

Comparación de la Percepción de la Calidad de Vida en Pacientes con Tratamiento Quirúrgico y/o Adyuvante en Cáncer de Aolon y Cáncer de Recto en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (Trujillo)

Jackeline Herrera Mostacero¹, Juan Diaz Plasencia², Edgar Fermín Yan - Quiroz³

RESUMEN

OBJETIVO. Determinar la efectividad del tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de colon en comparación al de cáncer rectal.

MATERIAL Y MÉTODOS. Estudio de cohortes ambispectivo que evaluó 27 pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma de colon (Grupo A=12) y de recto (Grupo B= 15) resecable atendidos en el Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas de Trujillo desde el 1° de enero 2008 hasta el 31 de julio del 2009.

RESULTADOS. La calidad vida global, valorada por el cuestionario QLQ-C30 a los 3 meses del postoperatorio fue de 67.86 ± 17.90 puntos vs. 68.50 ± 11.94 puntos respectivamente para los pacientes del grupos A y B ($p = 0.934$). La función social fue mejor en pacientes sometidos a cirugía en el Grupo A que en el grupo B (37.50 ± 13.36 puntos vs. 60.00 ± 13.69 puntos; $p = 0.018$). La imagen corporal a los 3 meses valorada por el cuestionario QLQ-CR-29 tuvo una puntuación media de 28.12 ± 6.12 puntos y 50.00 ± 25.00 puntos para los pacientes del Grupo A y B respectivamente ($p = 0.034$). Los pacientes del Grupo A presentaron una puntuación promedio a los 6 meses para la función sexual de 33.33 ± 12.91 puntos, mientras que los pacientes del Grupo B su puntuación promedio fue 65.00 ± 22.36 puntos ($p = 0.016$).

CONCLUSIONES. Ambas cirugías para cáncer de colon y recto tienen la misma efectividad en mejorar la calidad de vida global de dichos pacientes, sin embargo la función social, imagen corporal, y función sexual es mejor en cirugía de colon.

PALABRAS CLAVE: Tratamiento. Calidad de vida. Cáncer de colon. Cáncer de Recto.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2010; 30-2: 137-147

ABSTRACT

OBJECTIVE. Determine the effectiveness of surgical treatment and / or adjuvant to improve the quality of life in patients with colon cancer compared to rectal cancer.

MATERIAL AND METHODS. Cohort study that evaluated 27 patients diagnosed with colon adenocarcinoma (Group A= 12) and rectum (Group B= 15) resectable treated at the Institute Regional of Neoplastic Diseases of Trujillo since the 1 January 2008 until 31 July 2009.

RESULTS. The overall life quality, as assessed by the QLQ-C 30 at 3 months postoperatively was 67.86 ± 17.90 points vs. 68.50 ± 11.94 points respectively for the patients of groups A and B ($p = 0.934$). The social function was better in patients undergoing surgery for Group A than Group B , ($37.50 + 13.36$ points vs. $60.00 + 13.69$ points, $p = 0.018$). Body image at 3 months assessed by the QLQ-CR-29 had an average score of 28.12 ± 6.12 points and 50.00 ± 25.00 points for Group A y B respectively ($p = 0.034$). The Group A patients had a mean score at 6 months for sexual function of 33.33 ± 12.91 points, while Group B patients this average score was 65.00 ± 22.36 points ($p = 0.016$).

CONCLUSIONS. Both surgeries for colon and rectal cancer are as effective in improving the overall quality of life of these patients, however the social function, body image, and sexual function is better in colon surgery.

KEY WORDS: Treatment. Quality of life. Colon cancer. Rectum cancer.

1. Médico Cirujano. Egresada de la Universidad Privada Antenor Orrego (UPAO) de Trujillo.
2. Doctor en Medicina. Médico Asistente del Departamento de Abdomen - IREN- Norte, Trujillo. Coordinador del Curso de Cirugía I de la UPAO de Trujillo.
3. Médico Cirujano. Catedrático de la Facultad de Medicina de la UPAO de Trujillo.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de cáncer colo-rectal ha ido aumentando en los países occidentales en los últimos años, posicionándose como segunda causa de mortalidad por cáncer en Estados Unidos ^(1,2, 3), después del cáncer de pulmón en el hombre y el de mama, en la mujer. En Trujillo, de todas las neoplasias malignas, el cáncer colorectal se ubica en décimo lugar como causa de mortalidad; ocupando el tercer lugar en incidencia entre los cánceres del tracto gastrointestinal, luego de las neoplasias de estómago y vesícula biliar ⁽⁴⁾. El tratamiento quirúrgico consiste en la resección amplia del segmento de intestino que involucra al tumor como así también el drenaje linfático regional ^(1,3,5-7). Aún con la presencia de metástasis, la resección quirúrgica paliativa del tumor primario está indicada en la mayoría de los pacientes para prevenir complicaciones como el sangrado o una eventual obstrucción de la luz intestinal. En las mujeres que están en la post menopausia, estaría indicada la ooforectomía por el riesgo de la presencia de micrometástasis y cáncer primario de ovario ^(3,7-9). La resección radical debe incluir el órgano vecino comprometido. Las complicaciones postoperatorias de la resección del cáncer colo-rectal son principalmente de tipo infecciosa y relacionada con la flora bacteriana del colon, lesión de órganos vecinos (como el bazo o el uréter), disfunciones sexuales y urinarias y dehiscencia de la sutura. El seguimiento de los pacientes después de una resección curativa del cáncer colo-rectal incluye la determinación de los niveles plasmáticos de antígeno carcinoembrionario (CEA), colonoscopia, radiografía de tórax, ecografía, tomografía o resonancia magnética en el primer año y luego en forma periódica ^(6, 8,10-12).

El tratamiento del cáncer de colon es la resección quirúrgica del colon enfermo, con los ganglios respectivos y los órganos vecinos. Es importante tener presente el estado clínico general del paciente. La resección amplia con linfadenectomía regional es la que ofrece las más altas posibilidades de cura en las lesiones localmente invasivas e incluso con metástasis ganglionares regionales. Es importante tener presente la anatomía del colon con especial interés de los vasos arteriales, venosos y linfáticos ⁽¹⁰⁾. El 90% de los pacientes con tumores que involucran a la mucosa y submucosa tiene una supervivencia de 5 años y menos del 5% para los que tienen metástasis a distancia. Cerca del 70% de los pacientes son curados, 10% presentan lesiones que no son resecables al momento de la cirugía, y otro 20 % tiene metástasis a distancia. Las lesiones de colon sigmoideas y del recto alto se extirpan por resección anterior baja e incluye la remoción de la parte final de colon descendente, el colon sigmoideas y de los dos tercios superiores del recto ⁽¹⁰⁾.

El manejo del cáncer de recto debe considerar el aspecto anatómico que influye directamente en la radicalidad de la cirugía. También es importante recordar la disección lateral y del meso-recto, los que son factores determinantes en la recurrencia local y por ende en la supervivencia ^(10, 11- 14). Mediante la preservación de las ramas nerviosas del simpático, así como las del parasimpático, se puede disminuir importantemente las complicaciones de impotencia y disfunción urinaria tradicionalmente asociadas con cirugía radical del

recto ⁽¹⁰⁾. Se puede deducir que la configuración pélvica del sexo masculino hace más difícil la operación que la pelvis ginecoide femenina; igual sucede con los pacientes obesos. Entre 20 a 45% de pacientes operados de cáncer de recto pueden presentar recurrencia local, la que está relacionada a disección ganglionar incompleta. En relación a las metástasis ganglionares en el meso-recto se ha demostrado la necesidad de terapia adyuvante agresiva radioterapia y quimioterapia ^(10, 14).

El tratamiento adyuvante indicado en cáncer de recto del tercio medio e inferior, ha demostrado su importancia disminuyendo la recurrencia local y en algunos casos haciendo resecables lesiones inicialmente resecables, reduce el tamaño tumoral, disminuye la siembra tumoral al momento de la cirugía y aumento de la radiosensibilidad celular, ausencia de fijación post operatoria del intestino delgado a la pelvis, con posibilidades de modificar la operación (de abdominopereínea a resección anterior baja con conservación del esfínter más anastomosis coloanal). La aplicación de la radioterapia y quimioterapia puede realizarse antes del tratamiento quirúrgico o posterior a él ^(10,14).

La calidad de vida es la valoración subjetiva que el paciente hace de diferentes aspectos de su vida en relación con su estado de salud. La calidad de vida en los pacientes con cáncer es un proceso de adaptación que está influenciado por características médicas y sociodemográficas que facilitarían o dificultarían la adaptación a la enfermedad ^(14, 15). Asimismo, los principales factores que afectan la adaptación al cáncer son: estar en un rango de edad entre 18 y 40 años, tener responsabilidades por miembros de la familia, presentar dificultades financieras y recibir tres tratamientos distintos (16). Otra definición es "la ausencia de enfermedad o defecto y la sensación de bienestar físico, mental y social", o también la sencilla pero adecuada definición americana "sentimiento personal de bienestar y satisfacción con la vida" ⁽¹⁴⁾.

Desde tiempos remotos, en la relación médico-paciente había unas valoraciones subjetivas, tanto del médico como del paciente, sobre la pérdida de salud por una enfermedad y sobre la mejoría de una determinada actuación terapéutica. Sin embargo, en tanto que subjetivas, eran muy difíciles de evaluar y, sobre todo, de cuantificar. Por ello se empezó a valorar como conveniente la posibilidad de medir el estado de salud mediante instrumentos (cuestionarios) que necesitan de una validación previa ^(14, 16, 21-27).

Para investigar la calidad de vida en los pacientes oncológicos se usa un cuestionario de datos demográficos y el cuestionario de calidad de vida, EORTC QLQ C-30 (European Organization for Research and Treatment of Cancer quality of Life Questionnaire Core 30), donde se analiza la relación entre variables médicas y demográficas del paciente con las áreas de funcionamiento que componen la calidad de vida, un cuestionario básico para pacientes oncológicos. ^(14,15,17,18, 20, 21, 22). Además del QLQ C-30 existe el cuestionario QLQ C-29, módulo específico para cáncer colo-rectal. Los cuestionarios de calidad de vida no sustituyen a las evaluaciones sintomáticas, analíticas, morfológicas, etc., sino que las complementan, introduciendo algo tan trascendente como la visión del propio paciente sobre

su percepción de salud. Posee características psicométricas aceptables y evalúa las áreas de funcionamiento emocional y de rol. Son las mejores predictoras de la calidad de vida en el paciente con cáncer^(14,19,20,21, 28-30). Gulín et al⁽¹⁶⁾ en un estudio descriptivo observacional en 58 pacientes operados de cáncer de recto utilizando el cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30, encuentran que el estreñimiento tiene mejor puntuación en la cirugía abdominoperineal en comparación con la resección anterior baja (17.3 vs 37.1; $p=0.019$).

El presente estudio se realizó con la finalidad de evaluar la influencia de la cirugía y/o el tratamiento adyuvante en la calidad de vida de los pacientes tratados por cáncer de colon y cáncer de recto, debido a la importancia no sólo prolongar los años de vida si no las condiciones de vida en las que se desarrollan y por lo tanto los factores que influyen en su adaptación a nivel sociodemográfico. Comparamos en cuál de los dos grupos de pacientes en estudio (cáncer de colon y de recto), post tratamiento (médico y/o quirúrgico), ofrece mejor calidad de vida. Se determinó como el tratamiento recibido influye en las áreas de funcionamiento emocional y de rol, debido a que estas últimas son las mejores predictoras de la calidad de vida en el paciente con cáncer.

Objetivos de la Investigación

Objetivo General

- * Determinar la efectividad del tratamiento quirúrgico y/o adyuvante en mejorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de colon en comparación al de cáncer rectal.

Objetivos Específicos

- * Determinar la mejora de los síntomas clínicos de acuerdo al cuestionario básico de calidad de vida en pacientes oncológicos del European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C-30) en pacientes sometidos a resección quirúrgica y/o tratamiento adyuvante, por cáncer de colon y de recto avanzados.
- * Determinar la mejoría de los síntomas clínicos de acuerdo al cuestionario específico de calidad de vida en cáncer colorectal del European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ CR 29) en pacientes sometidos a resección quirúrgica y/o tratamiento adyuvante, por cáncer de colon y de recto avanzados.

MATERIAL Y MÉTODOS

El presente estudio ambispectivo de cohortes, comparativo, longitudinal y analítico, evaluó una serie consecutiva de 27 pacientes (censo muestra) con diagnóstico de adenocarcinoma de colon (Grupo A= 12) y de recto (Grupo B= 15) atendidos en el Servicio de Cirugía de Abdomen del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas (IREN) de Trujillo que fueron sometidos a intervención quirúrgica y/o adyuvante, desde el 1 de enero del 2008 al 31 de julio del 2009.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años de edad con diagnóstico histopatológico de cáncer primario de colon y de recto avanzado resecable.
- Pacientes con historia clínica completa y controles hasta por lo menos 1 año.

Criterios de exclusión

- Pacientes con historias clínicas incompletas o ausencia de informes anatomopatológicos.
- Pacientes que no cumplan con el llenado correcto del cuestionario.
- Pacientes con cáncer de colon y recto concomitantemente.
- Pacientes que no desean participar voluntariamente en el estudio.
- Pacientes con enfermedades psiquiátricas o con incapacidad legal o mental.

Definiciones Operacionales:

A. Tratamiento

A.1 Quirúrgico:

a) *Colectomía: Extirpación quirúrgica de colon.*

Hemicolectomía derecha que incluye los últimos 5-10 cm de íleon, el colon derecho, la flexura hepática y el lado derecho del colon transversal, sin comprometer la arteria cólica media. Los pedículos linfocelulares extirpados incluyen a la arteria íleo-cólica, arteria cólica derecha y la rama derecha de la cólica media.

Las lesiones del colon izquierdo exigen la remoción del colon transversal distal, el colon descendente y el sigmoide, con ligadura y división de la arteria mesentérica inferior en su nacimiento, sin incluir el recto.

Las lesiones del colon transversal requieren la resección segmentaria del colon transversal con anastomosis término-terminal; sin embargo, cuando la neoplasia está más cerca del ángulo esplénico, se prefiere hacer una hemicolectomía izquierda ampliada, seccionando la arteria cólica media en su raíz.

Las lesiones del colon sigmoide y del recto alto se extirpan por resección anterior baja e incluye la remoción de la parte final de colon descendente, el colon sigmoide y de los dos tercios superiores del recto.

Indicador: Procedimiento quirúrgico sí o no.

b) *Proctectomía: Extirpación quirúrgica de recto.*

Tercio medio y superior del recto: cuidados del margen distal: 5 cm, en realidad con 2,5 a 3 cm es perfectamente suficiente, y en algunas circunstancias puede aceptarse hasta 1 cm. (lesiones protuidas, bien diferenciadas). La resección pélvica en bloque del meso-recto y la preservación simpática y para-simpática dentro de la

fascia parietal pélvica, se puede disminuir importantemente las complicaciones de impotencia y disfunción urinaria tradicionalmente asociadas con cirugía radical del recto.

Tercio distal del recto: Se realiza una resección abdominoperineal, donde se moviliza el recto sigmoides desde el nivel de la arteria mesentérica inferior hasta los músculos elevadores del ano, para luego proceder a la incisión transperineal y resección en bloque del recto distal y ano. Estos pacientes requieren una colostomía permanente.

Indicador: Procedimiento quirúrgico sí o no.

A.2 Adyuvante:

Radioterapia y quimioterapia: Es la irradiación y la administración de fármacos para el tratamiento del cáncer que se acompaña a la cirugía pre (tratamiento neoadyuvante) y post (tratamiento adyuvante) quirúrgica.

Ha demostrado disminuir significativamente la alta tasa de recurrencia local en pacientes de alto riesgo. El tratamiento neoadyuvante está indicado en cáncer de recto del tercio medio y distal. El tratamiento adyuvante está indicado en los pacientes con cáncer de colon y recto con ganglios positivos.

Indicador: Procedimiento médico sí o no.

B. Calidad de Vida:

La calidad de vida de los pacientes con cáncer fue medido mediante los cuestionarios QLQ-C 30 y el QLQ-CR29. El cuestionario QLQ-C30 tiene cuatro posibles respuestas, cada una vale 1, 2, 3 o 4 puntos. Las preguntas se agrupan en función del parámetro que evalúan (p. ej. función social) y se suma su puntuación; posteriormente utilizamos fórmulas para obtener un valor del 0 al 100 en todos los parámetros. Una puntuación elevada obtenida de manera global representa una escasa alteración de las funciones estudiadas y por ende una adecuada calidad de vida. Sin embargo, por otro lado, resultados o puntajes elevados en las escalas sintomáticas representan sintomatología importante y por tanto un peor nivel funcional.

El cuestionario QLQ-CR29 tiene cuatro posibles respuestas, cada una vale 1, 2, 3 o 4 puntos. Se suma su puntuación; posteriormente utilizamos fórmulas para obtener un valor del 0 al 100 en todos los parámetros. Una puntuación elevada representa menor calidad de vida.

Indicador: Cuestionario de la EORTC QLQ C-30 y el QLQ CR-29: presente o ausente

C. Efectividad de la Calidad de Vida:

Es el resultado obtenido, en la mejora de las condiciones de vida, luego del tratamiento (médico y/o quirúrgico) que recibieron los pacientes con cáncer de colon y recto. La efectividad se evidenció al comparar los promedios de

puntuación de los diferentes síntomas tales como vómitos, disnea, estreñimiento y sueño, entre ambos grupos de estudio (de acuerdo a los cuestionarios básicos validados por la European Organization for Research and Treatment of Cancer), y mediante el uso de la estadística analítica denominada "t" de Student determinándose el valor p. Si el valor p salió estadísticamente significativo, es decir $p < 0.05$, se rechazó la hipótesis nula, el cual refiere a que no existe diferencia entre la calidad de vida entre ambos grupos y se aceptará la hipótesis alterna que señala que existe diferencia en la calidad de vida entre ambos grupos de pacientes en estudio.

Indicador: "t" student: $p < 0.05$ o $p > 0.05$

Método

Proceso de Captación de la Información.

La información se obtuvo de las historias clínicas del Departamento de Estadística, y Sala de Operaciones del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza". Para efectos del presente estudio se confeccionó una ficha clínica que incluirá datos sobre tiempo de enfermedad, los hallazgos clínicos al momento de la admisión, síntomas principales, exámenes auxiliares (hematológicos, bioquímicos, radiográficos, ecográficos, endoscopías, biopsias, otros), extensión de la enfermedad, fecha de la operación, tiempo operatorio, tipo de cirugía, hallazgos histopatológicos, localización, tamaño de la neoplasia, complicaciones postoperatorias y mortalidad postoperatoria, además de los resultados obtenidos del cuestionario de la European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire CR-29, que fueron incluidos en una ficha clínica que luego será almacenada en una base de datos en el programa SPSS v.17.0

Análisis Estadístico de Datos

Las variables categóricas se presentaron en tabla de frecuencias, expresando frecuencias absolutas y porcentajes. Para la comparación de 2 medias aritméticas se utilizó la prueba "t" de Student para muestras independientes. Se consideró un valor p menor de 0,05 como estadísticamente significativo.

Consideraciones Éticas

Se mantuvo el anonimato del paciente que fue estudiado. Antes de realizar la investigación se obtuvo la aprobación del comité de ética del Instituto Regional de Enfermedades Neoplásicas "Dr. Luís Pinillos Ganoza". Para el desarrollo del cuestionario se obtuvo la autorización verbal de cada uno de los pacientes

RESULTADOS

Población de estudio. La muestra poblacional (censo-muestra) del presente estudio fue inicialmente de 30 pacientes,

debido a que se excluyeron a 2 pacientes que no contaron con el requerimiento mínimo de 3 meses del post operatorio. De los 30 pacientes sólo incluimos a 27 de estos, debido a que 3 de estos no se les pudo hacer el seguimiento respectivo por encontrarse en sitios alejados geográficamente. Se aplicaron los cuestionarios de The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C-30 y CR-29) validadas internacionalmente Además. Se trata de un estudio ambispectivo debido a que la toma de datos fue retrospectivamente a través de la historia clínica y prospectivamente a través de la aplicación de los cuestionarios a los pacientes. Los pacientes se agruparon en dos grupos: aquellos con diagnóstico de adenocarcinoma de colon (Grupo A= 12) y de recto (Grupo B= 15)

Características de los pacientes con cáncer de colon y recto. La edad promedio de los pacientes del Grupo A fue de 64.67 ± 10.46 y la del Grupo B fue de 60.33 ± 14.56 años ($p=0.378$). El sexo que predominó para los pacientes del Grupo A fue el femenino (83.3%), mientras que para los pacientes del grupo B fue mayoritariamente masculino (73.3%) ($p = 0.0040592$). La mayor parte de los pacientes del Grupo A y B procedieron de las zonas urbanas con cifras de 75% y 86.6%, respectivamente ($p= 0.3879227$). La mayor parte de los pacientes del Grupo A tenían como trabajo su casa (75%) al igual que los del Grupo B (26.6%) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Características de los pacientes con cáncer de colon y recto

Variable*	Grupo A n = 12 (%)	Grupo B n = 15 (%)
Edad, años (X ± DE)	64.67 + 10.46	60.33 + 14.56
Sexo		
Femenino	10 (83.3)	4 (26.7)
Masculino	2 (16.7)	11 (73.3)
Residencia		
Urbana	9 (75.0)	13 (86.6)
Rural	3 (25.0)	2 (13.3)
Ocupación		
Casa	9 (75.0)	4 (26.6)
Jubilado	1 (8.3)	2 (13.3)
Secretario	2 (16.6)	0 (0.0)
Obrero	0 (0.0)	3 (20.0)
Contador	0 (0.0)	2 (13.3)
Agricultor	0 (0.0)	3 (20.0)
Comerciante	0 (0.0)	1 (6.7)

(*) Prueba "t" de Student o chi cuadrado según fue necesario; valor $p > 0.05$ para todas las variables

Localización de los tumores de cáncer de colon y recto. La localización más frecuente de cáncer de colon fue el ciego (41.7%) seguido de colon sigmoides (25.0%), colon ascendente (16.7%), ángulo hepático del colon (8.3%), colon descendente (8.3%). La localización más frecuente de cáncer de recto fue el recto superior (46.6%), seguido de recto inferior (40.0% y recto medio (13.3%) (Cuadro 2).

Cuadro 2. Localización de los tumores de cáncer de colon y recto

Variable	n (%)
Colon	12
Ciego	5 (41.7)
Colon ascendente	2 (16.7)
Ángulo hepático del colon	1 (8.3)
Colon descendente	1 (8.3)
Colon sigmoides	3 (25.0)
Recto	15
Superior	7 (46.6)
Medio	2 (13.3)
Inferior	6 (40.0)

Intervención quirúrgica El abordaje quirúrgico en los pacientes del Grupo A fue la Colectomía (100%). En el Grupo B la resección anterior de recto fue la más frecuente (60%), seguida por la resección abdominoperineal (33.3%) y exéresis del Tumor (6.7%). (Cuadro 3)

Cuadro 3. Intervención quirúrgica de pacientes con cáncer de colon y recto

Intervención quirúrgica	Grupo A n = 12 (%)	Grupo B n = 15 (%)
Resección anterior del recto	0 (0.0)	9 (60.0)
Abordaje abdominoperineal	0 (0.0)	5 (33.3)
Exéresis del tumor	0 (0.0)	1 (6.7)
Colectomía	12 (100.0)	0 (0.0)

(*) Prueba "t" de Student o chi cuadrado según fue necesario; valor $p > 0.05$ para todas las variables

Pacientes con cáncer de recto que recibieron radioterapia y quimioterapia preoperatoria Hubo 6 pacientes del Grupo B en total que recibieron radioterapia y quimioterapia preoperatoria (tratamiento neoadyuvante). De estos, 2 tuvieron cáncer en el recto medio (33.33%) y 4 en el recto inferior (66.67%) (Cuadro 4)

Cuadro 4. Pacientes del Grupo B que recibieron radioterapia y quimioterapia preoperatoria

Localización*	Radioterapia preoperatoria n = 6 (%)	Quimioterapia preoperatoria n = 6 (%)
Recto superior	0 (0.0)	0 (0.0)
Recto medio	2 (33.3)	2 (33.3)
Recto inferior	4 (66.7)	4 (66.7)

(*) Son los mismos pacientes que recibieron ambos tipos de tratamientos

Pacientes con cáncer de colon y recto que recibieron tratamiento adyuvante. De los 12 pacientes que recibieron quimioterapia adyuvante, 7 correspondieron al Grupo A (58.67%), 5 al Grupo B (41.67%), de los cuales dos (40%) de los pacientes ya había recibido tratamiento neoadyuvante. Además de los 15 pacientes del Grupo B, 1 (6.67%) recibió radioterapia adyuvante. La radioterapia adyuvante sólo se efectuó en 1 (6.7%) paciente del Grupo B con localización del tumor en el recto superior (Cuadro 5).

Cuadro 5. Pacientes del Grupo A y B que recibieron tratamiento adyuvante

Localización	Radioterapia adyuvante n = 1 (%)	Quimioterapia adyuvante n = 12 (%)
Colon	0 (0.0)	7 (58.3)
Recto	1 (100.0)	3 (25.0)
Recto con tratamiento neoadyuvante	0 (0.0)	2 (16.7)

Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ C-30 a los 3 meses. La calidad vida global, percibida por el propio paciente y valorada por el cuestionario QLQ-C30, obtiene valores similares tanto para el Grupo A como para el Grupo B (67.86 + 17.90 vs. 68.50 + 11.94; $p = 0.934$). Al comparar la función social se encontró que ésta es mejor en pacientes sometidos a cirugía del Grupo A en comparación con el Grupo B, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (37.50 + 13.36 vs. 60.00 + 13.69; $p = 0.018$). Las demás dimensiones como función cognitiva, emocional, física, del rol, fatiga dolor, náuseas y/o vómitos, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y finanzas, no mostraron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Cuadro 6).

Cuadro 6. Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ C-30 a los 3 meses

Dimensión	Grupo A n = 12	Grupo B n = 15	Valor p*
Calidad de vida	67.86 ± 17.90	68.50 ± 11.94	0.934
Función social	37.50 ± 13.36	60.00 ± 13.69	0.018
Función cognitiva	28.12 ± 8.83	40.00 ± 22.36	0.311
Función emocional	46.25 ± 10.60	50.00 ± 17.04	0.702
Función física	58.92 ± 9.92	77.14 ± 21.07	0.128
Función del rol	39.06 ± 14.07	50.00 ± 17.68	0.279
Fatiga	48.43 ± 14.07	52.50 ± 20.54	0.710
Dolor	46.88 ± 20.86	55.00 ± 27.39	0.588
Náuseas/vómitos	37.50 ± 23.15	35.00 ± 22.36	0.851
Disnea	28.13 ± 5.79	35.00 ± 13.69	0.337
Insomnio	43.75 ± 22.16	40.00 ± 22.36	0.775
Pérdida de apetito	46.88 ± 24.78	35.00 ± 13.69	0.290
Estreñimiento	43.75 ± 22.16	35.00 ± 22.36	0.509
Diarrea	37.50 ± 18.90	45.00 ± 20.92	0.533
Finanzas	43.75 ± 22.16	45.00 ± 20.92	0.921

(*) Prueba "t" de Student; valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ C-30 a los 6 meses. La calidad vida global, percibida por el propio paciente y valorada por el cuestionario QLQ-C30, obtiene valores similares tanto para el Grupo A como para Grupo B (74.99 ± 24.45 vs. 74.28 ± 20.58; $p = 0.956$). Las demás dimensiones como función social, cognitiva, emocional, física, del rol, fatiga dolor, náuseas y/o vómitos, disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y finanzas, no mostraron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Cuadro 7).

Cuadro 7. Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ C-30 a los 6 meses

Dimensión	Grupo A n = 12	Grupo B n = 15	Valor p*
Calidad de vida	74.99 ± 24.45	74.28 ± 20.58	0.956
Función social	46.88 ± 31.16	65.00 ± 28.50	0.309
Función cognitiva	40.63 ± 29.69	35.00 ± 22.36	0.706
Función emocional	54.38 ± 21.95	43.00 ± 24.65	0.424
Función física	66.07 ± 22.18	67.14 ± 21.78	0.934
Función del rol	50.00 ± 25.88	47.50 ± 31.12	0.885
Fatiga	54.69 ± 24.03	37.50 ± 27.95	0.290
Dolor	50.00 ± 35.36	60.00 ± 33.54	0.621
Náuseas/vómitos	40.63 ± 29.69	35.00 ± 22.36	0.706
Disnea	35.94 ± 15.58	37.50 ± 17.68	0.875
Insomnio	46.88 ± 28.15	45.00 ± 32.60	0.918
Pérdida de apetito	50.00 ± 29.88	35.00 ± 13.69	0.246
Estreñimiento	37.50 ± 18.90	35.00 ± 22.36	0.841
Diarrea	40.62 ± 18.60	60.00 ± 22.36	0.147
Finanzas	43.75 ± 22.16	50.00 ± 25.00	0.660

(*) Prueba "t" de Student; valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ CR-29 a los 3 meses. La imagen corporal, percibida por el propio paciente y valorada por el cuestionario QLQ-CR-29, tuvieron una puntuación media de 28.12 ± 6.12 para los pacientes del Grupo A en comparación con los del Grupo B cuya puntuación media fue de 50.00 ± 25.00 ($p = 0.034$). Las demás dimensiones como perspectiva del futuro, función sexual, problemas con micción, efectos de la quimioterapia, problemas gastrointestinales, problemas sexuales masculinos, problemas femeninos, pérdida de peso y problemas defecatorios no mostraron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Cuadro 8).

Cuadro 8. Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ CR-29 a los 3 meses

Dimensión	Grupo A n = 12	Grupo B n = 15	Valor p*
Imagen corporal	28.12 ± 6.12	50.00 ± 25.00	0.034
Perspectiva de futuro	59.38 ± 18.60	60.00 ± 22.36	0.957
Función sexual	34.38 ± 18.60	55.00 ± 20.92	0.90
Problemas con micción	29.43 ± 6.72	26.25 ± 2.79	0.343
Efectos de la QTP	30.21 ± 6.20	33.33 ± 8.33	0.453
Problemas gastrointestinales	35.93 ± 11.98	43.57 ± 6.92	0.225
P. sexuales masculinos	25.00 ± 0.00	66.67 ± 38.19	0.239
P. sexuales femeninos	25.00 ± 0.00	25.00 ± 0.00	1.000
Pérdida de peso	43.75 ± 17.68	35.00 ± 13.69	0.368
Problemas defecatorios	33.13 ± 5.94	29.00 ± 6.52	0.265

(*) Prueba "t" de Student; valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ CR-29 a los 6 meses. La imagen corporal, percibida por el propio paciente y valorada por el cuestionario QLQ-CR-29, tuvieron una puntuación media de 33.33 ± 16.66 para los pacientes del Grupo A en comparación con los del Grupo B cuya puntuación media fue de 48.33 ± 25.28; $p = 0.267$). La única variable en que se observó diferencia estadísticamente significativa fue el ítem función sexual. Para los pacientes del Grupo A la función sexual tuvo

una puntuación promedio de 33.33 ± 12.91 , mientras que los pacientes del Grupo B esta puntuación promedio fue 65.00 ± 22.36 ($p = 0.016$). Las demás dimensiones como perspectiva del futuro, problemas con micción, efectos de la quimioterapia, problemas gastrointestinales, problemas sexuales masculinos, problemas femeninos, pérdida de peso y problemas defecatorios no mostraron diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (Cuadro 9).

Cuadro 9. Calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ CR-29 a los 6 meses

Dimensión	Grupo A n = 12	Grupo B n = 15	Valor p*
Imagen corporal	33.33 ± 16.66	48.33 ± 25.28	0.267
Perspectiva de futuro	66.67 ± 20.41	50.00 ± 17.68	0.186
Función sexual	33.33 ± 12.91	65.00 ± 22.36	0.016
Problemas con micción	30.56 ± 7.41	27.50 ± 5.59	0.468
Efectos de la QTP	37.49 ± 12.64	33.33 ± 8.33	0.545
Problemas gastrointestinales	38.18 ± 10.99	35.83 ± 9.59	0.718
P. sexuales masculinos	25.00 ± 0.00	66.67 ± 38.19	0.239
P. sexuales femeninos	25.00 ± 0.00	37.50 ± 17.68	0.178
Pérdida de peso	50.00 ± 27.39	50.00 ± 25.00	1.000
Problemas defecatorios	31.67 ± 9.31	27.00 ± 4.47	0.334

(*) Prueba "t" de Student; valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo

DISCUSIÓN

El concepto de calidad de vida ha venido cobrando importancia ya que la mayor sobrevivencia de la población ha mejorado a expensas de un mayor número de personas con algún grado de discapacidad, y de personas con enfermedades crónicas que padecen los efectos de su enfermedad y del mismo tratamiento. Debido a que la calidad de vida se basa en mediciones blandas con una carga variable de subjetividad, se requiere de métodos de evaluación válidos, reproducibles y confiables. El mejor conocimiento de las evaluaciones para medir calidad de vida permitirá incorporar estos instrumentos en la evaluación integral de individuos, en la conducción de ensayos clínicos y en la investigación de servicios de salud⁽³¹⁾.

La evaluación de la calidad de vida es sumamente importante, pero difícil de cuantificar objetivamente. La calidad de vida es un fenómeno que se afecta tanto por la enfermedad como por los efectos adversos del tratamiento. Las mediciones pueden estar basadas en encuestas directas a los pacientes, con referencia al inicio de la enfermedad, su diagnóstico y a los cambios de síntomas a través del tiempo. Actualmente contamos con métodos objetivos que mediante cuestionarios generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones que conforman el estado de salud. Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos genéricos y específicos. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos⁽³²⁾.

Durante casi dos décadas el cuestionario QLQ-C 30 ha sido usado para valorar la calidad de vida de pacientes con cáncer⁽³³⁾. Tanto el QLQ-C 30 como el QLQ-CR 29 han sido evaluados en estudios prospectivos aleatorizados y por lo tanto son cuestionarios validados^(34,35).

En el presente trabajo, hemos analizado los resultados de la cirugía en el Grupo A y B desde un punto de vista clínico, a partir de la valoración del propio paciente acerca de su estado general de salud y calidad de vida mediante dos tipos de cuestionarios mencionados, a los 3 y 6 meses luego de la intervención quirúrgica. Al evaluar la calidad de vida de los pacientes a través del Cuestionario QLQ C-30, a los 3 meses luego de la intervención, se encontró que la función social fue mejor en pacientes del Grupo A en comparación con el Grupo B (37.50 ± 13.36 vs. 60.00 ± 13.69 puntos) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.018$). Esta baja calidad de vida, desde el punto de vista social, se observó mayormente en los pacientes con cáncer de recto, debido a que a este grupo de pacientes se les tuvo que realizar resección abdominoperineal con colostomía permanente y también se observó más en aquellos pacientes con cáncer rectal en quienes se efectuó resección anterior con colostomía y/o ileostomía provisional. Ambos procedimientos fueron necesarios debido al riesgo de dehiscencia de anastomosis pero conllevó a una inadecuada adaptación social. Estos resultados son similares a los encontrados por Gulín et al⁽¹⁶⁾ quienes hallan puntuaciones muy altas para la función social (menor calidad de vida); sólo que la diferencia estriba en el hecho que su grupo poblacional de estudio lo constituyeron únicamente pacientes con cáncer de recto y los dividieron según amputación abdominoperineal y resección anterior baja (95.6 pts y 97.1 pts respectivamente; $p = NS$). Un estudio cualitativo tipo encuesta realizado por Villajuan (36) sobre la calidad de vida del paciente ostomizado que asistió a la Consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, Lima, Perú, encuentra que en la mayoría de los pacientes se pudo observar un elevado grado de aceptación de la ostomía (84%), pero también presentaron un cambio importante en su imagen corporal (78%), aunque refirieron un efecto positivo en su estado de salud (72%), apreciándose igualmente una proporción destacable para la persistencia de tristeza y ansiedad (41% y 31% respectivamente). Estos hallazgos se correlacionan con el cuestionario QLQ CR – 29. En el presente trabajo, al evaluar la calidad de vida de los pacientes a través del cuestionario QLQ CR – 29 a los 3 meses de la cirugía y al comparar la percepción de la propia imagen corporal, entre ambos grupos de pacientes, se observó que el grupo de pacientes del Grupo B alcanza unos valores significativamente más altos (50.00 ± 25.00 puntos) que el grupo A (28.12 ± 6.12 puntos) ($p=0.034$). De este modo, el hecho de presentar una bolsa de colostomía u ostomía altera la percepción de la imagen corporal así como también su adaptabilidad y/o función social.

La función sexual a los 6 meses tiene una baja puntuación para los pacientes del grupo A, siendo mayor la disfunción en aquellos del Grupo B (33.33 ± 12.91 vs. 65.00 ± 22.36 puntos) encontrándose diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.016$). La diferencia se observó a los 6 meses del post operatorio. Según lo expresado por los pacientes, hasta los 6 meses del post operatorio, ellos tienen

más cuidados en reiniciar su vida sexual activa, por temor de alguna complicación y por ende relegan la función sexual. Esta diferencia también se debería a que durante la cirugía, en los pacientes varones del Grupo B (cáncer de recto medio e inferior en su mayor parte) no se preservan los nervios hipogástricos, nervios relacionados a la erección y eyaculación, trayendo así una incomodidad para el disfrute sexual. Sin embargo algunos trabajos señalan que la puntuación es diferente para grupos de pacientes de cáncer de recto, tal como señala el estudio de Allal et al⁽³⁷⁾ quienes evalúan una cohorte retrospectiva de 23 pacientes tratados quirúrgicamente por cáncer rectal del tercio inferior (a menos de 6 cm del margen anal) sometidos a radioterapia preoperatoria con o sin 5-fluorouracilo concomitante. Dicho estudio evaluó la calidad de vida del paciente mediante el cuestionario QLQ-CR38 y clasificaron o agruparon a sus pacientes en dos grupos quirúrgicos: aquellos sometidos a resección abdominoperineal (n = 11) y otro grupo de cirugía restaurativa (n = 12). En ese cuestionario, a diferencia del QLQ - CR 30 (en la escala global de calidad de vida), la menor puntuación consiste en una mayor función y por lo tanto mejor calidad de vida. En dicha serie, la puntuación para función sexual fue muy baja en ambos grupos quirúrgicos, y no hubo diferencias evidentes en la escala de disfrute sexual. Lo peculiar del trabajo es que dicha función sexual no pudo ser descrita en las pacientes mujeres ya que las mujeres eligieron no responder a las preguntas planteadas sobre dicho ítem. Los autores señalan que la baja puntuación obtenida reflejaría que la función sexual es una preocupación menor para los pacientes acerca de su futuro estado de salud, señalándolo además que es posible que los pacientes son más propensos a creer que todo el área potencial de recurrencia de la neoplasia se ha o se está eliminado, al asociarlos a radioterapia y quimioterapia, lo que les da una mayor sensación de seguridad en desmedro de la función sexual.

La micción es un acto reflejo que está controlado por los centros cerebrales superiores, el reflejo se inicia cuando el volumen llega a unos 300 mL, se estimulan receptores de estiramiento de la pared vesical que transmite impulsos al sistema nervioso central y el individuo tiene deseos consciente de orinar⁽³⁸⁾. En el presente trabajo no se encontró diferencias en la función excretora debido a que casi todas las fibras sensoriales aferentes que surgen en la vejiga llegan al sistema nervioso central a través de los nervios espláncnicos pélvicos. Algunas fibras aferentes siguen con los nervios simpáticos por los plexos hipogástricos y penetran en el primero y segundo segmentos lumbares de la médula espinal. Se cree que los nervios simpáticos del músculo detrusor no tienen acción, o muy poca, en el músculo liso de la pared de la vejiga y se distribuyen principalmente a los vasos sanguíneos. Se cree que los nervios simpáticos del esfínter anal sólo poseen una función mínima en la contracción de este para conservar la continencia urinaria. Sin embargo en la función sexual a los 6 meses se observó diferencia estadística en los pacientes post operados de cáncer de recto debido a que en los varones la inervación simpática del esfínter induce una contracción activa del cuello de la vejiga durante la eyaculación (que se lleva a cabo por acción simpática) y evita por lo tanto que el líquido seminal penetre la vejiga⁽³⁸⁾.

En un estudio prospectivo⁽³⁹⁾ en pacientes con cáncer rectal donde compararon la calidad de vida post tratamiento

quirúrgico: resección anterior y resección abdominoperineal, usando los cuestionarios de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ C-30 y CR-38), se concluye que la calidad de vida en la resección abdominoperineal obtuvo mejor puntaje que en la resección anterior con respecto a problemas con la micción y defecación. El presente estudio no se encontró diferencia en la calidad de vida, ni alteraciones significativas en la micción y/o problemas en la defecación. En la revisión Cochrane (40) se observó que en seis ensayos las personas con resección abdominoperineal no experimentaban una peor calidad de vida que los pacientes que se sometieron a una resección anterior; un estudio observó que un ostoma afectaba levemente la calidad de vida de las personas y en cuatro estudios observaron que los pacientes que recibieron una resección abdominoperineal experimentaban una calidad de vida significativamente peor que después de la resección anterior. Debido a la heterogeneidad, no fue posible realizar un metanálisis de los estudios incluidos. En otro estudio⁽⁴¹⁾ el pronóstico de los pacientes con adenocarcinoma del tercio medio e inferior del recto después de una operación con preservación del esfínter anal es similar al de aquellos sometidos a una resección abdominoperineal.

En el presente trabajo se observa un puntaje mayor en cuanto a la función social en los pacientes portadores de estoma lo que se relaciona con una menor calidad de vida a los 3 meses post cirugía y/o tratamiento adyuvante para cáncer de recto. Según Rauch⁽⁴²⁾ en un estudio con 121 pacientes con remisión completa de cáncer rectal a los 2 años después de su diagnóstico donde utilizaron el cuestionario de The Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QLQ C-30, los pacientes reportaron menos dolor (p = 0.002) que los controles procedentes de la población en general. Los resultados físicos también fueron más altos entre los sobrevivientes de cáncer rectal en la población general de Noruega y Alemania (p = 0.0005 y p = 0.002, respectivamente). Inesperadamente, los pacientes con estoma mostraron un mejor funcionamiento social que los pacientes sin estoma (p = 0.005), con menos ansiedad (p = 0.008) y una autoestima más alta (p = 0.0002). Dichos autores, que usaron el cuestionario EORTC QLQ C-30, llegaron a la conclusión que la calidad de vida es alta entre los sobrevivientes de cáncer rectal, incluyendo pacientes con ostoma. El uso simultáneo de varios cuestionarios de calidad de vida es aconsejable para obtener una mayor valoración en el seguimiento y la supervisión de los efectos de la terapia. El uso de estos cuestionarios validados por la EORTC nos ayudan a valorar el impacto del dolor residual y la constipación a lo largo del tiempo que debería ser considerado cuando se establezca un régimen de tratamiento.

Otro estudio⁽⁴³⁾ evaluó a 378 pacientes que sobrevivieron el primer año después del diagnóstico de cáncer colorrectal (81.7%) en comparación con la población general. En dicho trabajo se evaluó la escala física, rol, cognitiva y su calidad de vida global, mostrando solo que la funcionalidad fue ligeramente menor que en la población general. Las más severas limitaciones fueron observadas en las escalas emocional, social, y de los síntomas como disnea, insomnio, constipación, diarrea, y dificultades financieras. Las diferencias consideradas en las escalas funcional y social fueron

predominantemente encontradas en los grupos de edad más jóvenes mientras que los pacientes mayores de cáncer y los controles calificaron su salud y calidad de vida de manera similar. Los déficits en el funcionamiento emocional y social y las limitaciones específicas, como la fatiga, disnea, insomnio, estreñimiento, diarrea, y las dificultades financieras son los factores principales que dificultan la calidad de vida en pacientes con cáncer colorrectal y parecen afectar a los pacientes predominantemente joven.

Según Meyerhardt⁽⁴⁴⁾ en un estudio de cohortes, donde evaluaron la actividad física en los pacientes varones sobrevivientes de cáncer colorrectal tras un seguimiento a 668 pacientes varones con historia de cáncer colorrectal en estadios I al III, el aumento de la actividad física se asoció significativamente con mejora en la mortalidad por cáncer colorrectal, mejora de la mortalidad específica ($p = .002$ para la tendencia) y la mortalidad general ($p < .001$ para la tendencia), más actividad física se asoció con un menor riesgo de mortalidad por cáncer colorrectal.

Arndt et al⁽⁴⁵⁾ a pesar de la carga y la prevalencia de cáncer colorrectal (CCR) evaluó la calidad de vida en una cohorte de 309 pacientes con CCR de Saarland (Alemania), uno y tres años después del diagnóstico utilizando el QLQ-C30 y el QLQ-CR38, en comparación con los datos de referencia de la población general. La mayoría de los pacientes con CCR informó calidad general de vida alta y sólo pequeños déficit en el funcionamiento físico, pero los déficits en el funcionamiento emocional y social persisten durante años en pacientes con cáncer colorrectal, lo que coincide con los hallazgos del presente estudio en la alteración de la función social ($p=0.018$)

Según Ershler⁽⁴⁶⁾ los médicos pueden ser reacios a tratar, en particular en el caso de adyuvancia, debido a la preocupación de que el tratamiento de manera desproporcionada deteriore la calidad de vida en pacientes de edad avanzada. Para solucionar este problema, Bouvier y sus colegas de Francia⁽⁴⁷⁾ realizaron un análisis longitudinal para evaluar el impacto de los tratamientos adyuvantes en la calidad de vida (QOL) de los pacientes ancianos con cáncer colorrectal. Para ello, los investigadores utilizaron el registro de Cáncer de Aparato Digestivo e incluyeron a todos los pacientes de 75 años de edad o más que fueron diagnosticados con cáncer colorrectal entre 2003 y 2005. De éstos, a un total de 209 pacientes se les pidió que llenaran cuestionarios en cuatro ocasiones, a intervalos de 3 meses durante el pri-

mer año después del diagnóstico. Dichos autores utilizaron el cuestionario QLQ-C30. Un total de 125 pacientes (60%) respondieron. La etapa de la enfermedad no difirió significativamente entre los encuestados y que no respondieron. La salud global y el funcionamiento emocional mejoró en ambos cánceres tanto de colon y recto. Los pacientes que recibieron quimioterapia para el cáncer de colon estadio III o radioterapia para el cáncer rectal, de acuerdo a las recomendaciones actuales, no refirieron cambios significativos en la salud global en comparación con aquellos pacientes que no recibieron terapia adyuvante. En los pacientes tratados con quimioterapia se evidenció un mejor funcionamiento físico que los pacientes que no recibieron quimioterapia. Así pues, parece que la calidad de vida no fue negativamente influenciada por la quimioterapia adyuvante en esta cohorte de pacientes de edad avanzada. De hecho, el componente que podría haber parecido ser el más afectado (funcionamiento físico) fue incluso demostrado ser mejor, no peor en aquellos que estaban recibiendo quimioterapia⁽⁴⁷⁾.

En el estudio de Nicolussi⁽⁴⁸⁾ donde evalúan la calidad de vida después de haber recibido terapia adyuvante, en 22 pacientes con cáncer colo-rectal, utilizando el cuestionario EORTC QLQ C-30, los pacientes mostraron una puntuación de 79.13 ± 17.40 para la calidad de vida global. En el presente trabajo se encontró una calidad de vida global de 67.86 ± 17.90 puntos ($n=7$; 58.33% que recibió QT adyuvante) y 68.50 ± 11.94 puntos (41.67%; $n=5$ que recibió QT adyuvante) para los grupos A y B respectivamente, siendo lo más afectado la función social ($p= 0.018$). El resto de escalas fue no significativo en comparación al estudio citado donde la función social presenta una puntuación 73.78 ± 31.04 y lo más afectado predominantemente fue la función emocional (65.45 ± 29.01), dolor (24.98 ± 34.40), insomnio (24.09 ± 37.17) y fatiga (17.15 ± 26.92). Las puntuaciones en la calidad de vida en esa muestra fue satisfactoria, menos puntuación en la calidad de vida fueron observados entre mujeres que estuvieron recibiendo radioterapia y/o presentaron efectos secundarios a la quimioterapia.

Como se aprecia, son pocos los trabajos que analizan la calidad de vida de pacientes con cáncer de colon y recto luego del tratamiento. Esperamos que estas valoraciones se vayan introduciendo en las publicaciones de nuestro país, así como en la práctica asistencial de nuestros hospitales, al menos de las enfermedades más prevalentes o cuyas decisiones terapéuticas conlleven más dificultades.

REFERENCIAS

1. CASELLI B, CABRERA J, CEA J, DÍAZ P y cols. Complicaciones postoperatorias en el tratamiento quirúrgico de cáncer de recto en el hospital clínico regional de concepción. Magno: Revista Científica de Estudiantes de Medicina. Universidad Mayor 2008. 1:41-44.
2. GARCIA M, JEMAL A, WARD EM, CENTER MM, HAO Y, SIEGEL RL, THUN MJ. Global Cancer Facts & Figures 2007. Atlanta, GA: American Cancer Society 2007; 1:47-50.
3. ABULAFI, AM, WILLIAMS, NS. Local recurrence of colorectal cancer: The problem, mechanisms, management and adjuvant therapy. *Br J Surg* 1994; 81:7
4. PLASENCIA DJ, TANTALEÁN E, GUZMÁN C. Cáncer Colorectal: Cuadro clínico y sobrevida. *Rev Gastroenterol Perú* 2006, 26(4): 363-372.
5. OTA D., SKIDVER J, RICH T. ANDERSON. Cancer Center Experience with local excision and multimodality therapy for rectal cancer. *Surg Oncol Clin North Am* 1992; 1: 147-52.
6. BARBOZA E, RONCEROS V, SORIA F, FERNÁNDEZ M. Conservación de esfínter en el tratamiento del cáncer de recto. XXXI Congreso Peruano e Internacional de Cirugía. Acad Per Cir. Marzo, 1998.
7. BRAUNWALD E, FAUCI A, KASPER D, HAUSER S, LONGO D, JAMESON L. Cáncer colon y recto. Harrison, Principios de Medicina Interna. Mc Graw-Hill. México 2006. p.591-597.
8. SUGARBAKER PH, CORLEW S. Influence of surgical techniques on survival in patients with colorectal cancer: A review. *Dis Colon Rectum* 1982; 25: 545-57.
9. PATY PB, ENKER W.E, COHEN A.M et al. Treatment of rectal cancer by low anterior resection with coloanal anastomoses. *Ann Surg.* 1994; 219: 365-73.
10. BARBOZA E. Cirugía del Cáncer de Colon y Recto. *Rev Gastroenterol Perú* 1998; 18:1.
11. STEVEN D, MICHAEL J. STAMOS, ROMBEAU J. The ASCRS Manual of Colon and Rectal Surgery. Springer Science. 2009. P. 571-604.
12. HEALD RJ, BUSSEY HJR. Clinical Experience at St. Mark's Hospital with multiple synchronous cancers of the colon and rectum. *Dis Colon Rectum* 1975; 18: 6-10.
13. BRUINVELS DJ, et al. Follow-up of patients with colorectal cancer. A meta-analysis. *Ann Surg,* 1994; 219:174.
14. TOWNSEND, COURTNEY M. Cáncer de Colon y Recto. Sabiston tratado de cirugía fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. T. España 2005. p. 1444-1466.
15. CASAS ANGUIA J, REPULLO LABRADOR JR, PEREIRA CANDEL J. Medidas de calidad de vida relacionada con la salud. Conceptos básicos, construcción y adaptación cultural. *Med Clin (Barc)* 2001; 116: 789-796.
16. GULÍN R, PÁJARO A, SEOANE P, FERNANDEZ MAJ y cols. Orixinais: Calidad de vida en los pacientes operados de cáncer de colon. *Cad Aten Primaria* 2008; 15: 269-274.
17. GONZÁLEZ A, FERNÁNDEZ C, GARCÍA G, SOLER J, y cols. Parámetros de calidad de vida en pacientes oncológicos terminales en hospitalización domiciliaria. *Psicothema* 2001; 13 (2): 310-317.
18. SILPAKIT C, SIRILERTTRAKUL S, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30): validation study of the Thai version. *Qual. Life. Res.* 2006; 15: 167-172.
19. DEWOLF L, KOLLER M, VELIKOVA G, JOHNSON C, SCOTT N, y cols. Eortc Quality of life group translation procedure, European Organisation for Research and Treatment of Cancer 2009.p 2-16.
20. LANGENHOFF BS, KRABBE, PFM y cols. Quality of life as an outcome measure in surgical oncology. *BrJSurg* 2001; 88 (5): 643-652
21. ARRARAS JI, ARIAS F, TEJEDOR M y cols. Psychoncology 2002; 11: 249.
22. HENDREN S, O'CONNOR RN, y cols. Prevalence of male and female sexual dysfunction is high following surgery for rectal cancer. *Annals of Surgery* 2005; 242: 2.
23. CHONG V H, ABDULLAH M S, Telisinghe P U, Jalihal A. Colorectal cancer: incidence and trend in Brunei Darussalam. *Singapore Med J* 2009; 50 (11): 1085-1090.
24. LANDHEER ML, THERASSE P, VAN DE VELDE CJH. The importance of quality assurance in surgical oncology. *EJSO* 2002; 28: 571-602.
25. FOSSÅ SD, DE WIT R, TREVOR J, WILKINSON PM, DE MULDER PHM, y cols. Quality of Life in Good Prognosis Patients With Metastatic Germ Cell Cancer. *J Clin Oncol* 2003; 21: 1107-1118.
26. CASCINU S, LABIANCA R, DANIELE B, BERETTA G, y cols. Survival and quality of life in gastrointestinal tumors: Two different end points. *National Cancer Institute. Italy* 2001; 12 (3): 31-36.
27. SATOSHI K, MORITA S, SAKAMOTO J. Quality of life in gastric cancer. *World J Gastro enterol* 2005; 11 (21):3189-3196.
28. KIM YW, HAE Y, HO Y, y cols. Improved Quality of Life Outcomes After Laparoscopy-Assisted Distal Gastrectomy for Early Gastric Cancer. *Ann Surg* 2008; 248 (5):721-728.

29. HENDREN SK, MD, O'CONNOR B, LIU M, y cols. Prevalence of Male and Female Sexual Dysfunction Is High Following Surgery for Rectal Cancer. *Ann Surg* 2005; 242: 212-223.
30. ARRARAS JI, MARTÍNEZ M, MANTEROTA A Y LAÍNEZ N. La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. *Psico-oncología* 2004; 1(1): 87-98.
31. MÓNES J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cir Esp* 2004;76 (2): 71-7
32. VELARDE E, ÁVILA C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Publica Mex* 2002;44:448-463
33. PÉREZ LARA FJ, NAVARRO PIÑERO A, de la Fuente Perucho A. Estudio de factores de calidad de vida en los pacientes con cáncer de recto localmente avanzado. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96 (11): 746-757
34. AARONSON NK, CULL A, KAASA S, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) modular approach to quality of life assessment in oncology. *Int J Ment Health* 1994; 23 (2): 75-96.
35. WHISTANCE RN, CONROY T, CHIEE W, COSTANTINI A, et al. Clinical and psychometric validation of the EORTC QLQ-CR29 questionnaire module to assess health-related quality of life in patients with colorectal cancer. *European journal of cancer* 2009; 45 (17): 3017-3026
36. VILLAJUAN EJ. Calidad de vida del paciente Ostomizado que asiste a la Consulta de Enfermería del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2006. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2006
37. ALLAL AS, BIERI S, PELLONI A, SPATARO V, ANCHISI S, AMBROSETTI P, SPRANGERS MAG, KURTZ JM, GERTSCH P. Sphincter-sparing surgery after preoperative radiotherapy for low rectal cancers: feasibility, oncologic results and quality of life outcomes. *British Journal of Cancer* 2000; 82(6): 1131-1137.
38. SNELL R. Cavidad pélvica. Anatomía clínica. Mc Graw-Hill. 6ta edición: México 2002. p. 339-340.
39. JUTTA E, KERR J, Schlesinger A, y cols. Quality of Life in Rectal Cancer Patients A Four-Year Prospective Study. *Ann Surg* 2003; 238: 203-213.
40. SNELL R. Cavidad pélvica. Anatomía clínica. Mc Graw-Hill. 6ta edición: México 2002. p. 339-340.
41. PACHLER J, JORGENSEN W.P Calidad de vida después de la resección rectal por cáncer con o sin colostomía permanente. *La Biblioteca Cochrane Plus* 2008; número 3, 2008. Oxford.
42. LÓPEZ F, ZÚÑIGA A, RAHMER AL, y cols. Resección abdominoperineal versus operaciones con preservación del esfínter anal en pacientes con adenocarcinoma del tercio medio e inferior del recto. *Rev chil cir* 1999; 51 (3): 249-54.
43. RAUCH P, MINY J, CONROY T, NEYTON L, GUILLEMIN F. Quality of life among disease-free survivors of rectal cancer. *J Clin Oncol.* 2004; 22 (2):354-60.
44. ARNDT V, MERX H, STEGMAIER C, et al. Quality of Life in Patients With Colorectal Cancer 1 Year After Diagnosis Compared With the General Population: A Population-Based Study. *Journal of Clinical Oncology*; 22 (23): 4829 - 4836.
45. MEYERHARDT J, GIOVANNUCCI E, OGINO S, y cols. Physical Activity and Male Colorectal Cancer Survival. *Arch Intern Med.* 2009; 169 (22): 2102-2108.
46. ARNDT V, MERXC H, STEGMAIERD C, ZIEGLERD H, y cols. Restrictions in quality of life in colorectal cancer patients over three years after diagnosis: *EJC* 2006; 42(12):1848-1857.
47. ERSHLER W. Quality of life and adjuvant treatment of elderly colorectal cancer patients: Good News. A population-based study. *Cancer.* 2008; 113:879-886.
48. BOUVIER AM, JOOSTE V, BONNETAIN F, COTTET V, BIZOLLON MH, BERNARD MP, FAIVRE J. Adjuvant treatments do not alter the quality of life in elderly patients with colorectal cancer: a population-based study. *Cancer* 2008; 113 (4): 879-86.
49. NICOLUSSI AC, SAWADA NO. Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary therapy. *Acta Paul Enfer* 2009; 22 (2): 155 - 61.