

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO



**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA
EN TRATAMIENTO, ATENDIDOS EN HOSPITALES NIVEL III DE CHICLAYO,
DURANTE EL PERIODO 2007-2012**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:

MÉDICO CIRUJANO

AUTORES:

Bach. Nadir Indhira Gonzales Cooper

Bach. Gerson Osmar Eugenio Lluén Lozano

Chiclayo, 15 de Febrero de 2013

Agradecimiento

“A Dios todopoderoso, creador de todas las cosas por habernos iluminado para seguir la profesión de medicina y elaborar la presente tesis la cual es un aporte a nuestra universidad”.

“A la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y su escuela de medicina, que nos permitió realizar la profesión de medicina conjuntamente con un grupo selecto de profesionales con los cuales entablamos una amistad grande y verdadera”.

Dedicatoria

“La tesis, producto de la constancia, sacrificio y apoyo desinteresado, se la dedicamos a nuestros padres quienes colaboraron estrechamente y supieron motivarnos y alentarnos en su elaboración”.

“A nuestros profesores los cuales con su enseñanzas supieron despertar el interés y la entrega para culminar la profesión de medicina”.

“Y a todos y cada uno de nuestros seres queridos que supieron comprender el sacrificio y las horas de desvelo para culminar con éxito la tarea emprendida”.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON LEUCEMIA MIELOIDE CRÓNICA
EN TRATAMIENTO, ATENDIDOS EN HOSPITALES NIVEL III DE CHICLAYO,
DURANTE EL PERIODO 2007-2012**

POR:

Bachilleres en Medicina:

Nadir Indhira Gonzales Cooper

Gerson Osmar Eugenio Lluén Lozano

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de
Mogrovejo, para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Dr. Jorge Limo Liza

Presidente de Jurado

Mgtr. María Teresa Sánchez Julca

Secretaria de Jurado

Dr. Cristian Díaz Vélez

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, Febrero de 2013

INDICE

I- Introducción	Pág. 1
II- Marco Teórico Conceptual	
1. Antecedentes del Problema	Pág. 3
2. Bases teórico científicas	Pág. 5
2.1 Calidad de Vida (CV)	Pág. 5
2.2 Leucemia Mieloide Crónica (LMC).....	Pág. 6
2.3 EORTC QLQ-C30 (versión 3):.....	Pág. 7
III- Materiales y Métodos	
1 Tipo y diseño de estudio	Pág. 9
2 Población, muestra de estudio y muestreo	Pág. 9
2.1 Criterios de Inclusión.....	Pág. 9
2.2 Criterios de Exclusión.....	Pág. 10
3 Métodos, técnicas y recolección de datos.....	Pág. 10
4 Operacionalización de variables.....	Pág. 11
5 Plan de procesamiento para análisis de datos.....	Pág. 12
6 Procedimientos para garantizar aspectos éticos.....	Pág. 13

7 Tácticas de recolección de la información.....	Pág. 14
IV-Resultados	Pág. 15
V- Discusión.....	Pág. 18
VI-Conclusiones.....	Pág. 22
VII- Referencias Bibliográficas.....	Pág. 23
VIII- Anexos	
1. Instrumentos de recolección de datos demográficos.....	Pág. 29
2. Cuestionario EORTC QLQ - C30.....	Pág. 30
3. Consentimiento Informado	Pág. 32

LISTA DE TABLAS

- Tabla N° 1:** Características de los pacientes con LMC en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo durante los años 2007-2012.... Pág. 15
- Tabla N°2:** Estado global de la salud y escalas funcionales de calidad de vida de los pacientes con LMC en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo 2007 -2012 Pág. 16
- Tabla N°3:** Escala de síntomas y calidad de vida de los pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo 2007 - 2012 Pág. 17
- Tabla N°4:** Calidad de vida de los pacientes con LMC antes y después del primer año de tratamiento y calidad de vida según el medicamento utilizado, en los pacientes con LMC atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo durante los años 2007-2012 Pág. 17

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la calidad de vida de los pacientes con LMC que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico, que fueron atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de Chiclayo, entre enero del 2007 a diciembre del 2012. **Materiales y métodos:** El estudio fue descriptivo, tipo serie de casos. Se seleccionaron a todos los pacientes mayores de 18 años diagnosticados con LMC en fase crónica que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico. Se revisaron las historias clínicas y se realizaron visitas domiciliarias a los pacientes que cumplieron con los criterios de selección, con la finalidad de aplicar el instrumento elaborado por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del cáncer (EORTC QLQ-C30 versión 3.0) para valorar la CV, con los datos obtenidos se clasificó la calidad de vida en alta y en baja. **Resultados:** Se incluyeron en el estudio a 32 pacientes con LMC, de los cuales, el 60% presentó una baja calidad de vida respecto al estado global de la salud, así como también en las escalas funcional y sintomática. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos mostraron que los pacientes con LMC en tratamiento quimioterapéutico presentaron una baja CV.

Palabras clave: leucemia mieloide crónica, calidad de vida, cáncer, hidroxiurea, inhibidor de la tirosina quinasa (**Fuente:** DeCs – BIREME).

SUMMARY

Objective: We evaluated the quality of life of patients with CML who were receiving treatment chemotherapy, who were treated at the National Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) and the Regional Hospital Las Mercedes (HRDLM) of Chiclayo, from January 2007 to December 2012. **Materials and methods:** Our study was descriptive, type case series. We selected all patients aged 18 years diagnosed with CML in chronic phase who were receiving chemotherapy. We reviewed the medical records and made home visits to patients who met the selection criteria, in order to applying the instrument developed by the European Organisation for Research and Treatment of Cancer (EORTC QLQ-C30 version 3.0) to assess the QOL. The obtained data were classified on high quality of life and low. **Results:** The study included 32 patients with CML, of which 60% had a low quality of life compared to the overall health, as well as in regard to functional and symptomatic scales. **Conclusions:** The results showed that patients with CML in chemotherapy had a low QOL.

Keywords: chronic myeloid leukemia, quality of life, cancer, hidroxyurea, protein kinase inhibitors (**Source:** DeCs – BIREME).

I. INTRODUCCIÓN

La Leucemia mieloide crónica (LMC) es un síndrome mieloproliferativo crónico que representa el 15% de todas las leucemias, con una incidencia de 1.3 casos por cada 100 mil habitantes, predominantemente en pacientes varones, con una edad media de 67 años y cuya sintomatología tiende a repercutir en la vida de los pacientes. De acuerdo a datos de los años 2000 a 2009 del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), esta enfermedad viene a ser una de las neoplasias más prevalentes en adultos de nuestro país, así mismo el registro hospitalario de la red asistencia de Lambayeque de los años 2007 -2010 indican a la LMC en tercer lugar de frecuencia de las enfermedades neoplásicas del sistema hematopoyético con un 16% ⁽¹⁻⁷⁾.

La Calidad de Vida (CV) engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características del entorno; es uno de los aspectos más importantes referidos por los pacientes y es afectada en gran medida por las enfermedades oncológicas ⁽⁸⁻¹¹⁾.

El cuestionario de la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC QLQ-C30) se ha utilizado en todo el mundo para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer y es uno de los más acreditados para este fin. Es importante destacar que en los últimos años, si bien se han realizado estudios sobre la calidad de vida en enfermedades oncológicas, ésta no se ha estudiado en el ambiente hematológico, en particular en pacientes con LMC ⁽¹²⁻¹⁴⁾.

El conocimiento de la calidad de vida en pacientes con esta enfermedad puede proporcionar información útil que posteriormente ayude a ofrecer una mejor intervención sobre el

paciente, consiguiendo una mejor aceptación y adaptación, tanto a su enfermedad como a la terapia.

Por lo tanto, el objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida de los pacientes con LMC que estuvieran en tratamiento quimioterapéutico, atendidos en el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo (HNAAA) y el Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de Chiclayo, entre enero del 2007 a diciembre del 2012. Como objetivos secundarios se buscó determinar el grado de escala funcional física, emocional, social, cognitivo, de actividades cotidianas y el estado de síntomas del paciente con LMC durante el tratamiento quimioterapéutico; así como describir demográficamente a los pacientes con LMC según edad, sexo, grado de instrucción, ocupación y estado civil.

II. MARCO TEÓRICO DEL PROBLEMA

1. Antecedentes del Problema

La medicina ha evolucionado en las últimas décadas de una manera sorprendente, creando nuevas terapias que tratan de mejorar la supervivencia de los pacientes. Una parte de las investigaciones se orientan a la búsqueda cada vez de mejores tratamientos en los pacientes oncológicos y dicha respuesta ha sido valorada tomando en cuenta variables como la tasa de respuesta al tratamiento, el intervalo libre de enfermedad así como otros aspectos. Sin embargo, no ha sido sino hasta los últimos años en los que ha habido preocupación por dirigir el tratamiento no sólo a la cura de la enfermedad sino también a la mejora de la calidad de vida.

Uno de los estudios respecto al tema de calidad de vida en pacientes oncológicos, fue realizado por Terol y colaboradores en España en el 2000, cuyo título fue “Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento quimioterápico”; obtuvieron como muestra a 21 pacientes oncológicos y en ellos se evaluó la calidad de vida y el grado de afectación emocional tanto al inicio como en los últimos ciclos de tratamiento de quimioterapia. Concluyen que la calidad de vida global, la depresión y la condición física se asociaron entre sí, y sólo la condición física se diferenciaba significativamente entre las fases del tratamiento, siendo ésta menor en la segunda fase. Así mismo en ambas fases, los síntomas de la enfermedad y el impacto económico se asociaron directamente con la ansiedad y la depresión ⁽¹⁵⁾.

Otra investigación diseñada para determinar la calidad de vida en pacientes oncológicos fue el estudio de Darío y colaboradores, realizado en Argentina en el 2004. Este trabajo es parte de un estudio longitudinal llevado a cabo en pacientes con cáncer y su objetivo fue analizar la calidad de vida y su relación con las estrategias de afrontamiento (respuesta ante eventos estresantes que sirve para prevenir, evitar o controlar el malestar emocional). Se realizó una entrevista semi-estructurada que indagó variables sociodemográficas y psicológicas, concluyendo dicho estudio que existe correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y una adecuada calidad de vida ⁽¹⁶⁾.

En el 2006, Fernández y colaboradores realizaron un estudio en España titulado “Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos; Relaciones con el informe médico y estado emocional”. El objetivo fue analizar la utilidad clínica de los datos acerca de la calidad de vida informada por pacientes oncológicos en situación paliativa. En este estudio se obtuvo como resultados que la CV no se deterioró con la progresión de la enfermedad. Los aspectos más relacionados con la CV fueron los síntomas y, en segundo lugar, los aspectos psicológicos ⁽¹⁷⁾.

La búsqueda de programas preventivos para la intervención de la calidad de vida; se llevo a cabo por los investigadores Lugo y colaboradores en su estudio “Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención” realizado en Venezuela en el 2006. Tuvo como objetivos medir niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer y aplicar y valorar la efectividad de un programa de prevención psicológica secundaria, sobre los niveles de ansiedad, depresión y calidad de vida en los pacientes participantes. Se aplico un pre-test y pos-test en 28

pacientes con diagnóstico reciente de cáncer; concluyendo que el programa de prevención es efectivo al lograr disminuir los niveles de depresión, ansiedad y mejorar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer ⁽¹⁸⁾.

2. Bases teórico-científicas

2.1. Calidad de Vida

La calidad de vida se define como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive, sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno ^(8-10, 19).

Calidad de vida es la evaluación subjetiva de la vida entendida como un todo; se refiere a la valoración de los pacientes sobre la satisfacción con su nivel de funcionamiento normal comparándolo con el que ellos creían que era posible o ideal ⁽¹⁰⁾.

La mayoría de los expertos en este campo perciben la calidad de vida como una estructura multidimensional, que estaría a su vez constituida por una serie de dimensiones o factores. Estos factores incluyen fundamentalmente: ⁽⁸⁾

- **Estado y funcionamiento a nivel físico.** Estado funcional, morbilidad, actividad física, etc.
- **Enfermedad y síntomas relacionados con el tratamiento.** Síntomas específicos de la enfermedad o efectos secundarios de la terapia, tales como náuseas, vómitos, etc.
- **Funcionamiento psicológico.** Ansiedad o depresión que pueden ser secundarios tanto a la enfermedad como al tratamiento.

- **Funcionamiento social.** Alteraciones en la actividad social normal.

A estos factores se suelen añadir otros factores como pueden ser los relativos al estado espiritual o existencial, al funcionamiento sexual e imagen corporal, así como el referido a la satisfacción con los cuidados sanitarios recibidos. Actualmente existen cuestionarios que generan escalas e índices que permiten medir las dimensiones de forma integral que conforman el estado de salud ^(9, 10, 19, 20).

Según Barra y colaboradores en el 2004, indicaron que los estados de ánimo negativos, intensos y prolongados, hacen al individuo más vulnerable a diferentes enfermedades infecciosas, incrementan la percepción y reportes de síntomas, disminuyen la predisposición a buscar atención médica oportuna, inducen conductas no saludables como fumar o ingerir alcohol y pueden afectar tanto la recepción como la percepción de apoyo social ⁽²¹⁾.

2.2. Leucemia Mieloide Crónica (LMC)

Se trata de un síndrome mieloproliferativo crónico, en el que existe proliferación clonal autónoma de las células hematopoyéticas predominantemente la proliferación de la serie mieloide. Como otros síndromes mieloproliferativos, aparece en personas adultas (edad media de 67 años) ^(1, 3, 22).

Consta de 3 fases, estando la fase crónica presente en el 95% de los paciente; se caracteriza por anemia, hepatomegalia, esplenomegalia y síntomas constitucionales que reflejan el estado hipercatabólico de estos pacientes; así como alteraciones en el hemograma que muestra anemia normocítica normocrómica, leucocitosis con mielocitos, neutrófilos y basofilia absoluta, trombocitopenia, fosfatasa alcalina leucocitaria aumentada;

en el estudio de médula ósea (MO) se evidencia hiper celularidad (mieloide/eritroide (10/1)) y en el estudio citogenético de MO se pone en manifiesto la translocación de los cromosomas 9 y 22, cromosoma Philadelphia o BCR-ABL (t(9; 22) (q34; q11)) ^(1, 5, 23-25).

Durante la fase acelerada y crisis blástica o fase de transformación se evidencia esplenomegalia refractaria y sintomática, fiebre recurrente, pérdida de peso y sudoración, marcada basofilia, anemia, trombocitopenia con micromegacariocitos y plaquetas displásicas circulantes y MO con rasgos displásicos y presencia de blastos mayor al 20% en MO y mayor a 15% en sangre periférica. Durante la fase de transformación predomina la leucemia aguda de tipo no linfoide o mieloblástica ^(1, 3, 22).

Respecto al tratamiento, solamente es curativo el trasplante alogénico de precursores hematopoyéticos como tratamiento de rescate para pacientes que no responden a inhibidores de la tirosin quinasa; el cual sería el tratamiento inicial de elección en enfermos de más de 40 años y logra una respuesta clínico-hematológica y citogenética completa, siendo esta última a los 6 meses. En establecimientos donde no se cuenta con inhibidores de la tirosin quinasa, se emplea la hidroxiurea ^(1, 3, 22).

Hay que considerar que hay factores de peor pronóstico para la LMC, como son la edad avanzada, un recuento muy elevado de células blancas en sangre periférica, BCR – ABL ausente, anemia severa, esplenomegalia gigante, alto porcentaje de blastos en médula ósea y sangre periférica, trombocitosis severa y aparición de nuevas alteraciones citogenéticas (mieloblásticas) ^(3, 5, 22-25).

2.3. EORTC QLQ-C30 (versión 3):

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer desarrolló el test EORTC de calidad de vida, el cual es un sistema integrado y modular para evaluar la calidad de vida de los pacientes con cáncer que participan en ensayos clínicos internacionales, además cuenta con un coeficiente de fiabilidad α de Cronbach de 0.70-0.87 y se encuentra validado al español. Este instrumento consta de 30 ítems y ha sido cuidadosamente diseñado en un entorno multicultural; cuenta con 43 traducciones disponibles y ha demostrado ser válido, fiable y de respuesta al cambio. Es fácil de entender por la mayoría de los pacientes y se puede completar rápidamente (en un tiempo medio de 11 minutos) ^(12-14, 26, 27).

El test EORTC QLQ-C30 incorpora 5 escalas funcionales (física, actividades cotidianas, cognitivo, emocional y social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos), un estado de salud a nivel global, y una serie de elementos individuales de evaluación de síntomas adicionales comúnmente reportada por los pacientes con cáncer (disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento y diarrea) y la percepción de impacto financiero de la enfermedad. Estos están codificados con las categorías: "En absoluto", "Un poco", "bastante" y "Mucho". ⁽¹²⁾.

Debemos aplicar la transformación lineal de 0-100 para cada una de las escalas con la finalidad de obtener la puntuación (alta: mejor; baja: peor); para ello es necesario obtener el rango, siendo este la diferencia entre el valor máximo posible y el valor mínimo posible. ^(12, 25).

III. MATERIALES Y MÉTODOS

1. Tipo y diseño de estudio

El estudio fue descriptivo tipo serie de casos, con el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con leucemia mieloide crónica, describiendo cómo es su calidad de vida durante el tratamiento quimioterapéutico.

2. Población, muestra de estudio y muestreo

La población diana: Está constituido por todos los pacientes diagnosticados con leucemia mieloide crónica en tratamiento quimioterapéutico.

Población accesible: Estará conformada por aquellos pacientes con LMC pertenecientes al departamento de Lambayeque, que tengan como sede el Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y el Hospital Regional Docente Las Mercedes durante el periodo de estudio.

Población elegible: Estará conformada por aquellos pacientes que cumplen los criterios de inclusión y los de exclusión.

Muestreo: No se realizó cálculo estadístico de muestra, realizándose un muestreo no probabilístico por conveniencia, incluyéndose a todos los pacientes que hubiesen cumplido con los criterios de selección

2.1. Criterios de Inclusión

Pacientes con LMC que llenen los siguientes criterios:

- Pacientes con LMC en fase crónica.
- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes que acepten ser incluidos en el estudio.

2.2. Criterios de Exclusión

- Aquellos pacientes que tengan antecedentes psiquiátricos.
- Aquellos pacientes con alguna enfermedad crónica discapacitante.
- Pacientes que hubieran abandonado el tratamiento ≥ 1 mes.
- Pacientes perdidos durante el periodo de estudio (no lograron ser contactados o fallecieron).
- Paciente con idioma distinto al español.

3. Métodos, técnicas y recolección de datos

Los métodos empleados en esta investigación fueron: la aplicación de la ficha de datos demográficos y la encuesta EORTC QLQ C30 (versión 3) por parte de los autores, que se realizó a todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obtenidos de los registros de consultorio externo y hospitalización del servicio de Hematología Clínica de las 2 sedes hospitalarias, durante el periodo del 01 de enero del 2007 al 31 de diciembre del 2012. Una vez por mes, se acudió a las sedes hospitalarias a recolectar la información de los registros.

Los pacientes que fueron seleccionados para formar parte del estudio, se les entrevistó previamente para obtener el consentimiento informado (Anexo 3) y se les comentó acerca del secreto ético de la información y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo considerasen.

Al aceptar el paciente, se le programó una visita domiciliaria en la cual se aplicó la ficha de datos demográficos, así como la encuesta EORTC QLQ C30 (versión 3). Aquellos pacientes no ubicados el día de la cita, se les volvió a visitar hasta 10 días consecutivos, intentando en todo momento ubicárseles por teléfono. Tras ese tiempo, se le consideró como un paciente perdido; del mismo modo, se consideraron pacientes perdidos a aquellos que fallecieron durante el periodo de estudio.

4. Operacionalización de variables

Variables	Tipo de variable	Escala	Dimensiones	Sub dimensiones	Indicadores
Calidad de vida	cualitativa	Ordinal	Escala Funcional	Escala Funcional Física	Alta calidad: > 65%
				Escala Funcional Emocional	
				Escala Funcional Social	baja calidad: < = 65%
Escala Funcional cognitiva					
Escala Funcional en actividades cotidianas					
			Estado global de la salud		Alta Calidad Baja Calidad
			Escala de síntomas		Alta Calidad

					Baja Calidad
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	Demográfica		Masculino femenino
Edad	Cuantitativa	Razón	Demográfica		18 – 35 36 – 65 > 65
Estado civil	Cualitativo	Nominal	Demográfica		Soltero Casado Viudo Divorciado
Ocupación	Cualitativo	Nominal	Demográfica		Ama de casa Empleado Trabajador independiente Desempleado Jubilado Estudiante
Grado de instrucción	Cualitativo	Ordinal	Demográfica		Analfabeto Primaria Secundaria Superior

5. Plan de procesamiento para análisis de datos

Los datos obtenidos del cuestionario EORTC fueron volcados en el programa Microsoft Office Excel 2007 y según la fórmula brindada por el manual EORTC se hizo una transformación lineal de las escalas de calidad de vida a una puntuación de 0-100.

Primero se consiguió el rango de cada escala, siendo éste la diferencia entre el valor máximo y el valor mínimo posible. El rango de las escalas funcional y sintomática, que tienen preguntas de 4 puntos para cada una de ellas, fue de 3. El rango del estado global de la salud, que tiene preguntas de 7 puntos, fue de 6.

En segundo lugar se calculó el raw score (RS). Para cada escala se determinó con la siguiente fórmula: $(q_1+q_2+\dots+q_n)/\text{rango}$. Donde “q” hace referencia al puntaje de cada pregunta.

En tercer lugar, se obtuvo un porcentaje para cada escala que representa un aspecto diferente de la calidad de vida. Así tenemos las siguientes fórmulas para dicho cálculo: para la escala funcional = $\{1 - (\text{RS} - 1) \text{ range}\} \times 100$ y para la escala de síntomas y escala de salud global = $\{(\text{RS} - 1) \text{ range}\} \times 100$.

Finalmente, los porcentajes obtenidos para cada escala nos permitieron clasificar la calidad de vida de cada una de ellas en alta (si el porcentaje era mayor de 65%) y en baja (si el porcentaje era menor o igual a 65%).

Una vez calculado el nivel de calidad de vida para cada dimensión, se tabuló las variables demográficas y la variable de calidad de vida utilizando el programa Microsoft Office Excel 2007. Posteriormente, se calculó medidas de frecuencia siendo expuestos en gráficos y tablas, para su interpretación.

6. Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se elaboró un documento de consentimiento informado; para aquellos pacientes que aceptaron formar parte del estudio, y se aplicó previo a la recolección de información. Con este documento al paciente se le ofreció toda la información necesaria sobre la investigación, los riesgos y beneficios que presenta; así como, la accesibilidad a la información de sus resultados en el momento que lo solicitaran. (Anexo 3)

Se les informó que la participación era totalmente voluntaria y que podrían retirarse de la investigación cuando ellos lo consideraran; además, se les garantizó que la información era confidencial y anónima para lo cual se emplearon códigos de identificación a la que tendrían acceso solamente los investigadores.

Así mismo se explicó a los pacientes que los datos obtenidos de este estudio no se usarían con ningún otro propósito fuera de los objetivos de esta investigación; se les explicó también que los resultados de la investigación serían publicados.

7. Tácticas de recolección de la información

Se presentó una solicitud a la Escuela de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo con la finalidad de la facilitación del trámite correspondiente para las coordinaciones con los jefes de los servicios de Hematología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y del Hospital Regional Docente Las Mercedes, y así se logró acceder a los registros de pacientes.

IV.RESULTADOS

Los pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento, atendidos en los hospitales nivel III de Chiclayo durante el periodo de estudio, presentaron una edad promedio de 60 años (D.E.: ± 13.4) y una mediana de 60. Como datos sociodemográficos se observó que el mayor número de pacientes procedía de Chiclayo, en su mayoría casados, jubilados, con grado de instrucción de secundaria (Tabla N°1).

Tabla N°1: Características de los pacientes con LMC en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo durante los años 2007-2012

Características	N°	%
Sexo		
Masculino	18	56
Femenino	14	44
Procedencia		
Chiclayo	20	63
Lambayeque	7	22
Pimentel	1	3
Ferreñafe	1	3
Fuera de Lambayeque	3	9
Estado Civil		
Casado	22	69
Viudo	3	9
Divorciado	3	9
Soltero	4	13
Ocupación		
Ama de casa	8	25
Trabajador independiente	7	22
Jubilado	12	38
Estudiante	1	3
Empleado	4	13
Grado de Instrucción		
Analfabeto	2	6
Primaria	6	19
Secundaria	14	44
Superior	10	31

Fuente: Historias clínicas de los archivos del HNAAA y HRDLM

En la tabla N°2 se muestra que un 60% de los pacientes presentaron una baja calidad de vida; dentro de las subescalas se evidenció que la más afectada fue el estado emocional de los pacientes con LMC en un 81%.

Tabla N°2: Estado global de la salud y escalas funcionales de calidad de vida de los pacientes con LMC en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo 2007-2012

ESCALA	Calidad de vida			
	Alto		Bajo	
	N	%	N	%
Estado global de la salud	13	40	19	60
Escalas funcionales				
Física	20	63	12	37
En actividades cotidianas	15	47	17	53
Emocional	6	19	26	81
Cognitivo	22	69	10	31
Social	23	72	9	28

En la tabla N°3 se muestran los puntajes de la escala de síntomas de los pacientes con LMC en tratamiento, el cual comprende: fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, insomnio, pérdida del apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras. Se evidenció que los síntomas predominantes fueron la fatiga en un 56% y la pérdida del apetito en un 59%.

Tabla N°3: Escala de síntomas y calidad de vida de los pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento, atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo 2007 - 2012

Escala de síntomas	Calidad de vida			
	Alto		Bajo	
	N	%	N	%
Fatiga	14	44	18	56
Náuseas y vómitos	19	60	13	40
Dolor	21	66	11	34
Disnea	23	72	7	28
Insomnio	19	59	13	41
Pérdida de apetito	13	41	19	59
Constipación	20	63	12	37
Diarrea	22	69	10	31
Dificultad financiera	28	88	4	12

En la tabla N°4 se muestran los porcentajes de los pacientes con LMC antes y después del primer año de tratamiento y según la medicación empleada. Se evidenció una baja calidad de vida en el 81% de los pacientes que tenían menos de un año de tratamiento, así como en el 83% de pacientes que emplearon como tratamiento hidroxiurea a diferencia del tratamiento con inhibidores de la tirosin quinasa.

Tabla N°4: Calidad de vida de los pacientes con LMC antes y después del primer año de tratamiento y calidad de vida según el medicamento utilizado, en los pacientes con LMC atendidos en hospitales nivel III de Chiclayo durante los años 2007-2012

Variable	Calidad de vida			
	Alto		Bajo	
	N	%	N	%
Medicamentos				
Inhibidores de la tirosina quinasa	11	55	9	45
Hidroxiurea	2	17	10	83
Años de tratamiento				
< 1 año	3	19	13	81
> 1 año	10	62	6	38

V. DISCUSIÓN

El diagnóstico de una enfermedad oncológica supone un impacto físico, psicológico y social que genera sufrimiento en el individuo y en su entorno. Se han realizado muchos estudios de calidad de vida entre los pacientes oncológicos, sin embargo, en la bibliografía no se ha encontrado alguno que se haya centrado en la calidad de vida de los pacientes con LMC.

Respecto a la descripción demográfica de los pacientes, en nuestro estudio se encontró que la mayor prevalencia de pacientes estuvo comprendida por varones, con una edad media de 60 años, datos que concuerdan con estudios previos publicados. Con respecto a los otros datos demográficos, sólo nos es útil como información epidemiológica para nuestra localidad.^(1,3,5)

Mediante aplicación del cuestionario EORTC QLQ-C30 versión 3.0 en nuestro estudio, hemos observado que la calidad de vida global se ha visto comprometida, así como la subescala emocional. Respecto a esta entidad, un estudio realizado por Terol y colaboradores en pacientes oncológicos en el año 2000, demostró que la calidad de vida y la depresión se asociaron entre sí. El Instituto Nacional del Cáncer de EUA define a la depresión como una enfermedad discapacitante que llega a afectar del 15 a 25% de los pacientes de cáncer. Lo cual nos lleva a plantear que el padecimiento de una enfermedad oncológica, como lo es la leucemia mieloide crónica, genera depresión y ansiedad por la alteración de los planes de vida, los cambios en el rol social y en el estilo de vida, así como el surgimiento de preocupaciones económicas y legales^(15,28).

Cabe mencionar que existen varias terapias psiquiátricas consideradas útiles para el tratamiento de la depresión relacionada con el cáncer, tal como lo demuestra el estudio de Lugo y colaboradores en el año 2006, quienes aplicaron un programa de prevención psicológica en pacientes con diagnóstico reciente de cáncer, observando la efectividad del mismo al lograr disminuir los niveles de depresión, ansiedad y mejorar la calidad de vida. Cabe destacar también el estudio de Darío y colaboradores en el año 2004, en donde se observó una mejor calidad de vida en pacientes oncológicos que recibieron estrategias de afrontamiento que tratan de disminuir el malestar emocional y maximizar la adaptación y el bienestar ^(16, 18, 29).

Por otra parte, también dentro de la escala funcional, el cuestionario EORTC no ha detectado diferencias en la calidad de vida respecto a las subescala de actividades cotidianas, a diferencia de las subescalas de actividades física, social y cognitiva, en las cuales se mostró una calidad de vida alta.

Otro dato encontrado en el estudio ha sido una percepción baja de la calidad de vida en la escala de síntomas. Los pacientes refieren más problemas con relación a síntomas como fatiga y pérdida del apetito, a diferencia de los síntomas de disnea, náuseas, vómitos, diarrea, constipación, insomnio y dolor. Considerando que nuestra población estuvo constituida tanto por pacientes que estuvieron recibiendo inhibidores de la tirosina quinasa (ITQ) como hidroxiurea, cabe considerar los efectos adversos de ambos tipos de terapia. Por un lado, Brian J. y col., en el año 2001 demostraron que se presenta fatiga en estos pacientes, consecuencia de una anemia leve observada con frecuencia en los primeros meses, en el caso de tratamiento con ITQ. En tanto, Charles L. y Sawyers M, en el año 2001 encontraron que el tratamiento con hidroxiurea se asocia en el 60% de los pacientes a

fatiga y pérdida del apetito. Estos datos se corroboran en nuestro estudio. Por otro lado, si bien los autores mencionados refieren encontrar un mayor porcentaje de pacientes con náuseas, vómitos y diarrea, estos datos no se han evidenciado en nuestro estudio. Una ausencia de control de los síntomas descritos, influye negativamente sobre la calidad de vida ^(29, 30).

Otro hallazgo en nuestro estudio es la falta de diferencias en la calidad de vida en el aspecto financiero; este dato podría estar sobrestimado debido a que la mayor proporción de pacientes entrevistados son atendidos en el hospital del seguro, donde el tratamiento es financiado por la institución.

Como hallazgo adicional a nuestro estudio, es el dato de la calidad de vida global en pacientes con LMC que tienen menos de un año de tratamiento, donde se evidenció una predominancia de la baja calidad de vida. Esto puede corroborarse con el estudio de Fernández y colaboradores, en el cual se evidenció que la CV no empeora con la progresión de la enfermedad. Por otro lado, Sawyers C. y col., en el año 2001 refieren que la baja calidad de vida en pacientes con diagnóstico reciente de LMC, podría deberse a una respuesta citogenética no lograda aún con el tratamiento de ITQ (la respuesta citogenética mayor se logra a los 6 meses y respuesta citogenética completa, a los 12 meses), a la sintomatología ocasionada por la misma enfermedad o debido a los efectos de los medicamentos. Respecto a este último aspecto, en nuestro estudio encontramos una peor calidad de vida en los pacientes que reciben hidroxiurea a comparación de los pacientes que reciben ITQ, lo que podría explicarse, por un lado, a los efectos adversos de cada fármaco, y por otro, al tipo de respuesta que se obtiene de cada fármaco: la hidroxiurea da sólo respuesta hematológica y no interviene sobre el pronóstico de vida de los pacientes, en

tanto los IQT dan respuesta hematológica como citogenética, con una mejora en su pronóstico de vida^(6, 29- 31).

Existen limitaciones importantes en este estudio, entre ellas, el número de pacientes, el cual fue insuficiente para realizar inferencia estadística con pruebas adecuadas, y la ausencia de estudios previos similar al realizado.

El personal de salud debería considerar la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con LMC al momento del diagnóstico y tratamiento, para identificar a los pacientes que requieran un posterior apoyo profesional complementario en su esfera afectiva. Sin embargo es necesario continuar la investigación con la finalidad de poder identificar algunos otros factores que pudieran estar influyendo en la calidad de vida de estos pacientes.

VI. CONCLUSIONES

1. Los pacientes con LMC en tratamiento quimioterapéutico, atendidos en el hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo y el Hospital Regional Docente Las Mercedes, durante el periodo enero del 2007 a diciembre del 2012, presentaron una baja calidad de vida global.
2. Dentro de las escalas evaluadas, la subescala emocional, la subescala de actividades cotidianas y la escala de síntomas son variables predominantes que afectan la calidad de vida en la población con enfermedades oncológicas, y no está exenta en los pacientes con LMC.
3. Como hallazgo adicional a nuestro estudio, se evidenció que los pacientes con LMC que tienen menos de año de tratamiento y aquellos que reciben como tratamiento hidroxiurea, presentaron una baja calidad de vida.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín V., Gómez R. y Torres A. Síndromes mieloproliferativos: Conceptos y etiopatogenia. Clasificación. Clínica. Criterios diagnósticos. Estrategias terapéuticas. *Medicine*. 2008. 10(21): 1409 – 1418
2. Walter J. Leucemia mielógena crónica. [Libro en internet] Nueva York: The Leukemia and Lymphoma Society; 2007 [Acceso: 26 de mayo del 2010]. Disponible en: http://www.lls.org/content/nationalcontent/resourcecenter/freeeducationmaterials/spanish/pdf/sp_cml
3. Kasper D., Fauci A., Longo D., Braunwald E., Hauser S., Jameson J. Harrison Principios de Medicina Interna. 16° ed. México: McGraw Hill; 2006.
4. Rubin P. Oncología Clínica. Enfoque multidisciplinario para médicos y estudiantes. 8° ed. España: Elsevier; 2003
5. Lichtman M., Beutler E., Kipps T., Williams W. Manual de Hematología. 6° ed. España: Marbán; 2005.
6. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Organismo Publico Ejecutor del Sector Salud. Perfil Epidemiológico. [Sede web] Perú: Ministerio de Salud; 2011 [Actualizado: 12 de mayo del 2011, Acceso: 12 de mayo del 2011] Disponible en: http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/estadistica/datos_estadisticos/20052011_IN_EN_NM_FRECUENTES_2000_2009_vf.pdf

7. Diaz C. Registro Hospitalario de Cancer 2007 - 2010. [libro en internet]. Perú: Gerencia red asistencial Lambayeque; 2010 (acceso: 03 de febrero del 2012) Disponible en: http://issuu.com/cristiandiazv/docs/boletin_rhc_2007-2010
8. Ferriols R., Ferriols F., Alós M., Magraner J. Calidad de Vida en Oncología Clínica. Farm Hosp [Revista en internet] 1995 [Acceso: 12 de mayo del 2010] 19(6): 315-322. Disponible en: http://www.sefh.es/revistas/vol19/n6/315_322.PDF
9. García I., Merino B. y Silva J. Promoción de la Salud. Glosario. [Libro en internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1998 [Acceso: 15 de mayo del 2010]. Disponible en: http://www.bvs.org.ar/pdf/glosario_sp.pdf
10. Ganz P. Quality of life and the patient with cancer. Individual and policy implications. Cancer [Revista en internet] 1994 agosto [Acceso: 15 de Mayo del 2010] 74(4 Suppl):1445-52. Disponible en: [http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(19940815\)74:4%2B%3C1445::AID-CNCR2820741608%3E3.0.CO;2-%23/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19940815)74:4%2B%3C1445::AID-CNCR2820741608%3E3.0.CO;2-%23/pdf)
11. Zhang X. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. [Libro en internet] Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2002 [Acceso: 16 de Mayo del 2010] Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>
12. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. EORTC QLQ-C30 Scoring Manual. [Internet] 2001 [Acceso: 03 de Junio del 2010]. Disponible en: <http://www.eortc.be/>

13. Arraras J., Martínez M., Manterota A. y Laínez N. Evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. Psicooncología. [Revista en internet] 2004 [Acceso: 05 de Junio del 2010] 1(1): 87-98. Disponible en: <http://revistas.ucm.es/psi/16967240/articulos/PSIC0404110087A.PDF>

14. Portillo C. y Restrepo M. Evaluación del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ C-30 dentro de un estudio con pacientes adultos de centros de oncología de Bogotá. Avances en Medición. [Revista en internet] 2004 [Acceso: 05 de Junio del 2010] 2 (1): 51-61. Disponible en: <http://www.humanas.unal.edu.co/files/cms/189467010149e8b4a69221b.pdf>

15. Terol M., López S., Rodríguez J, Pastor M., Mora M., Martín M., et al. Diferencias en la calidad de vida: Un estudio longitudinal de pacientes de cáncer recibiendo tratamiento de quimioterapia. Anales de psicología. [Revista en internet] 2000 [Acceso: 12 de Mayo del 2010] 16(2): 111-122. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/01-16_2.pdf

16. Darío M., Justo Z., Fernando G. Afrontamiento y calidad de vida. Un estudio de pacientes con cáncer. Scielo [Revista online]* Argentina; 2004. [Acceso: 12 de Mayo del 2010] Disponible en: http://scielo.bvs-psi.org.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-82712003000200009

17. Fernández C; et al. Calidad de vida informada por pacientes oncológicos paliativos. Relaciones con el informe médico y estado emocional. Scielo [Revista online]* España; 2006. [Acceso: 12 de mayo del 2010]. 15 (52-53). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962006000100007&script=sci_arttext

18. Lugo M, Alizo J, Martínez D, Sojo V. Pacientes oncológicos con diagnóstico reciente: Valoración e intervención sobre la depresión, ansiedad y calidad de vida a través de un programa preventivo de intervención. Venezuela: 2006. [Acceso el 12 de mayo del 2010]. Disponible en:

<http://www.infomediconline.com/biblioteca/Revistas/psiquiatria/vol52n106/at452.pdf>

19. Organización Mundial de la Salud. Pautas generales para las metodologías de investigación y evaluación de la medicina tradicional. [Documento online]* WHO: 2002 [Acceso: 16 de Mayo del 2010] pp. 67 Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/s4930s/s4930s.pdf>

20. Velarde E., Ávila C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud pública de México [Revista en Internet]* Septiembre-octubre; 2002. [Acceso el 18 de mayo del 2010]. 44(5). Disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v44n5/14035.pdf>

21. Gaviria A., Vinaccia S., Riveros M. y Quiceno J. Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. [Revista online]* Colombia: 2007 [acceso el 26 de mayo del 2010] 20(1): 50-57. Disponible en:

http://ciruelo.uninorte.edu.co/pdf/psicologia_caribe/20/3_Calidad%20de%20vida.pdf

22. The Leukemia & Lymphoma Society, Novartis oncology. Leucemia mielógena crónica. [Documento online]* 2007 [Acceso: 26 de mayo del 2010]. Disponible en: http://www.leukemia.org/attachments/National/br_1169052470.pdf

23. Cervantes F., del Cañizo M.C., Román J. et al. Asociación Española de Afectados por Linfomas, Mieloma y Leucemias. AEAL explica: ¿Qué es la Leucemia Mieloide Cónica? AEAL explica. [Revista online]* España: diciembre 2008 [Acceso: 03 de Junio del 2010] 7(1). Disponible en:

http://www.aeal.es/extranet/imagenes/publicaciones/aeal_que_es_la_leucemia_mieloide_cronica.pdf

24. Ribera J., Ortega J., Sierra J., Sanz M., Rozman C. Leucemia mieloide crónica. Farreras. Medicina Interna. 15º ed. España: ElServier; 2004.

25. Nese M., Díaz L., Muxi P., et al. Pautas de diagnóstico y tratamiento en Hematología. Consenso Nacional de Leucemia Mieloide Crónica. Hematología (Montev. en línea) [Revista online] * Uruguay, 18 de Setiembre del 2005 [Acceso: 03 de Junio del 2010] 1(3): 28 - 41. Disponible en:

http://shu.com.uy/consensos/leucemiamieloidecronica_definitivo2.pdf

26. Coates A., Porszolt F. y Osoba A. Quality of life in oncology practice: prognostic value of EORTC QLQ-C30 scores in patients with advanced malignancy. Eur J Cancer [Revista online]* 1997 [Acceso: 05 de Junio del 2010] 33(7): 1025-30. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S095980499700049X>

27. Oviedo H., Campo A. Aproximación al uso del coeficiente alfa de Cronbach. [Revista en internet] 2005 [Acceso: 23 de octubre del 2011] 34(4): 572-580. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v34n4/v34n4a09.pdf>

28. Instituto Nacional del Cáncer de los Institutos Nacionales de la Salud de E.E.U.U. Depresión (PDQ) [Sede Web] Estados Unidos: Harold Varmus; 2010 [Actualizado: 17 de septiembre del 2010; Acceso: 19 de junio del 2011] Disponible en: <http://www.cancer.gov/espanol/pdq/cuidados-medicos-apoyo/depresion/Patient>
29. Gonzáles M. Consecuencias psicológicas en pacientes con leucemia mieloide crónica pre-trasplante. [Internet] [Acceso: 19 de junio del 2011] Disponible en: http://www.elportaldelasalud.com/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=278
30. Druker B.J., Sawyers C.L., Capdeville R., Ford J.M., Baccarani M. y Goldman J.M. Chronic Myelogenous Leukemia. Hematology [Revista en internet] 2001 [Acceso: 15 de octubre del 2011] (1): 87. Disponible en: <http://asheducationbook.hematologylibrary.org/cgi/content/full/2001/1/87>
31. Terán C., Martínez M. Nuevos principios activos. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud. [Revista en línea] 2002 [Acceso: 15 de Octubre del 2011] 26(4): 107-110. Disponible en: http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/docs/200204_2.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO N° 1

Datos demográficos

Por favor responda las preguntas personalmente, encerrando en un círculo el número que mejor se aplique a su caso. La información que usted proporcione será estrictamente confidencial.

Código: _____

Fecha:/...../.....

Nombre:

Edad: _____

Procedencia: _____

Dirección:

Teléfono: _____

celular: _____

Sexo

1. Femenino 2. Masculino

Estado civil

1. Soltero 2. Casado 3. Viudo 4. Divorciado

Ocupación

1. Ama de casa 2. Empleado 3. Trabajador independiente 4. Desempleado

5. Jubilado 6. Estudiante

Grado de instrucción

Durante la semana pasada:		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
16.	¿Ha estado estreñado/a?	1	2	3	4
17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18.	¿Estuvo cansado?	1	2	3	4
19.	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21.	¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22.	¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24.	¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25.	¿Ha tenido dificultad para recordar cosas?	1	2	3	4
26.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
27.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28.	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

Por favor, en las siguientes preguntas, encierre en un círculo el número del 1 al 7 que mejor se aplique a Ud.

29. ¿Qué puntaje le daría a su salud en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésimo

Excelente

30. ¿Qué puntaje le daría a su calidad de vida en general durante la semana pasada?

1 2 3 4 5 6 7

Pésimo

Excelente

ANEXO N° 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Somos estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Gonzales Cooper Nadir y Lluén Lozano Gerson. Como parte de los requisitos para el término de la carrera de medicina se llevará a cabo una investigación. La misma trata sobre Calidad de vida en pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento, atendidos en los hospitales Almanzor Aguinaga Asenjo y Las Mercedes durante los meses de enero del 2007 a diciembre del 2012.

Usted ha sido seleccionado para participar en esta investigación la cual consiste en contestar una ficha de datos demográficos, así como una encuesta de calidad de vida: EORTC QLQ C30 (versión 3) que contiene 30 preguntas que le tomará un tiempo estimado de 15 minutos.

La información obtenida a través de este estudio será mantenida bajo estricta confidencialidad y su nombre no será utilizado. Usted tiene el derecho de retirar el consentimiento para la participación en cualquier momento.

El estudio no conlleva ningún riesgo y usted recibe como beneficio conocer aspectos importantes de su calidad de vida sobre los que en un futuro se pueda intervenir para mejorarlos. No se dará ninguna compensación económica por participar.

Los resultados del estudio serán publicados y estarán disponibles en la escuela de Medicina humana de nuestra universidad si así desea solicitarlos. Si tiene alguna pregunta sobre esta investigación, se puede comunicar con nosotros a los teléfonos: 964400920 – 943965865.

Investigadores principales:

Gonzales Cooper Nadir y Lluén Lozano Gerson

He leído el procedimiento descrito arriba. Los investigadores me han explicado el estudio y han contestado mis preguntas. Voluntariamente yo _____ doy mi consentimiento para participar en el estudio de los estudiantes de Medicina Humana de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo: Gonzales Cooper Nadir y Lluén Lozano Gerson, denominado Calidad de vida en pacientes con leucemia mieloide crónica en tratamiento, atendidos en los hospitales Almanzor Aguinaga Asenjo y Las Mercedes durante enero del 2007 a diciembre del 2012.

He recibido copia de este consentimiento.

Firma del participante

Firma de los investigadores

Fecha: _____