 0       | 0    | 2       | 6,7  |
| Viuda                                                  | 0       | 0    | 2       | 6,7  |
| <b>Nivel educativo</b>                                 |         |      |         |      |
| Primaria                                               | 6       | 20   | 4       | 13,3 |
| Secundaria                                             | 8       | 26,7 | 8       | 26,7 |
| Técnica                                                | 10      | 33,3 | 12      | 40   |
| Universitaria                                          | 6       | 20   | 6       | 20   |
| <b>Nivel socioeconómico</b>                            |         |      |         |      |
| Graffard III                                           | 4       | 13,3 | 2       | 6,7  |
| Graffard IV                                            | 26      | 86,7 | 28      | 93,3 |
| <b>Antecedentes patológicos</b>                        |         |      |         |      |
| Lesión Pre-maligna de bajo grado (VPH)                 | 3       | 10   | 4       | 13,3 |
| HIV/SIDA                                               | 0       | 0    | 2       | 6,7  |
| Promiscuidad                                           | 2       | 6,7  | 2       | 6,7  |
| Tabaquismo                                             | 1       | 3,3  | 2       | 6,7  |
| Alcoholismo                                            | 0       | 0    | 1       | 3,3  |
| Diabetes                                               | 2       | 6,7  | 4       | 13,3 |
| <b>Estadificación tumoral</b>                          |         |      |         |      |
| Estadio 1B                                             | 11      | 36,7 | --      | --   |
| Estadio 2A                                             | 19      | 36,7 | --      | --   |
| Estadio 2B                                             | --      | --   | 21      | 70   |
| Estadio 3A                                             | --      | --   | 9       | 30   |
| Grupo A. Cirugía + radioterapia+ quimioterapia (n= 30) |         |      |         |      |
| Grupo B. Radioterapia+ quimioterapia (n= 30)           |         |      |         |      |

tabaquismo (6,7 %), hábito alcohólico (3,33 %) y diabetes mellitus (13,3 %). Con respecto a la estadificación tumoral en las pacientes con CCU que recibieron tratamiento con cirugía-radioterapia-quimioterapia (Grupo A) mostraron una frecuencia para el estadio IIA del 36,7 % con respecto al Grupo B (radioterapia-quimioterapia)

donde predominaron los casos en estadio IIB (70 %).

Al realizar el análisis y comparación de las medias de los componentes de los dominios que evalúan la calidad de vida (Cuadro 3), se encontró que en general las mujeres que tuvieron CCU presentaban una puntuación baja en la medición de su CV ( $21,23 \pm 4,66$ ). Se pudo establecer que existían diferencias significativas estadísticamente entre grupos en los componentes de la salud física en los componentes función física, rol físico y el dolor corporal; mientras que respecto a la salud mental se encontraron diferencias estadísticamente significativas ( $P < 0,05$ ) en todos sus componentes. Respecto a los cambios en la salud en el tiempo, se encontró un valor de  $P = 0,083$ , lo que establece que no habían diferencias significativas entre grupos.

Asimismo, se observó que las puntuaciones por cada componente de los dominios mostró tendencias en la escogencia de ambos grupos de la alternativa de respuesta 2 (“si, me limita un poco”) en los relacionados con la salud física exceptuando el rol físico en el grupo A y el dolor corporal en el grupo B con la opción 1 (“si, me limita mucho”); con respecto al dominio salud mental la alternativa de respuesta más frecuentemente escogida fue la opción 3 (“muchas veces”) para el rol vitalidad y salud mental, la opción 2 para la función social (“casi siempre”) y la opción 1 (“si, me limita mucho”) para el rol emocional en ambos grupos. El dominio transición de salud en ambas la tendencia de las respuesta fue a la alternativa 3 (“buena”).

La sumatoria de las puntuaciones totales por componente demostró que al comparar los resultados existen diferencias estadísticamente significativas en el componente salud física y salud mental entre ambos grupos con valores de  $P < 0,05$  respectivamente; sin embargo, los totales del test por componentes no mostraron diferencias en la sumatoria final entre los grupos. La Figura 1 muestra la comparación de la CV

**Cuadro 3.** Dominios de la calidad de vida en pacientes supervivientes al CCU según tratamiento recibido

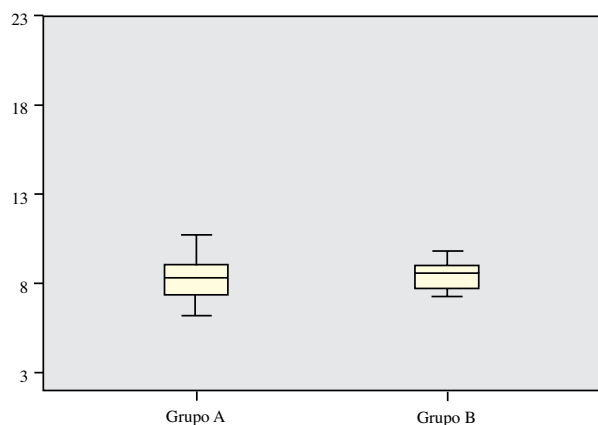
| Ítems por dominios de la calidad de vida | Grupo A<br>(Media ± DE) | Grupo B<br>(Media±DE) | P<br><0,05& |
|------------------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------------|
| Salud física                             | 8,04±1,93               | 7,17±1,69             | 0,000       |
| • Función física                         | 2,31±0,37               | 1,27±0,49             | 0,000       |
| • Rol físico                             | 1,40±0,36               | 1,70±0,26             | 0,000       |
| • Dolor corporal                         | 1,63±0,58               | 1,47±0,38             | 0,037       |
| • Salud general                          | 2,69±0,62               | 2,73±0,56             | 0,207       |
| Salud mental                             | 10,09±2,24              | 10,40±2,36            | 0,002       |
| • Rol emocional                          | 1,24±0,38               | 1,35±0,33             | 0,028       |
| • Función social                         | 2,27±0,63               | 2,54±0,79             | 0,002       |
| • Vitalidad                              | 3,13±0,62               | 3,29±0,59             | 0,001       |
| • Salud mental                           | 3,44±0,61               | 3,22±0,65             | 0,000       |
| Transición de salud                      |                         |                       |             |
| • Cambio en la salud en el tiempo        | 3,33±0,60               | 3,43±0,50             | 0,083       |
| Puntuación total                         | 21,46±4,77              | 21,00±4,55            | 0,714       |

DE: Desviación estándar

Grupo A: cirugía + radioterapia+ quimioterapia (n= 30)

Grupo B: radioterapia+ quimioterapia (n= 30)

&amp; Comparación de medias por t de Student con significancia estadística de P &lt; 0,05

**Figura 1.** Comparación de la calidad de vida las pacientes sobrevivientes según el tipo de tratamiento: Grupo A (cirugía-radioterapia-quimioterapia) y Grupo B (radioterapia-quimioterapia).

de las pacientes sobrevivientes al CCU según la estrategia terapéutica empleada a través de la distribución intercuartil de las medias de los indicadores que evalúan la variable, observándose que las medias de los puntajes del test según los dominios, se ubicaba entre 6,1 y 12,0 puntos en el grupo “A” y entre 7,0 y 10,1 puntos en el grupo “B”; según la distribución por cuartiles se evidencia que el 75 % de los pacientes de ambos grupos estuvieron por debajo del valor de la media estimada según el instrumento, lo que afirma que no existen diferencias en la distribución de las medias y la mediana.

## DISCUSIÓN

El CCU es una enfermedad asociada a la pobreza que prevalece en las mujeres de estratos

socioeconómicos bajos <sup>(21,22)</sup>; al igual que lo reportado por otros autores <sup>(23)</sup>, prevalecieron mujeres de los estratos sociales bajos. Asimismo, en Venezuela se ha establecido que la prevalencia de esta enfermedad tiene sus niveles máximos entre los 35 y 39 años <sup>(24)</sup>; lo cual coincide con la edad promedio de las participantes del estudio.

Los resultados presentados muestran que las puntuaciones en la CV son bajas para ambos grupos; lo cual evidencia la afectación que el CCU provoca en la CV de las mujeres que lo padecen; lo cual ya ha sido establecido en otras investigaciones <sup>(1,3,10-17,18,23,25-30)</sup>. Sin embargo, no se demostraron diferencias en la puntuación total de la CV de acuerdo al tipo de tratamiento recibido ( $P > 0,05$ ); resultado que concuerda con lo reportado por otros autores <sup>(31)</sup>, quienes determinaron que la mayoría de los aspectos de CV en un seguimiento a largo plazo fueron similares tanto en mujeres que recibieron radio/quimioterapia como en las pacientes tratadas con quimioterapia neoadyuvante y cirugía radical. Asimismo, en otra investigación se estableció que el tipo de tratamiento recibido (radioterapia o radio/quimioterapia) no tenía efecto sobre la puntuación total de la CV <sup>(2)</sup>.

La CV está influenciada por diversos factores no solo relacionados con el cáncer en sí, estando asociado el tener un mayor ingreso familiar, mejor escolaridad y no fumar con una mejor CV; mientras que el estadio clínico avanzado, utilizar cualquier medicación crónica y no haber sido llevada a cirugía por cáncer se relaciona a una peor CV <sup>(25)</sup>. No obstante, las secuelas de la cirugía radical (disfunciones intestinales, vesicales y sexuales) son relevantes y los cambios anatómicos resultantes del tratamiento podrían tener un significativo impacto en su auto-imagen, en su bienestar social y su sentido de feminidad <sup>(18)</sup>.

Cabe destacar que si bien en EE.UU y Europa la conducta para aquellos tumores en estadios IB2 - III es la quimioterapia/radioterapia, en los

países subdesarrollados, los casos son detectados en estadios más avanzados y dado al acceso limitado a la radioterapia, el CCU localmente avanzado suele ser tratado con una combinación de quimioterapia y la histerectomía; aunque no está claro si esto mejora la supervivencia <sup>(32)</sup>. Los resultados presentados comprueban que a las mujeres supervivientes al CCU a quienes se les practicó cirugía tuvieron significativamente una mayor afectación de la dimensión salud mental de la CV. Otras investigaciones han reportado que no haber sido llevada a cirugía por cáncer se correlaciona negativamente con la CV <sup>(25)</sup>, teniendo estas mujeres mayores puntuaciones en la salud global, rol, función física, función cognitivas y social <sup>(11)</sup>; esto último difiere de los resultados obtenidos en este estudio, puesto que el rol físico, la salud general y la función social tuvieron peores puntuaciones en las mujeres que fueron llevadas a cirugía.

Por su parte, se determinó que a las pacientes a las cuales solamente se les realizó radio/quimioterapia tuvieron una peor salud física, resultado similar al encontrado por otros investigadores <sup>(28)</sup>, quienes reportaron que en mujeres sometidas a quimioterapia antineoplásica el dominio físico era el más comprometido; asimismo, en una investigación chilena <sup>(18)</sup>, se estableció que las pacientes tratadas con radioterapia tenían significativamente una peor CV en términos de funcionamiento físico y de rol físico. De igual manera, se encontró que uno de los indicadores más afectados en estas pacientes eran el dolor corporal y la salud mental; lo cual coincide con un estudio ejecutado en Indonesia <sup>(30)</sup> donde se concluyó que en mujeres con CCU dolor o malestar físico y la presencia de ansiedad/depresión eran los problemas más frecuentemente reportados; aunque difiere de una investigación desarrollada en Sudáfrica <sup>(33)</sup> en la que se encontró que la radio/quimioterapia mejoraba significativamente el dolor y la fatiga ( $P < 0,05$ ).

La fortaleza de este tipo de investigaciones radica en el hecho de que permiten identificar necesidades de la población afectada por el CCU, que no son regularmente evaluadas, y disponer de información para brindar una atención integral y holística; además, de que hasta donde alcanzó la revisión bibliográfica efectuada, en el país las investigaciones relacionadas con esta problemática se limitan a los aspectos epidemiológicos y/o terapéuticos del CCU, más no consideran el estudio de la CV. Es fundamental que los profesionales de la salud evalúen la CV de las supervivientes de CCU y les proporcionen estrategias adecuadas para expandir sus redes sociales y mejorar su autoestima para mejorar su CV global después del CCU <sup>(34)</sup>.

No obstante, una limitación de la presente investigación fue no haber categorizado a las participantes según el estadio del CCU al momento del diagnóstico, puesto se ha establecido que las pacientes con cáncer avanzado muestran peor CV en general que las personas con CCU precoz, las cuales suelen recuperarse más rápidamente en términos de sus funciones tanto físicas como mentales <sup>(1)</sup>. De igual manera, otra limitante del estudio fue el tipo de instrumento utilizado, puesto que el SF-36 por ser un cuestionario genérico no considera elementos propios del CCU, como síntomas y repercusiones que puede causar esta neoplasia en la función sexual femenina; al respecto, se ha establecido que se encontró que el 70,7 % de las mujeres con CCU han tenido molestias en la dimensión sexual que interfieren en su desempeño y afectan su CV <sup>(23)</sup>.

Se encontró que en general las mujeres que tuvieron CCU presentaban una puntuación baja en la medición de su CV ( $21,23 \pm 4,66$ ). No se encontraron diferencias en la puntuación de CV entre las mujeres a quienes se les realizó cirugía/quimioterapia/radioterapia o solo quimioterapia/radioterapia ( $21,46 \pm 4,77$  vs.  $21,00 \pm 4,55$ ;  $P > 0,5$ ); en ambos grupos el 75 % de las pacientes

estuvieron por debajo del valor de la media estimada según el instrumento. Por lo que se pudo establecer que las mujeres que tuvieron CCU presentaban de manera global alterada su CV; sin diferencias según el tipo de tratamiento recibido.

## REFERENCIAS

1. Xie Y, Zhao FH, Lu SH, Huang H, Pan XF, Yang CX, et al. Assessment of quality of life for the patients with cervical cancer at different stage. *Chin J Cancer*. 2013;32(5):275-282.
2. Krikeli M, Ekonomopoulou MT, Tzitzikas I, Goutzioulis A, Mystakidou K, Pistevou K. Comparison of the impact of radiotherapy and radio-chemotherapy on the quality of life of 1-year survivors with cervical cancer. *Cancer Manag Res*. 2011;3:247- 251.
3. Zeng YC, Ching SSY, Loke AY. Quality of life measurement in women with cervical cancer: Implications for Chinese cervical cancer survivors. Disponible en: URL:<http://www.hqlo.com/content/8/1/30>.2010.
4. Fernandes WC, Kimura M. Calidad de vida relacionada a la salud de mujeres con cáncer de cuello uterino. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2010;18(3):65-72.
5. Olarte G, Aristizábal W, Gallego P, Rojas J, Botero B, Osorio G. Detección precoz de lesiones intraepiteliales del cuello uterino en mujeres, mediante la técnica de espectroscopia de impedancia eléctrica. *Rev Col Obstet Ginecol*. 2007;58(1):13-20.
6. Federación Mexicana de Colegios de Obstetricia y Ginecología. La carga del cáncer cervicouterino y de la infección por virus del papiloma humano en México y en el mundo. *Ginecol Obstet Mex*. 2011;79(12):788-793.
7. Nazzari O, Suárez E, Larraguibel R, Rojas L, Bronda A. Lesiones preinvasoras de cuello uterino: Una visión actual. *Rev Chil Obstet Ginecol*. 2006;71(5):341-348.
8. Molina J, Guzmán C, Méndez V, Blasco E, García J. Alteraciones cromosómicas en el cáncer del cuello uterino. *VITAE*. 2005; 25. Disponible en: URL: <https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/9252/1/va05015.pdf>.
9. Capote LG. Resumen del cáncer en Venezuela. 2012. *Rev Venez Oncol*. 2015;27(4):256- 268.

10. Torres P, Irarrázaval ME, Fasce G, Urrejola R, Pierotic M, León H, et al. Calidad de vida en pacientes con cáncer de cuello uterino: Experiencia FALP. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2010;75(6):383-389.
11. Goker A, Guvenal T, Yanikkerem E, Turhan A, Koyuncu FM. Quality of life in women with gynecologic cancer in Turkey. *Asian Pacific J Cancer Prev.* 2011;12(11):3121-3128.
12. 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(5):918-925.
13. Hawighorst S, Fusshoeller C, Franz C, Trautmann K, Schmidt M, Pilch H, et al. The impact of treatment for genital cancer on quality of life and body image-results of a prospective longitudinal 10-year study. *Gynecol Oncol.* 2004;94(2):398-403.
14. Capelli G, De Vincenzo RI, Addamo A, Bartolozzi F, Braggio N, Scambia G. Which dimensions of health related quality of life are altered in patients attending the different gynecologic oncology health care settings? *Cancer.* 2002;95(12):2500-2507.
15. Wenzel L, DeAlba I, Habbal R, Kluhsman BC, Fairclough D, Krebs LU, et al. Quality of life in long term cervical cancer survivors. *Gynecol Oncol.* 2005;97(2):310-317.
16. Montes LM, Mullins MJ, Urrutia MT. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico uterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2006;71(2):129-134.
17. Park SY, Bae DS, Nam JH, Park CT, Cho CH, Lee JM, et al. Quality of life and sexual problems in disease-free survivors of cervical cancer compared with the general population. *Cancer.* 2007;110(12):2716-2725.
18. Urrutia MT, Concha X, Padilla O. Calidad de vida en mujeres con cáncer cervicouterino. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2014;79(5):368-377.
19. Chun Y, Li D, Yuen A. Life after cervical cancer: Quality of life among Chinese women. *Nurs Health Sc.* 2011;13(3):296-302.
20. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana J, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: Una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit.* 2005;19(2):135-150.
21. Urdaneta JR, Nava ML, García J, Cepeda M, Baabel N, Salazar J, et al. Conocimiento del cáncer de cuello uterino y hallazgos citológicos en mujeres de estratos socioeconómicos bajos. *Rev Venez Oncol.* 2013;25(4):211-228.
22. Grases PJ, Tresserra F, López L. Cuello uterino: Atipias y lesiones pre-malignas no invasoras. *Rev Obstet Ginecol Venez.* 2006;66(2):81-89.
23. Castillo IY, Canencia J, Zurbarán M, Pertuz D, Montes M, Jiménez E. Calidad de vida en mujeres con cáncer cérvico-uterino, Cartagena (Colombia), 2012. *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 2015;66(1):22-31.
24. Godoy A, Martirené E, Chacón M, Valdivieso A, Mahmud R. Comparación entre la Conización en frío y la conización con asa de diatermia. *Rev Venez Oncol.* 2003;15 (1):20-27.
25. Grion RC, Baccaro LF, Vaz AF, Costa L, Conde DM, Pinto AM. Sexual function and quality of life in women with cervical cancer before radiotherapy: A pilot study. *Arch Gynecol Obstet.* 2016;293(4):879-886.
26. Baffert S, Alran S, Fourchette V, Traore MA, Simondi C, Mathevet P, et al. Laparoscopic hysterectomy after concurrent radio-chemotherapy in locally advanced cervical cancer compared to laparotomy: A multi institutional prospective pilot study of cost, surgical outcome and quality of life. *Eur J Surg Oncol.* 2016;42(3):391-399.
27. Kirchheiner K, Pötter R, Tanderup K, Lindegaard JC, Haie-Meder C, Petrič P, et al. Health-related quality of life in locally advanced cervical cancer patients after definitive chemo-radiation therapy including image guided adaptive brachytherapy: An analysis from the EMBRACE study. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2016;94(5):1088-1098.
28. Jorge LLR, Silva SR. Evaluación de la calidad de vida de portadoras de cáncer ginecológico, sometidas a quimioterapia antineoplásica. *Rev Latino-Am. Enfermagem.* 2010;18(5):849-855.
29. Frumovitz M, Sun CC, Schover LR, Munsell MF, Jhingran A, Wharton JT, et al. Quality of life and sexual functioning in cervical cancer survivors. *J Clin Oncol.* 2005;23(30):7428-7436.
30. Endarti D, Riewpaiboon A, Thavorncharoensap M, Praditsitthikorn N, Hutubessy R, Kristina SA. Evaluation of health-related quality of life among patients with cervical cancer in Indonesia. *Asian Pac J Cancer Prev.* 2015;16(8):3345-3350.
31. Gargiulo P, Arenare L, Pisano C, Cecere SC, Falivene S, Gregg S, et al. Long-term toxicity and quality of life in patients treated for locally advanced cervical cancer. *Oncology.* 2016;90(1):29-35.
32. Kokka F, Bryant A, Brockbank E, Powell M, Oram D. Hysterectomy with radiotherapy or chemotherapy or both for women with locally advanced cervical cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(4):CD010260.

33. du Toit GC, Kidd M. Prospective quality of life study of South African women undergoing treatment for advanced-stage cervical cancer. *Clin Ther.* 2015;37(10):2324-2331.
34. Li CC, Chen ML, Chang TC, Chou HH, Chen MY. Social support buffers the effect of self-esteem on quality of life of early-stage cervical cancer survivors in Taiwan. *Eur J Oncol Nurs.* 2015;19(5):486-494.