

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA**



**PROTOCOLO DE DISERTACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA INTERNA**

TEMA:

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES CON
CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA TOTAL
MEDIANTE LA ESCALA EUROQOL 5D, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES
EUGENIO ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERIODO JUNIO
2021 A JULIO 2022.**

Autores:

Martin Alonso Lescano Ruiz
Ana Belén Ortiz Burbano

Director:

Dr. Jorge Salazar

Director Metodológico:

Dr. Juan José Iglesias

QUITO, 2023

**TÍTULO DE TESIS: CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD
EN PACIENTES CON CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES
SOMETIDOS A TIROIDECTOMÍA TOTAL MEDIANTE LA ESCALA
EUROQOL 5D, EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES EUGENIO
ESPEJO DE LA CIUDAD DE QUITO DURANTE EL PERIODO JUNIO 2021
A JULIO 2022.**

La información contenida en esta tesis puede ser utilizada citando la fuente y autores. Todos los derechos reservados. Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de Ciencias Médicas, Instituto Superior de Posgrado. Quito, 2023.

AGRADECIMIENTO

Dejo constancia de mi agradecimiento profundo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador así también a mi Hospital de formación “Hospital de Especialidades Eugenio Espejo”, y en su representación a todos los maestros que contribuyeron a brindarme una preparación profesional de alto nivel como Especialista en Medicina Interna, de manera particular a los doctores Jorge Salazar y Juan José Iglesias por la guía valiosa en el desarrollo de este trabajo de titulación, y a todos quienes se han convertido en un ejemplo de médicos de calidad.

MARTÍN

Agradezco a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y a mi apreciado Hospital Eugenio Espejo, en donde he podido formarme como profesional especialista en medicina interna. Agradezco también a los doctores Jorge Salazar y Juan José Iglesias por su invaluable apoyo en la culminación de mi carrera.

ANA BELÉN

DEDICATORIA

Dedico la elaboración de este trabajo a Dios quien en su infinita bondad me dio a mis padres, Amparito y Wladimir, quienes junto a mi esposa Stefanie se convirtieron en el motor principal de mi crecimiento profesional. Su presencia en todos los momentos, buenos o malos, sirvió para aprender que el ser humano es un conjunto de experiencias de vida que lo enriquece y lo convierte en un ser superior.

MARTÍN

Quiero dedicar este trabajo de investigación a mi esposo Juan, mi hijo Matías, mis padres y a mi hermana por toda su ayuda y amor incondicional en toda ocasión. Su amoroso apoyo siempre me ha brindado la fuerza para continuar adelante sin rendirme.

ANA BELÉN

ABREVIATURAS

AVAC:	Años de vida ajustados a calidad
CDT:	Cáncer diferenciado de tiroides
CT:	Cáncer de tiroides
CV:	Calidad de vida
CVRS:	Calidad de vida relacionada con salud
EQ-5D:	Euroqol 5D
EVA:	Escala visual analógica
IARC:	Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer
IRS:	Investigación de resultados en salud
M:	Metástasis
N:	Nódulos
OIT:	Organización internacional del trabajo
OMS:	Organización mundial de la salud
ONU:	Organización de Naciones Unidas
OPS:	Organización panamericana de la salud
SPSS:	Statistical Package for Social Sciences
T:	Tamaño del tumor
TSH:	Hormona estimulante de la tiroides
UNESCO:	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

TABLA DE CONTENIDOS

AGRADECIMIENTO	ii
DEDICATORIA	iii
ABREVIATURAS	iv
TABLA DE CONTENIDOS	v
LISTA DE TABLAS	vii
RESUMEN	ix
SUMMARY	x
CAPÍTULO I	11
1.1. Introducción	11
2.1. Justificación	12
1.2. Problema de investigación	13
1.2.1. Pregunta de investigación	14
1.3. Objetivos	14
1.3.1. Objetivo General	14
1.3.2. Objetivos Específicos	15
1.4. Hipótesis de investigación	15
1.4.1. Hipótesis alterna	15
1.4.2. Hipótesis nula	15
CAPITULO II	16
2. MARCO TEÓRICO	16
2.1. CANCER DE TIROIDES	16
2.2. CALIDAD DE VIDA	17
2.2.1. Acercamiento al concepto de calidad de vida	17
2.2.2. Calidad de vida relacionada a salud.	18
2.3. Medición de Calidad de Vida relacionada a Salud (CVRS)	21
2.4. Escala Euro-Qol-5D	23

CAPÍTULO III	25
3. MATERIALES Y MÉTODOS	25
3.1. Diseño de la investigación	25
3.2. Universo	26
3.3. Población	26
3.4. Establecimiento <i>en el que se realizará la investigación</i>	26
3.6. Criterios de exclusión:	27
3.7. Matriz de Variables	27
3.8. Descripción de procedimientos:	28
3.9. Operacionalización de variables	29
CAPÍTULO IV	39
4. RESULTADOS	39
4.1. Variables demográficas	39
4.2. Calidad de vida	40
4.2.1. Resultados EQ-5D	40
4.2.2. Autopercepción del estado de salud del paciente	42
4.2.3. AVAC	42
4.3. Cáncer de tiroides	43
4.4. Relación entre variables	45
5. DISCUSION	85
6. CONCLUSIONES	91
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
ANEXO	101

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Principales instrumentos de medición de calidad de vida relacionada a salud.	22
Tabla 2. Variables de investigación	27
Tabla 3. Operacionalización de variables.	29
Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de la muestra	39
Tabla 5. Resultados de la aplicación del EQ-5D.	40
Tabla 6. Autopercepción del estado de salud del paciente.	42
Tabla 7. Cálculo de Años de Vida Ajustados a Calidad (AVAC)	42
Tabla 8. Caracterización del cáncer de tiroides.	43
Tabla 9. Desencadenante del diagnóstico de cáncer de tiroides	44
Tabla 10. Metástasis ganglionar	44
Tabla 11. Vaciamiento ganglionar	45
Tabla 12. Metástasis a distancia	45
Tabla 13. Sexo de los pacientes y calidad de vida	45
Tabla 14. Edad de los pacientes y calidad de vida	46
Tabla 15. Etnia de los pacientes y calidad de vida	48
Tabla 16. Nivel de estudios y calidad de vida	48
Tabla 17. Ocupación de los pacientes y calidad de vida	50
Tabla 18. Tipo de Carcinoma diferenciado de tiroides y calidad de vida	51
Tabla 19. Calidad de vida y cáncer papilar y no papilar	51
Tabla 20. Estadio del cáncer diferenciado de tiroides y calidad de vida	52
Tabla 21. Calidad de vida en relación con los estadios del cáncer de tiroides	54
Tabla 22. Calidad de vida y estadio determinado en pacientes menores a 55 años	55
Tabla 23. Calidad de vida y estadio determinado en pacientes mayores a 55 años	56
Tabla 24. Desencadenante del diagnóstico de cáncer de tiroides y calidad de vida	56
Tabla 25. Tamaño del tumor y calidad de vida	57
Tabla 26. Calidad de vida y tumor invasivo	58
Tabla 27. Metástasis ganglionar y calidad de vida	59
Tabla 28. Presencia de metástasis ganglionar y calidad de vida	60
Tabla 29. Metástasis ganglionar central y de compartimento lateral	61
Tabla 30. Metástasis de cáncer de tiroides a distancia y calidad de vida	61
Tabla 31. Vaciamiento ganglionar y calidad de vida	62
Tabla 32. Comparación de calidad de vida en pacientes con y sin vaciamiento ganglionar	63
Tabla 33. Comparación de calidad de vida en pacientes con vaciamiento ganglionar central y lateral	63
Tabla 34. Relación entre sexo de los pacientes y AVAC	64
Tabla 35. Relación entre edad de los pacientes y AVAC	65
Tabla 36. Relación entre etnia de los pacientes y AVAC	66

<i>Tabla 37. Relación entre nivel de estudio de los pacientes y AVAC</i>	67
<i>Tabla 38. Relación entre ocupación de los pacientes y AVAC</i>	68
<i>Tabla 39. Relación entre tipo de carcinoma diferenciado de tiroides y AVAC</i>	69
<i>Tabla 40. Resumen de relación entre tipo de carcinoma diferenciado de tiroides y AVAC</i>	70
<i>Tabla 41. Relación entre estadio del cáncer diferenciado de tiroides y AVAC</i>	71
<i>Tabla 42. Relación entre los estadios diagnosticados y AVAC</i>	73
<i>Tabla 43. Relación entre estadio determinado en pacientes menores a 55 años y AVAC</i>	74
<i>Tabla 44. Relación entre estadio determinado en pacientes menores a 55 años y AVAC</i>	75
<i>Tabla 45. Relación entre desencadenante del diagnóstico de cáncer de tiroides y AVAC</i>	76
<i>Tabla 46. Relación entre tamaño del tumor y AVAC</i>	77
<i>Tabla 47. Resumen de relación entre tamaño tumoral y AVAC</i>	78
<i>Tabla 48. Relación entre metástasis ganglionar y AVAC</i>	79
<i>Tabla 49. Resumen de relación entre presencia de metástasis ganglionar y AVAC</i>	80
<i>Tabla 50. Resumen de relación entre metástasis ganglionar central y lateral y AVAC</i>	81
<i>Tabla 51. Relación entre metástasis a distancia y AVAC</i>	82
<i>Tabla 52. Relación entre vaciamiento ganglionar y AVAC</i>	83
<i>Tabla 53. Resumen de relación entre vaciamiento ganglionar y AVAC</i>	84
<i>Tabla 54. Resumen de relación entre tipos de vaciamiento y AVAC</i>	85
<i>Tabla 55. Promedio de estado de salud según EQ-5D para tipos de cáncer</i>	88
<i>Tabla 56. Comparativa de resultados del valor medio de EQ-5D</i>	90

RESUMEN

Introducción: El cáncer de tiroides diferenciado se origina cuando existe un crecimiento descontrolado de células neoplásicas en dicha glándula. Si bien la tasa de supervivencia a cinco años es del 98%, debido al sobrediagnóstico, que con alta frecuencia se realiza de forma incidental (aproximadamente 50%), ha provocado un aumento en su incidencia, lo que con frecuencia condiciona medidas terapéuticas que impactan de manera negativa en la calidad de vida de los pacientes. **Objetivo:** Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Cáncer diferenciado de Tiroides sometidos a tiroidectomía y en seguimiento en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito durante el periodo junio 2021 a julio 2022. **Metodología:** Se realizó un estudio transversal analítico con información de pacientes en el momento concreto de la investigación mediante el uso de la escala EUROQOL 5-D, permitiendo el análisis del impacto del cáncer de tiroides en la calidad de vida de los pacientes. **Resultados:** Se determinó que existe una afectación leve al menos en una tercera parte y moderada en una décima parte de la población estudiada respecto al diagnóstico de cáncer de tiroides y sometidos a tiroidectomía, relacionada principalmente con el estadio, el tamaño tumoral, la metástasis ganglionar y el vaciamiento ganglionar. **Conclusión:** El cáncer de tiroides es una enfermedad que provoca problemas leves y moderados en los pacientes y que se puede reflejar en una pérdida ligera de años de vida ajustados a salud (AVAC).

Palabras clave: cáncer diferenciado de tiroides, calidad de vida, EQ-5D, sobrediagnóstico.

SUMMARY

Introduction: Differentiated thyroid cancer originates when there is an uncontrolled growth of neoplastic cells in this gland. Although the five-year survival rate is 98% due to overdiagnosis, often incidental (approximately 50%), it has led to an increase in its frequency, which usually result in therapeutic measures that have a negative impact on the patients' quality of life. **Objective:** To evaluate the health-related quality of life in patients with differentiated thyroid cancer undergoing thyroidectomy who received follow-up care at the specialty hospital Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, in the city of Quito during the period between June 2021 and July 2022. **Methodology:** An analytical cross-sectional study was carried out with information from patients at the time of the research using the EuroQol-5D scale (EQ-5D), allowing for analysis of the impact of thyroid cancer on the patients' quality of life. **Results:** The study population was defined as patients diagnosed with thyroid cancer and undergoing thyroidectomy, mainly related to stage, tumor size, lymph node metastasis, and lymph node dissection. It was determined that one-third of this population has at least a mild condition and one-tenth has a moderate condition. **Conclusion:** Thyroid cancer is a disease that causes mild to moderate problems in patients, and it might be reflected in a slight loss of health-adjusted life years (HALYs).

Keywords: differentiated thyroid cancer, quality of life, EQ-5D, overdiagnosis.

CAPÍTULO I

1.1. Introducción

Dar a un paciente el diagnóstico de cáncer, de cualquier tipo y en cualquier estadio, es una noticia de gran impacto, pues implica una amplia variedad de posibles desenlaces y tratamientos que van a afectar en la calidad de vida relacionada con la salud en mayor o menor grado. (Díez, 2021)

El cáncer de tiroides (CT) es una neoplasia cuya prevalencia crece rápida y significativamente en un gran número de países, en su mayoría dados por el sobrediagnóstico; una conducta que podría considerarse innecesaria, pues no se trata de un falso positivo, debido a que en efecto identifica a una patología en forma adecuada, sustentado en bases diagnósticas correctas, pero que, no presenta una repercusión positiva para el paciente, y por el contrario puede detonar el inicio de un tratamiento innecesario con potenciales efectos adversos o no deseados, que, pese a su pronóstico favorable, con una supervivencia del 98% a 5 años, constituye una preocupación desde el punto de vista terapéutico ante la duda de la curación completa y la posibilidad de recurrencia de la enfermedad (Borrález et al., 2020).

El cáncer diferenciado de tiroides (CDT), pese a su mayoritario buen pronóstico, arrastra problemas relacionados con el tratamiento que pueden ir desde los asociados a la cirugía realizada (disfagia, obstrucción de vía aérea, sensación de cuerpo extraño en cuello, disfonía o afonía, dolor, etc.) y los problemas colaterales de medicación crónica. El hecho de que no sea un cáncer altamente mortal no significa que todo va a volver a la normalidad, sea por la extirpación parcial o total de la glándula o por el ajuste de las dosis de medicación a mediano plazo (González Fernández et al., 2017).

El concepto de calidad de vida surge desde hace poco tiempo, con el fin de determinar el avance del tratamiento en enfermedades crónicas, lo que plantea la necesidad de sub clasificar a la calidad de vida del individuo, abarcando el aspecto fisiológico de la morbilidad y otros agregados en relación a funciones cognitivas, emocionales y sociales, transformando así a esta sub clasificación, en calidad de vida relacionada con la salud. Lopera, (2020).

Existe una diferencia fundamental entre los conceptos de calidad de vida y calidad de vida en salud radica en la concepción objetiva de la primera frente a la subjetividad de la segunda; la calidad de vida es la percepción de cómo vive el individuo globalmente, en todos sus dominios tanto de salud como en otros aspectos y se asocia con el criterio funcional global. En cambio, la calidad de vida en salud corresponde a la percepción individual de cómo vive su salud, exclusivamente, asociada con el bienestar subjetivo del paciente (Fernández et al., 2010).

La medición de la calidad de vida relacionada con la salud puede realizarse mediante la aplicación de instrumentos tanto genéricos como específicos, los específicos se enfocan en una patología determinada, pero no siempre son adecuados, ni se encuentran validades para el cáncer de tiroides, por lo que resulta mejor el uso de escalas genéricas que permiten medir efectos sin predisposición y más objetivamente, como SF-12, SF-36, WHOQOL BREF, WHOQOL OLD – 36, y EQ-5D.

La escala que se desarrolla en este trabajo de investigación para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud, es el Euroqol-5D debido a su facilidad de aplicación, la posibilidad de medir la calidad de vida de manera multidimensional y haber sido validado en pacientes con cáncer de tiroides (Lee et al., 2022b) y por tener experiencias de aplicación para otras enfermedades en países como Chile, Argentina, Brasil, Perú, Venezuela, Colombia y Ecuador.

Mediante el uso de la escala EQ-5D se puede determinar los AVAC (Años de vida ajustados por calidad), que sirve para relacionar el estado de salud con la esperanza de vida en los pacientes (Espinosa, 2020b) de manera objetiva.

Debe remarcarse que existen pocos estudios realizados con respecto a la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer de tiroides a nivel latinoamericano, mientras que en Ecuador se ha encontrado solamente uno (Baquero, 2020).

2.1. Justificación

Es importante considerar que la prevalencia observada en el CT se encuentra relacionada con su sobrediagnóstico que implica un sobretratamiento muchas ocasiones injustificado y que repercute tanto en gastos sanitarios como en la calidad de

vida de los pacientes independientemente de si se trata quirúrgicamente o se somete a un programa de vigilancia, esto resalta la importancia de investigar el real impacto de este tipo de neoplasia en la calidad de vida del paciente. (Van Den Heede et al., 2021)

Este aumento en la incidencia justifica la importancia de realizar esta investigación, tomando en cuenta que, en muchos casos, los médicos subestiman el impacto de este diagnóstico y tratamiento en la calidad de vida del paciente especialmente en los aspectos físicos, psicológicos y sociales. (James et al., 2018)

El sobrediagnóstico de esta enfermedad se convierte en un problema social y económico. Sobre diagnosticar y “sobre tratar” conlleva una serie de estudios subsecuentes, muchas veces innecesarios e invasivos, y medidas terapéuticas/farmacológicas onerosas que congestionan y afectan a la economía del paciente o a los presupuestos estatales. Se suma a lo anterior los efectos psicológicos que se siembran en la población; lo que justifica determinar la medición de calidad de vida en salud a través de escalas como la EQ-5D y su análisis en AVAC para el cáncer de tiroides, pues es un problema sanitario muy susceptible a este fenómeno.

Los beneficiarios de este estudio inicialmente son los pacientes de cáncer de tiroides del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo, e indirectamente los pacientes de otros centros de estudio, debido a que metodológicamente sus resultados pueden ser replicados en otros ámbitos.

1.2. Problema de investigación

El cáncer de tiroides es una de las neoplasias malignas más comunes en el mundo, con prevalencia concentrada en mujeres y con limitada información acerca de su impacto tanto en la calidad de vida relacionada con la salud, como en el aspecto económico del paciente lo cual hace necesario emprender investigaciones que reflejen esta realidad y presenten enfoques no tradicionales con una visión holística. (Bărbuș et al., 2017a)

En latino américa, en el año 2012, la incidencia del cáncer de tiroides fue de 8,4 casos en mujeres y 1,9 casos en varones, por cada 100 000 habitantes respectivamente (Ferlay et al., 2015). Es así, que existe una incidencia que tiende a incrementarse en Brasil, Colombia, Costa Rica y Ecuador (Borges et al., 2018), poniendo al Ecuador como uno de los países latinoamericanos con más alta incidencia de esta patología.

En el Ecuador desde el 2001 hasta el 2016 se reportó un total de 23,632 pacientes con cáncer de tiroides, con una media de edad de 49 años, predominantemente en mujeres (80%), sin educación formal (45%), residentes en áreas urbanas (90%), con un 85% en mestizos, y una mortalidad de 0,36 muertes en varones, y 0,95 muertes en mujeres por cada 100 000 habitantes. (Salazar y Ortiz, 2019)

Actualmente una de las tendencias en la medicina social moderna es la medición de la calidad de vida como una manera de estudiar la situación de salud de una comunidad, a la luz de la eficiencia y eficacia del sistema sanitario, a través de cuestionarios que se administren de forma ágil, pero con resultados altamente fiables y válidos.

De entre las distintas alternativas de cuestionarios se destaca el Euroqol-5D por la facilidad de aplicación y la versatilidad en su administración, pudiendo ser generado desde la entrevista con el paciente, incluyendo medios telemáticos como el correo electrónico o incluso redes sociales.

Al tratarse de un concepto nuevo, existen pocos estudios de calidad de vida relacionada con la salud en cáncer de tiroides, los mismos que recomiendan ampliar la investigación, pues es necesario abordar los puntos de vista del paciente dentro del estudio médico de las patologías por su influencia tanto en lo social como en lo económico.

1.2.1. Pregunta de investigación

La pregunta de investigación es: ¿En qué medida el cáncer de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía condiciona la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito durante el periodo junio 2021 a julio 2022?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Evaluar la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Cáncer diferenciado de Tiroides sometidos a tiroidectomía y en seguimiento en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito durante el periodo junio 2021 a julio 2022.

1.3.2. Objetivos Específicos

1. Describir las variables socio demográficas de los pacientes con cáncer diferenciado de Tiroides.
2. Definir los tipos de cáncer diferenciado de tiroides en función de su histopatología.
3. Detallar las características del cáncer diferenciado de tiroides en función del tamaño tumoral e invasión local, diseminación a ganglios cervicales y/o metástasis a distancia que permitan su clasificación y estadiaje.
4. Especificar si el desencadenante del diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides fue incidental, o motivado por clínica atribuible a la lesión tumoral.
5. Medir el nivel de calidad de vida relacionada a salud de los pacientes con cáncer diferenciado de tiroides sometidos a la tiroidectomía mediante la escala EUROQOL-5D.
6. Establecer la asociación entre las variables socio-demográficas, las características anatomopatológicas y el tratamiento para la enfermedad tumoral con la calidad de vida relacionada con la salud determinada con la escala EUROQOL-5D.
7. Calcular los años de vida ajustados por calidad (AVAC) en base a los resultados de la escala EUROQOL – 5D.

1.4. Hipótesis de investigación

El cáncer de tiroides en pacientes sometidos a tiroidectomía total genera un deterioro de la calidad de vida relacionada con salud en pacientes del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de Quito durante el período junio 2021 a julio 2022.

1.4.1. Hipótesis alterna

Existe relación entre el cáncer de tiroides de pacientes sometidos a tiroidectomía total y la calidad de vida relacionada con la salud.

1.4.2. Hipótesis nula

No existe relación entre el cáncer de tiroides de pacientes sometidos a tiroidectomía total y la calidad de vida relacionada con la salud.

CAPITULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. CANCER DE TIROIDES

El cáncer de tiroides (CT) es una de las neoplasias más comunes, que generalmente requiere de un tratamiento multidisciplinario en su proceso diagnóstico, tratamiento y seguimiento. Pese al creciente interés mundial por el estudio de la calidad de vida especialmente en pacientes con cáncer, y debido a la creciente incidencia del CT (Bãrbuş et al., 2017b) los estudios sobre este aspecto disponibles en la bibliografía no se dirigen a medir la calidad de vida en pacientes con CT.

Según la Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer (IARC) la tasa de incidencia del CT a nivel mundial fue de 6.7 por cada 100.000 habitantes en el 2018, siendo Norteamérica, Oceanía, Latinoamérica y el Caribe las regiones de mayor concentración con una tasa de 14.3, 10.1 y 7.6 por cada 100.000 habitantes, respectivamente (Sánchez et al., 2020). En América Latina se ha registrado hasta 9 casos por cada 100.000 habitantes, con tasas más elevadas en países como Ecuador, Brasil, Costa Rica y Colombia (Vera Muthre et al., 2018).

En Ecuador la población afectada por CT se caracteriza por tener un promedio de edad de 49 años (\pm 15 años), mayoritariamente mujeres (80%), provenientes de áreas urbanas (90%), sin educación formal (45%) y tratados en servicios de salud públicos (64%), según datos de (Salazar-Vega et al., 2019); con una tasa de 3.5 por cada 100.000 habitantes en hombres y 16.6 por cada 100.000 habitantes en mujeres, (Salazar-Vega et al., 2019). Y con una mortalidad de 0,36 muertes en varones, y 0,95 muertes en mujeres por cada 100 000 habitantes. (Salazar y Ortiz, 2019)

De acuerdo con las estadísticas publicadas periódicamente por la Sociedad de Lucha contra el Cáncer – Sede Quito, hasta el 2017 el CT fue la primera neoplasia maligna diagnosticada en mujeres (47% entre todos los cánceres) y ocupó el noveno lugar en diagnósticos de cáncer en varones (10,1%). Estadísticas nacionales corroboran una incidencia creciente en el Ecuador, alcanzando hacia el 2016: 22 casos por 100 000 habitantes (Caballero, 2022).

Tomando en cuenta lo antes descrito es importante considerar que la prevalencia observada en el CT está en relación con el sobrediagnóstico que implica un sobretratamiento muchas ocasiones injustificado y que repercute tanto en gastos sanitarios como en la calidad de vida de los pacientes independientemente de si se trata quirúrgicamente o se somete a un programa de vigilancia (Van Den Heede et al., 2021)

Al momento de evaluar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) encontramos distintas alternativas, dentro de las que resalta la escala de Euroqol-5D, por su facilidad de aplicación y versatilidad de su administración, pudiendo ser generado desde la entrevista con el paciente durante la consulta médica, e incluso mediante el uso de medios telemáticos.

2.2. CALIDAD DE VIDA

2.2.1. Acercamiento al concepto de calidad de vida

El término calidad de vida fue utilizado por primera vez como un concepto ligado a la investigación social y económica, siendo el economista inglés Arthur Pigou uno de los pioneros en utilizarlo como medida del bienestar de una sociedad cuantificando los servicios y los costos sociales en relación con las políticas del gobierno calculando el producto social neto (Ramírez-Coronel et al., 2020).

A partir de entonces, el término fue cobrando importancia y se empleó en los Estados Unidos de Norteamérica, luego de la Segunda Guerra Mundial, con el fin de conocer la percepción de las personas sobre su bienestar en relación a la seguridad financiera, que de acuerdo con ((Ruidiaz-Gómez y Cacante-Caballero, 2021) tenía una relación directa con el desarrollo acelerado de la psicología y la sociología.

Para el año 1954 la ONU (Organización de Naciones Unidas) acogió el concepto de calidad de vida en conjunto con la OMS (Organización Mundial de la Salud), la OIT (Organización Internacional del Trabajo) y la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, por sus siglas en inglés), entendiéndola como las condiciones materiales de vida de una persona o de una sociedad que le permite sustentarse y disfrutar de su existencia, todo esto dentro de nueve componentes: salud, alimentación, nutrición, educación, vivienda, empleo,

condiciones de trabajo, vestido, recreo, esparcimiento, seguridad social y libertades humanas (Rubilar Sepúlveda y Medina Giacomozzi, 2020).

A partir de la definición anterior, y, ya en los años 70, el concepto de calidad de vida empieza a dividirse y especificarse en distintas áreas, surgiendo la calidad de vida relacionada con la salud, y popularizándose hasta convertirse en una preocupación mundial sobre el estado de vida de la sociedad. Una de las primeras definiciones de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) fue la propuesta por Calman quien la define como “el espacio existente entre las expectativas del paciente y sus propios logros” (Rubio y Lizán, 2018)

En la actualidad se ha descrito a la CVRS como la medición del impacto de la salud en su percepción física, mental y emocional, concepto que tiene una importancia vital en la toma de decisiones médica en forma consciente y compartida con el paciente tomando en cuenta no solo la parte científica sino, además, la percepción de la persona.

2.2.2. Calidad de vida relacionada a salud.

(Grajales Toro et al., 2020), respecto a las definiciones de CVRS menciona:

Morales y Gómez, (2019) mencionan que la Organización Mundial De la Salud (OMS) definió en 1948 a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad”. Posteriormente, según Cedeño, et al., (2020), esta misma organización definió calidad de vida (CV) como una “percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. Por su parte, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), según Schumaker y Naughton, citados por Lopera, (2020), es: “La percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo”.

La evolución del concepto calidad de vida implica el desarrollo de múltiples investigaciones que buscan conocer la percepción que tiene un paciente sobre los signos y síntomas de una enfermedad o las repercusiones de un tratamiento en diversos ámbitos de vida atendiendo a las consecuencias en su aspecto físico, emocional y

social, constituyéndose en una medida de impacto de los servicios médicos en la población.

Al analizar la percepción del paciente, denota que la observación únicamente desde el punto de vista médico y científico unilateral resulta insuficiente para determinar la visión apropiada del efecto de una intervención médica respecto a las características de las patologías, el desarrollo de tratamientos nuevos y la tecnología sanitaria, pues hasta el momento la mayoría de análisis se ha centrado en el estudio del tiempo de vida y no en su calidad.

Si bien no existe una definición única sobre CVRS, todas coinciden en que se trata de un constructo multidimensional en la que al menos incurren tres dimensiones, la física, la emocional y la social; se debe considerar que al ser humanos la consulta médica resulta ser un intercambio interpersonal favorable que implica recompensas materiales, emocionales y cognitivas, atendiendo a la integralidad del ser humano.

Rodríguez et al., (2020) cita la definición de Shumaker y Naughton:

La evaluación subjetiva de la influencia del estado de salud, los cuidados sanitarios y la promoción de la salud. Sobre la capacidad del individuo para mantener un nivel de funcionamiento que le permite realizar las actividades que le son importantes, y que afectan a su estado general de bienestar. (p. 6)

De esta definición se puede concluir que las dimensiones destacadas son las siguientes:

- Estado funcional: que mide la capacidad del individuo para realizar actividades cotidianas de autocuidado personal como aquellas inherentes a su propia autonomía, independencia de actividades y competencia funcional para desenvolverse en su medio y sociedad sin depender de nadie.
- Funcionamiento psicológico: mide el estado de malestar o bienestar en relación a su problema de salud o su tratamiento, está determinado por la reacción del individuo ante el diagnóstico, la perspectiva de vida futura y la adherencia a la medicación.

- Funcionamiento social: determina el desenvolvimiento del paciente dentro de su rol social tomando en cuenta las posibles limitaciones que proviene de su enfermedad o su tratamiento, habla también sobre las discriminaciones y prejuicios que puedan presentarse debidas a su estado de salud.
- Sintomatología asociada a su patología y/o tratamiento: tiene relación con los signos y síntomas propios de la enfermedad que atraviesa haciendo énfasis en el dolor y a los efectos secundarios o colaterales de la medicación o tratamiento necesario implementado tanto fisiológicos como comportamentales.

Por otro lado, Patrick y Erikson citados en (Lluén-Arroyo, 2019) definen la CVRS como “El valor asignado a la duración de la vida, modificado por la oportunidad social, la percepción. El estado funcional y el deterioro provocados por una enfermedad, accidente, tratamiento o política de salud” (p. 4).

Wenger y Furgber menciona en (Peralta y González, 2014) que la CVRS contiene:

Aquellos atributos valorados por los pacientes que incluyen el confort o sensación de bienestar. El grado de que son capaces de mantener una función física, emocional e intelectual razonable, y la capacidad para participar en actividades en la familia, el lugar de trabajo y comunidad.

Finalmente, Croog en (Vanegas-Rueda, 2019) la define como “la totalidad de características del modo de vida de un individuo o grupo, con particular”; este autor precisa dos aspectos principales en los que hace énfasis la CVRS:

- a) áreas de la salud física, salud emocional, función cognitiva, desarrollo del rol social, bienestar y satisfacción con la vida.
- b) condiciones objetivas de la existencia, incluyendo las condiciones de vida y los factores ambientales estresantes.

Tomando en cuenta las definiciones anteriores es importante indicar que la CVRS tiene como base la autopercepción de un individuo o un grupo de ellos sobre su salud y sus reacciones respecto a la enfermedad o al tratamiento, aún si existe diferencia entre esta autopercepción y el criterio profesional del médico sobre lo que significa bienestar, y con la particularidad de interdependencia entre los dos criterios.

Por tanto, la valoración de la CVRS es una variable de suma importancia que pasa a constituirse en la evaluación médica centrada en el paciente dentro de una corriente denominada Investigación de Resultados en Salud (IRS), que busca equilibrar el resultado clínico con el resultado centrado en el paciente, ayudando a mejorar las repercusiones de las enfermedades y tratamientos en el individuo.

Es necesario tomar en cuenta que la medición de CVRS es subjetiva, depende de la información personal de efectos de tratamiento y enfermedad del paciente que no siempre son evidenciados en los reportes clínicos, por tanto, es necesario tratar de determinar este impacto de una manera objetiva, para lo cual se han desarrollado escalas e instrumentos estandarizados que son de uso poco común a pesar de su importancia.

2.3. Medición de Calidad de Vida relacionada a Salud (CVRS)

De acuerdo a lo que se ha definido, el concepto de CVRS es multidimensional y subjetivo, depende del punto de vista del paciente y sus criterios son temporales, por lo que para su medición se han diseñado diversos instrumentos que pueden dividirse en genéricos y específicos.

Los genéricos no tienen relación con el diagnóstico, por lo que se pueden aplicar a cualquier población independientemente de su edad, condición o patología. Por otro lado, los específicos no tienen la amplitud de los genéricos debido a que están ligados a una enfermedad o síndrome concreto, pero son más sensibles al grupo humano al que ha sido dirigido.

Las características principales que deben tener los instrumentos de medición de CVRS, según Donovan y Cols citado en (Bilbao González, 2016)

- a) Ser adecuado al problema de salud o al grupo humano al que está dirigido.
- b) Ser preciso, es decir registrar el mínimo de error en la medición.
- c) Ser sensible, lo que significa que es capaz de detectar los cambios entre individuos y respuestas de un mismo individuo durante un lapso de tiempo.
- d) Basarse en datos registrados por los mismos pacientes.
- e) Tener la aceptación directa de pacientes, médicos e investigadores.

- f) Demostrar validez, significa medir concreta y acertadamente lo que se quiere medir.

Los principales instrumentos de medición de calidad de vida en salud se registran en la siguiente tabla:

Tabla 1. Principales instrumentos de medición de calidad de vida relacionada a salud.

Nombre	Ítems	Dimensiones
Genéricos		
Cuestionario de salud SF-36	36	Función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental.
Nottingham Health Profile	38	Energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad.
Sickness Impact Profile	136	Sueño y descanso, trabajo, nutrición, tareas domésticas, ocio y pasatiempos, desplazamiento, movilidad, cuidado y movimiento corporal, relaciones sociales, actividad intelectual, actividad emocional y comunicación.
Euro-Qol-5D	25	Movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor o malestar y ansiedad o depresión.
Específicos		
Quality of Life After Myocardial Infarction	26	Síntomas, limitaciones, confianza, autoestima y emoción
Cuestionario de Velasco-Del Barrio	44	Salud, sueño y descanso, comportamiento emocional, proyectos de futuro, movilidad, relaciones sociales, comportamiento de alerta, comunicación, tiempo de ocio y trabajo
Kidscreen-Chk	28 a 87	Función física, rol social-físico, percepción de salud, dolor, rol social-emocional, rol social, comportamiento, autoestima, salud mental, comportamiento general, actividades familiares y cohesión familiar, en niños y adolescentes.
Qlq-C30	30	Funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social.
Fact-G	27	Bienestar físico, Bienestar familiar/social, Bienestar emocional, Bienestar funcional, Cáncer.

Uw-Qol	12	Dolor, apariencia, actividad, recreación, deglución, masticación, habla, hombro, gusto, saliva, estado ánimo, ansiedad.
---------------	----	---

Fuente: Bilbao (2016)

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

2.4. Escala Euro-Qol-5D

La medición de CVRS se enfrenta no solo a la subjetividad del paciente, sino que tiene que tomar en cuenta aspectos poco favorables como tiempo escaso, espacios inadecuados, afecciones distintas, diversos tipos de pacientes en cuanto a variables socio demográficas y recursos económicos limitados para su aplicación; esto requiere de la aplicación de un instrumento fuerte que se pueda administrar en forma rápida y sencilla, y que al mismo tiempo permita resultados fiables y válidos.

El Euro-Qol-5D (EQ-5D) desde su concepción es uno de los pocos instrumentos que reúne las características mencionadas, su diseño permite condiciones diversas de aplicación, abarca diversas patologías, se aplica de manera sencilla pudiendo ser generado desde la entrevista con el paciente hasta por medios telemáticos como el correo electrónico o incluso redes sociales.

La utilidad y efectividad del Euroqol-5D permite valorar el estado de salud a través del sistema descriptivo por dimensiones en función de la autovaloración del paciente, y luego por medio de una escala visual analógica asociada como termómetro de salud del individuo y finalmente determinar el índice de valores sociales de los distintos estados de salud que generan los instrumentos administrados.

El EQ-5D validado en español es un instrumento genérico de evaluación de CVRS que puede ser empleado en población general con o sin relación a patologías concretas, en el que es el propio individuo el que califica su estado de salud basado en tres aspectos: un sistema descriptivo, una escala visual y un índice de valores sociales (Acuña y Loor, 2017).

El sistema descriptivo se basa en el análisis de cinco dimensiones de salud en las cuáles se asignan calificaciones de sin problemas, algunos problemas o problemas moderados y problemas graves. La codificación de las respuestas es de 1 si no tiene problemas, 2

si son problemas moderados y 3 si tiene problemas graves, lo que da una combinación de 5 números con una posibilidad de 243 posibles combinaciones (Giugliani et al., 2019).

Las dimensiones en las que se toman las cifras descriptivas son (Cangini et al., 2019):

- Movilidad: problemas en caminar o movilizarse.
- Cuidado personal: problemas en aseo personal y vestuario.
- Actividades cotidianas: relacionadas con tareas domésticas, trabajo, actividades familiares y tiempo libre.
- Dolor/malestar: medición del nivel de dolor o malestar permanente.
- Ansiedad/depresión: aparecimiento de problemas de ansiedad y depresión en el individuo.

La interpretación de este primer aspecto se establece un perfil del paciente valorando entre 1 y 3 cada una de las 5 dimensiones, obteniendo una cifra de cinco dígitos, si el individuo no tiene problemas en ninguna de ellas, y número perfil sería 11111; si es distinto a esto, se procesa de acuerdo a los coeficientes de cálculo para EQ-5D.

La segunda parte del instrumento es una escala de 20 centímetros milimetrada que contiene que va de 0 a 100 según sea peor estado de salud imaginable y mejor estado de salud imaginable, respectivamente, escala en la cual el individuo debe marcar la valoración de su estado de salud general el día de hoy presentando una puntuación apreciativa analógica complementaria desde el punto de vista de autoevaluación del individuo.

A partir de los resultados encontrados es posible el cálculo del AVAC (años de vida ajustados por calidad de vida) que constituye un índice estandarizado de calidad de vida conocido como QALY (por sus siglas en inglés) constituyéndose así una medida individualizada para cada perfil de calidad de vida (Espinosa Acuña, 2020).

Los AVAC son una medida muy utilizada en estudios de impacto de una enfermedad, facilitan la comparación entre diversas patologías. Los AVAC contribuyen a evaluar:

- 1) La efectividad clínica de un tratamiento expresada en ganancia de años en función de la disminución de morbilidad y mortalidad.

- 2) La gravedad de la enfermedad, tomando en cuenta la pérdida de años de vida en función de la morbilidad y mortalidad de la enfermedad sobre el paciente.
- 3) Costo efectividad, al demostrar de años de vida ganados traducidos a términos económicos.
- 4) Calidad de evidencia, en varios tipos de estudios, incluidos metaanálisis.

CAPÍTULO III

3. MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. Diseño de la investigación

Se realizará un estudio transversal analítico pues tomará información de pacientes en el momento concreto de la investigación y permite el análisis de la asociación de las variables obtenidas. Este estudio no analiza la causalidad.

Al no ser un estudio experimental la investigación será descriptiva y analítica pues se trata de medir las variables de estudio y establecer su relación directa a través de cálculos estadísticos.

Se ha tomado como base metodológica un estudio realizado por el Ministerio de Educación del Ecuador en 2019 en el cual se aplicó el cuestionario EQ-5D traducido y validado para Ecuador a una muestra poblacional de 2314 individuos de 18 a 65 años que residen en áreas urbanas, rurales y no delimitadas del Ecuador continental (se excluyó Galápagos) en la que se establece la valoración social 243 posibles estados de salud de acuerdo con la realidad ecuatoriana.

Se ha tomado referencialmente la ponderación de los cinco dominios de fiabilidad presentados por Tsang et al., (2021), según la cual el valor del alfa de Cronbach se calculó en 0.843, y acorde a Salazar, et al., (2009), quienes mencionan que la validez y la fiabilidad del cuestionario han sido probadas en una amplia gama de grupos de pacientes tanto en la versión en inglés como la versión en español y sus resultados han sido documentados previamente obteniendo un alfa de Cronbach de 0,87 en sus cinco reactivos y la Escala Visual Análoga (EVA).

El cálculo de los AVACS se basa en el principio de que la salud está en función de la duración y calidad de vida del paciente, por tanto, un año de vida en perfecta salud equivale a 1 AVAC. De este modo, se tomó el puntaje obtenido mediante el EQ-5D y se multiplicó por la edad de dicho paciente, y a este valor se restaron los años cumplidos de cada paciente, obteniéndose la cantidad de años perdidos por causa de la enfermedad, y con este resultado se clasificó en enfermedad altamente grave (más de 5 AVAC), moderadamente grave (entre 1 y 5 AVAC) y de baja gravedad (menos de 1 AVAC).

Para la revisión bibliográfica se tomaron en cuenta artículos preferentemente publicados en los últimos 10 años, con palabras clave como: cáncer diferenciado de tiroides, cáncer de tiroides, calidad de vida, calidad de vida relacionada con la salud, años de vida ajustados por calidad, EUROQOL-5D.

3.2. Universo

Pacientes con diagnóstico de Cáncer diferenciado de Tiroides

3.3. Población

Pacientes con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides que acuden a consulta externa de endocrinología del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo cuantificados en 500. Para la tesis se tomó en cuenta la totalidad del universo, por lo que no se realizará aleatorización de la muestra.

3.4. Establecimiento en el que se realizará la investigación

La investigación se realizará en el Hospital de Especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito, de sostenimiento público, con código postal N.º 170702 y ubicado en Av. Gran Colombia s/n y Yaguachi, EC170118 Quito.

3.5. Criterios de inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides
- Pacientes sometidos a tiroidectomía total en seguimiento en el Hospital Eugenio Espejo.
- Pacientes con o sin tratamiento de yodo radiactivo

- Pacientes que se encuentren tomando levotiroxina con valores de TSH entre 0,01 a 4,7 mUI/L
- Pacientes que recibieron la primera dosis de Yodo radioactivo con un intervalo mínimo de 2 meses hasta su inclusión en el estudio.
- Pacientes que no usen suplementos de calcio o calcitriol después de 3 meses de control posterior a tiroidectomía.

3.6. Criterios de exclusión:

- Patología tiroidea estructural benigna
- Sospecha de cáncer de tiroides sin histopatología
- Pacientes sin historia clínica registrada en el hospital durante el período junio 2021 a julio 2022
- Pacientes con hipoparatiroidismo post quirúrgico (pacientes que tras 3 meses post tiroidectomía requieran suplementos de calcio o calcitriol)
- Pacientes que tengan un valor de TSH mayor a 10mUI/L en los últimos 3 meses previo a la aplicación del instrumento.

3.7. Matriz de Variables

Tabla 2. Variables de investigación

Variable independiente	Variable dependiente	Variables demográficas	Variables moderadoras
Cáncer de tiroides	Calidad de vida en salud	Sexo Edad Etnia Nivel de instrucción Ocupación	Cáncer diferenciado de tiroides Tipo de carcinoma diferenciado de tiroides Clasificación TNM en cáncer diferenciado de tiroides Estadaje del cáncer diferenciado de tiroides Desencadenante del diagnóstico

Fuente: Perfil de investigación

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

3.8. Descripción de procedimientos:

- Revisión de historias clínicas de pacientes con criterios de inclusión, se realizará en una semana y la realizarán los responsables de la investigación.
- Contacto telefónico con los pacientes incluidos, estos contactos se realizarán en la semana subsecuente a la de revisión de historias clínicas, se contactarán a los pacientes que integran el universo de estudio tanto en forma telefónica como personal, de acuerdo a las circunstancias.
- Entrega y recepción del consentimiento informado a los pacientes que conformarán el universo de estudio contactados en forma telefónica o en forme presencial, dicho documento se administrará por vía presencial o telemática y deberá recogerse en forma física con el fin de tener un archivo de respaldo para los investigadores.
- Distribución de encuesta por distintos medios posibles, sea en forma presencial o telemática, por medio de los responsables de la investigación.
- Recepción de encuesta por parte de los investigadores.
- Procesamiento de datos sobre calidad de vida por parte de los investigadores.
- Los datos recogidos se procesarán mediante el software SPSS 20 (Statistical Package for Social Sciences)

3.9. Operacionalización de variables

Tabla 3. Operacionalización de variables.

Variable	Definición	Dimensión: Categorías, clasificaciones	tipo de variable	Escala: Nominal, ordinal, intervalo, razón	Indicador: Permite medir	Codificación	Fuente de verificación
Sexo	Identificación del sexo de la persona.	a) Masculino b) Femenino	Demográfica	Nominal	Caracteres sexuales	0 - Masculino 1 - Femenino	Encuesta al paciente
Edad	Cantidad de años cumplidos por el paciente.	a) No aplica	Demográfica	Continua	Años cumplidos	Mayores de 18 años	Encuesta al paciente
Etnia	Identificación del grupo humano al que pertenece el paciente.	a) Se identifica con una etnia determinada	Demográfica	Nominal	Caracteres etnográficos del paciente	0 – Mestizo 1 – Negro 2 – Indígena 3 – Blanco 4 – Montubio	Encuesta al paciente
Nivel de estudios	Determinación del nivel de estudios formales alcanzado por el paciente.	a) No termina educación básica b) Educación básica completa c) Bachillerato d) Tercer nivel e) Cuarto nivel	Demográfica	Nominal	Nivel de estudios alcanzados.	0 – Analfabeto 1 – Estudios Primarios 2 – Estudios Secundarios 3-- Estudios tercer nivel 4 – Estudios Cuarto nivel	Encuesta al paciente

Ocupación	Trabajo u oficio que desempeña el paciente.	a) Empleado o trabaja para sí mismo. b) Retirado o jubilado c) Tareas domésticas. d) Estudiante e) Buscando Trabajo f) Otros	Demográfica	Nominal	Tipo de Ocupación	0 - Empleado o trabaja para sí mismo. 1 - Retirado o jubilado 2 - Tareas domésticas. 3 - Estudiante 4 - Buscando Trabajo. 5 - Otros	Encuesta al paciente.
Cáncer diferenciado de tiroides	Neoplasia maligna originada en células foliculares de la glándula tiroides. (Lloyd et al., 2017)	a) Confirmado mediante histopatología b) Hallazgos de benignidad en histopatología. c) Hallazgos no concluyentes en histopatología	Independiente	Nominal	Diagnóstico histopatológico	0 - Confirmado 1 - No confirmado 2 - Dudoso	Historia clínica
Tipos de Carcinoma diferenciado de Tiroides	Tipo histológico del carcinoma diferenciado de tiroides	a) Papilar b) Folicular c) Células de Hurthle d) Pobrementemente diferenciado	Moderadora	Ordinal	Histopatología	0 - Papilar 1 - Folicular 2 - Células de Hurthle 3 - Pobrementemente diferenciado	Historia clínica
Estadio del cáncer	Condición directamente relacionada con	Pacientes menores a 55 años	Moderadora	Ordinal	T – N - M	Pacientes Menores a 55 años 1- Estadio I (<55)	Historia clínica

diferenciado de tiroides	mortalidad atribuible a la enfermedad y que se basa en características anatomopatológicas y edad del paciente (diferente para personas mayores o menores a 55 años de edad)-	<p>a) Tumor de cualquier tamaño (cualquier T), con o sin diseminación a ganglios linfáticos (cualquier N), y sin metástasis distante (M0)</p> <p>b) Tumor de cualquier tamaño (cualquier T), con metástasis (M1) independientemente si se ha diseminado o no a ganglios linfáticos (cualquier N). Pacientes mayores a 55 años</p> <p>c) Estadio I: tumor pequeño (T1), sin diseminación a ganglios linfáticos (N0), ni metástasis (M0)</p>	<p>2 – Estadio II (<55) Pacientes Mayores a 55 años</p> <p>3- Estadio I (>55)</p> <p>4 – Estadio II (>55)</p> <p>5 – Estadio III (>55)</p> <p>6 – Estadio IV (>55)</p>
--------------------------	--	--	---

-
- d) Estadio II: tumor grande no invasivo (T2), sin diseminación a ganglios linfáticos (N0), ni metástasis (M0)
 - e) Estadio III: tumor que mide más de 4 centímetros contenido en la tiroides (T3), sin diseminación a ganglios linfáticos (N0), ni metástasis (M0).
O cualquier tumor localizado T1, T2, o T3 con diseminación a compartimiento central de los ganglios linfáticos N1a, sin diseminación distante (M0).
 - f) Estadio IVA: tumor que se ha diseminado a
-

estructuras
cercanas (T4a),
independienteme
nte de si se ha
diseminado a
ganglios
linfáticos
(cualquier N),
pero no se ha
diseminado a
lugares distantes
(M0). O describe
un tumor
localizado (T1,
T2 o T3) con
diseminación a
ganglios
linfáticos más
allá del
compartimiento
central (N1b),
pero sin
diseminación
distante.

g) Estadio IVB:
tumor que se ha
diseminado más
allá de
estructuras

			cercanas (T4b), independientemente de si se ha diseminado a ganglios linfáticos (cualquier N), pero sin diseminación distante (M0).					
		h)	Estadio IVC: cualquier tumor (cualquier T, cualquier N), cuando hay evidencia de metástasis (M1).					
Desencadenante ante del Diagnóstico	Distinción entre el diagnóstico incidental o motivado por clínica atribuible a la lesión tumoral	a) b)	Incidental No incidental	Moderadora	Nominal	a) Incidental b) No incidental	0 - Incidental 1 - No incidental 2 - No dato	Historia clínica
Calidad de vida relacionada con la salud	Estado de bienestar personal compuesto por diversos factores en relación con lo personal y lo	a) b)	Movilidad: problemas en caminar o movilizarse. Cuidado personal:	Dependiente	Nominal	Euroqol-5d	0 - No presenta problemas 1 - Presenta problemas leves	Encuesta al paciente

	ambiental. (Robles et al., 2016).	<p>problemas en aseo personal y vestuario.</p> <p>c) Actividades cotidianas: relacionadas con tareas domésticas, trabajo, actividades familiares y tiempo libre.</p> <p>d) Dolor/malestar: medición del nivel de dolor o malestar permanente.</p> <p>e) Ansiedad/depresión: apareamiento de problemas de ansiedad y depresión en el individuo.</p>				<p>2 - Presenta problemas moderados</p> <p>3 - Presenta problemas graves</p>
Tamaño del tumor	Medición del tamaño tumoral	<p>a) No evidencia de tumor primario (T0)</p> <p>b) Tumor menor a 1 centímetro en su</p>	Moderadora	Nominal	Tamaño del tumor en cm.	<p>0 - T0</p> <p>1 - T1a</p> <p>2 - T1b</p> <p>3 - T2</p> <p>4 - T3a</p>

dimensión mayor limitado a la glándula tiroides (T1a)	5 - T3b 6 - T4a 7. T4b
c) Tumor >1 cm, pero <2 cm en su dimensión mayor, limitado a glándula tiroides (T1b)	
d) Tumor >2 cm, pero < 4 cm en su dimensión mayor, limitado a la glándula tiroides (T2).	
e) Tumor >4 cm, limitado a glándula tiroides (T3a)	
f) Tumor de cualquier tamaño sin invasión extra- tiroidea macroscópica, invadiendo solo los músculos paratiroides (esternohioideo, esternotiroideo, tirohioideo u	

		homohioideo) (T3b) g) Tumor de cualquier tamaño con invasión macroscópica a tejido subcutáneo, laringe, tráquea, esófago o nervio laríngeo recurrente (T4a). h) Tumor de cualquier tamaño invadiendo fascia prevertebral, arteria carótida o vasos mediastinales.				
Metástasis ganglionares	Propagación de células cancerosas hacia los ganglios linfáticos.	a) No Metástasis b) Si metástasis Compartimento central c) Si metástasis compartimento lateral.	Moderadora	Nominal	Tipo de metástasis ganglionar	0 - No metástasis 1 - Si metástasis compartimento central 2 - Si metástasis compartimento lateral
Metástasis a distancia	Propagación de células cancerosas en órganos distintos	a) No metástasis a distancia b) Si metástasis a distancia	Moderadora	Nominal	Tipo de metástasis orgánica	1 - Si 2 - No

	a los ganglios cervicales					
Vaciamiento ganglionar	Retiro de alguno o todos los ganglios linfáticos comprometidos con células cancerosas.	a) Compartimiento central b) Compartimiento Lateral	Moderadora	Ordinal	Tipo de vaciamiento ganglionar	0 - Sin vaciamiento 1 - Central 2 - Lateral
Años de vida ajustados a calidad (AVAC)	Años perdidos de vida, respecto a un determinado estado de salud, generando una expectativa de vida de los años que le quedan al individuo.	a) Alta gravedad de la enfermedad (> 5 AVAC b) Moderada gravedad de la enfermedad (> 1 AVAC y < 5 AVAC) c) Baja gravedad de la enfermedad (< 1 AVAC)	Moderadora	Ordinal	Años perdidos en salud calculados con el índice EQ-5D	0 - I Alta gravedad 1 - II Moderada gravedad 2 - III baja gravedad

Fuente: Perfil de investigación

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

CAPÍTULO IV

4. RESULTADOS

4.1. Variables demográficas

Tabla 4. Caracterización sociodemográfica de la muestra

VARIABLES	N = 500	%
SEXO DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	24	4,8
Femenino	476	95,2
Total	500	100
ETNIA DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
Mestizo	487	97,4
Indígena	13	2,6
Total	500	100
EDAD DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
19 a 28 años	44	8,8
29 a 60 años	394	78,8
Más de 60 años	62	12,4
Total	500	100
NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
Estudios primarios	184	36,8
Estudios secundarios	206	41,2
Tercer nivel	107	21,4
Cuarto nivel	3	0,6
Total	500	100
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES		
	Frecuencia	Porcentaje
Empleado o trabajados independiente	72	14,4
Retirado o jubilado	28	5,6
Tareas domésticas	312	62,4
Estudiante	84	16,8
Buscando trabajo	4	0,8
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La muestra investigada se caracteriza por ser predominantemente femenina con el 95.2% de los casos, mayoritariamente ubicada en el rango de edad de 29 a 60 años, registrando el 78.8%, casi totalmente mestiza alcanzando el 97.4%. El nivel de educación es variable y oscila entre secundario con el 41,2%, primario con 36.8% y tercer nivel alcanzando el 21.4%; el nivel de postgrado o cuarto nivel apenas llega solo al 0.6% y no se registran casos de analfabetismo. En cuanto a la ocupación, la mayoría se dedica a tareas domésticas con 62,4%, seguido de un 16,8% de estudiantes y un 14.4% de empleados o trabajadores autónomos; se registra un bajo nivel de jubilados y de desempleados con 5.6% y 0.8% respectivamente.

4.2. Calidad de vida

4.2.1. Resultados EQ-5D

Tabla 5. Resultados de la aplicación del EQ-5D.

VARIABLES	N = 500	%
CALIDAD DE VIDA EQ-5D-MOVILIDAD		
	Frecuencia	Porcentaje
No tengo problemas al caminar	435	87
Tengo algunos problemas al caminar	65	13
Total	500	100
CALIDAD DE VIDA EQ-5D-CUIDADO PERSONAL		
	Frecuencia	Porcentaje
No tengo problemas con el cuidado personal	453	90,6
Tengo algunos problemas con lavarme o vestirme solo	47	9,4
Total	500	100
CALIDAD DE VIDA EQ-5D-ACTIVIDADES DIARIAS		
	Frecuencia	Porcentaje
No tengo problemas para realizar mis actividades diarias	431	86,2
Tengo algunos problemas para realizar mis actividades diarias	69	13,8
Total	500	100
CALIDAD DE VIDA EQ-5D-DOLOR/MAESTAR		

	Frecuencia	Porcentaje
No tengo dolor o malestar	405	81
Tengo moderado dolor o malestar	91	18,2
Tengo mucho dolor o malestar	4	0,8
Total	500	100
CALIDAD DE VIDA EQ-5D- ANSIEDAD/DEPRESIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
No estoy ansioso/a o deprimido/a	335	67
Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a	158	31,6
Estoy muy ansioso/a o deprimido/a	7	1,4
Total	500	100
RESUMEN		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta problemas	295	59.0
Presenta problemas leves	162	32.4
Presenta problemas moderados	43	8.6
Total	500	100.0
PROMEDIO EQ-5D	0.932	

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Mediante la aplicación del EQ-5D referente a calidad de vida se determinó que el 87% de la población no tiene problemas cuanto, a movilidad, el 13% problemas leves, y ningún paciente indicó permanecer en cama. En la dimensión de cuidado personal, el 90,6% menciona no tener problema alguno en tanto que el 9,4% presenta problemas leves al respecto. En actividades diarias el 86,2% no tiene problema alguno y el 13,8% presenta algunos problemas. En el aspecto de dolor el 81% registra no tener dolor alguno en relación con su diagnóstico, 18.2% experimenta dolor moderado y 0.8% considera mucho dolor. Finalmente, el 67% no se siente ansioso ni deprimido, el 31.6% experimenta ansiedad o depresión moderada y un 1.4% siente estar muy ansioso o deprimido.

En resumen, 59% de los pacientes encuestados no presenta problemas relacionados con su calidad de vida relacionada con la salud, 32.4% ha experimentado problemas leves y 8.6% problemas moderados, medidos mediante el EQ-5D. No se registraron casos de problemas graves en cuanto a su calidad de vida relacionada con la salud.

El promedio de mediciones del EQ-5D de todos los estados de salud obtenidos calculado es de 0.932, valor que representa un estado de salud bastante alto en relación con las mediciones teóricas de estados de salud en países como Corea y México.

4.2.2. Autopercepción del estado de salud del paciente

Tabla 6. Autopercepción del estado de salud del paciente.

VARIABLES	N = 500	
	Frecuencia	Porcentaje
75 a 100%	460	92
50 a 75%	29	5,8
25 a 50%	11	2,2
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Utilizando el termómetro posicional de autopercepción para el paciente, se registra que el 92% no considera tener problemas de salud en relación al cáncer de tiroides, el 5,8% siente tener problemas leves y un 2,2% considera tener problemas moderados, ninguno de los pacientes mencionó sentir problemas graves.

4.2.3. AVAC

Tabla 7. Cálculo de Años de Vida Ajustados a Calidad (AVAC)

VARIABLES	N = 500	
	Frecuencia	Porcentaje
Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	133	26.6
Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	286	57.2
Baja gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	81	16.2
Total	500	100,0

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Utilizando la conversión de los resultados del perfil de salud del EQ-5D y transformado a AVAC mediante las valoraciones sociales estimadas para los 243 estados de salud del EQ-5D validados para el Ecuador por parte del Ministerio de Salud, se determinó la

gravedad de la enfermedad medida en función de los años. El 16.2% de los pacientes presentaron baja gravedad de la enfermedad, 57.2% presentaron moderada gravedad y 26.6% alta gravedad de la enfermedad.

4.3. Cáncer de tiroides

Tabla 8. Caracterización del cáncer de tiroides.

VARIABLES	N = 500	%
TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES		
	Frecuencia	Porcentaje
Papilar	478	95.6
Folicular	15	3.0
Células de Hurthle	4	0.8
Pobremente diferenciado	3	0.6
Total	500	100
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES		
	Frecuencia	Porcentaje
Estadio I < 55 años	198	39,6
Estadio II < 55 años	18	3,6
Estadio I > 55 años	121	24,2
Estadio II > 55 años	76	15,2
Estadio III > 55 años	21	4,2
Estadio IVa > 55 años	31	6,2
Estadio IVb > 55 años	35	7,0
Total	500	100
TAMAÑO DEL TUMOR		
	Frecuencia	Porcentaje
T1a	20	4,0
T1b	245	49,0
T2	186	37,2
T3a	11	2,2
T3b	26	5,2
T4a	9	1,8
T4b	3	0,6
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La totalidad de casos integrados a la muestra de estudio con un diagnóstico confirmado de cáncer de tiroides en su mayoría son de tipo papilar, 95.6%, la estirpe folicular 3%, el de células de Hurthle 0.8% y el pobremente diferenciado registra 0.6%.

Referente al estadio en menores de 55 años el 39.6% presentó estadio I de CDT y el 3.6% en estadio II. Por otro lado, en mayores de 55 años el estadio más frecuente es el I con un porcentaje de 24.2%, le sigue el estadio II con 15.2%, estadio III 4.2%, y finalmente estadio IVa 6.2% y IVb 7,0%.

Respecto al tamaño, el más frecuente fue T1b (entre 1 y 2 cm) alcanzando el 49% de los casos, 37.2% fueron T2 (entre 2 a 4 cm.), el 2.2% correspondió a T3a (mayor a 4 cm). T3b (mayor a 4 cm) llegó a 5.2%. T1a (menor a 1 cm) a 4% y T4a y T4b registraron un 1.8% y el 0.6%, respectivamente.

Tabla 9. Desencadenante del diagnóstico de cáncer de tiroides

VARIABLES	N = 500	%
DESENCADENANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES		
	Frecuencia	Porcentaje
Incidental	262	52,4
No incidental	238	47,6
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Es importante considerar que el desencadenante del diagnóstico fue mayoritariamente incidental, registrando un 52.4%, mientras que el diagnóstico no incidental fue del 47.6%, es decir, en su mayoría se encuentran de manera fortuita durante un estudio no relacionado con el cáncer de tiroides.

Tabla 10. Metástasis ganglionar

VARIABLES	N = 500	%
METÁSTASIS GANGLIONAR		
	Frecuencia	Porcentaje
No presenta metástasis	93	18.6
En compartimiento central	320	64.0
En compartimiento lateral	87	17.4
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El 64.0% de pacientes de la muestra presentan metástasis ganglionar en compartimiento central, en tanto que el 17.4% presenta en compartimiento lateral; únicamente un 18.6% no presenta metástasis ganglionar.

Tabla 11. Vaciamiento ganglionar

VARIABLES	N = 500	%
VACIAMIENTO GANGLIONAR		
	Frecuencia	Porcentaje
Sin vaciamiento ganglionar	95	19.6
Central	319	63.8
Lateral	86	17.2
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En concordancia con la metástasis ganglionar presentada, se estableció el 63.8% de la población requirió vaciamiento ganglionar de compartimiento central, en tanto que el 17.2% fue de tipo lateral; Solamente el 19.6% no registró vaciamiento ganglionar.

Tabla 12. Metástasis a distancia

VARIABLES	N = 500	%
METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES		
	Frecuencia	Porcentaje
Si	53	10.6
No	447	89.4
Total	500	100

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La mayoría de pacientes de la muestra no presenta metástasis a distancia alcanzando un porcentaje de 89.4%, en tanto que el 10.6% si registró metástasis a distancia.

4.4. Relación entre variables

Tabla 13. Sexo de los pacientes y calidad de vida

	CALIDAD DE VIDA	Total
--	------------------------	--------------

			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
SEXO DE LOS PACIENTES	Masculino	Recuento	14	10	0	24
		% dentro de SEXO DE LOS PACIENTES	58,3%	41,7%	0,0%	100,0%
	Femenino	Recuento	281	152	43	476
		% dentro de SEXO DE LOS PACIENTES	59,0%	31,9%	9,0%	100,0%
Total	Recuento	295	162	43	500	
	% dentro de SEXO DE LOS PACIENTES	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%	
Coefficiente de contingencia			0.075			
Chi cuadrado			2.8383	Significación (p)	0.242	

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la muestra investigada el 58.3% de los pacientes de sexo masculino no presentan problemas en su calidad de vida relacionada a salud, y un 41.7% presenta problemas leves; los pacientes de sexo femenino no presentaron problemas en un 59%, mientras que el 31.9% presentó problemas leves, y 9% problemas moderados. Es necesario considerar que el grupo de pacientes hombres no registraron casos de problemas moderados en cuanto a su calidad de vida.

De acuerdo con el coeficiente de contingencia, la relación entre la variable sexo y calidad de vida en salud no es significativa ($p=0.242$), y por tanto su correlación es muy baja (0.075).

Tabla 14. Edad de los pacientes y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
EDAD DE LOS PACIENTES	19 a 28 años	Recuento	23	16	5	44
		% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	52,3%	36,4%	11,4%	100,0%
	29 a 60 años	Recuento	236	127	31	394
		% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	59,9%	32,2%	7,9%	100,0%
		Recuento	36	19	7	62

Más de 60 años	% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	58.1%	30.6%	11.3%	100,0%
Total	Recuento	295	162	43	500
	% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia		0.060	Significación (p)		0.766
Chi cuadrado		1.834			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En pacientes comprendidos entre 19 a 28 años, el 52.3% no presentan problemas en su calidad de vida, 36.4% presentan problemas leves y 11.4% problemas moderados; en el rango de edad predominante de 29 a 60 años, el 59.9% no presentó problemas, el 32.2% presentó problemas leves y el 7.9% presentó problemas moderados, finalmente en pacientes mayores de 60 años, el 58.1% no registró problemas, el 30.6% registró problemas leves y el 11.3% problemas moderados.

En general, se debe tomar en cuenta que aproximadamente una tercera parte de la muestra, el 32.4% presenta problemas leves en su calidad de vida mientras que un 8.6% presentó problemas moderados.

Los datos presentan poca significatividad entre las dos variables, de acuerdo con el coeficiente de contingencia ($p=0.766$), y por tanto su correlación es baja (0.060), se puede decir que no existe relación estadística entre la edad y los problemas en la calidad de vida relacionada a salud en los pacientes.

Tabla 15. Etnia de los pacientes y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
		Recuento	287	158	42	487
ETNIA DE LOS PACIENTES	Mestizo	% dentro de ETNIA DE LOS PACIENTES	58,9%	32,4%	8,6%	100,0%
		Recuento	8	4	1	13
	Indígena	% dentro de ETNIA DE LOS PACIENTES	61,5%	30,8%	7,7%	100,0%
		Recuento	295	162	43	500
Total	% dentro de ETNIA DE LOS PACIENTES	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%	
Coefficiente de contingencia		0.009				
Chi cuadrado		0.038			Significación (p)	0.981

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En cuanto a etnia los resultados son similares, en el grupo de mestizos el 58.9% no presenta problemas en su calidad de vida, en tanto que en el grupo de indígenas no presentaron problemas en 61.5%.; los problemas de leves se presentaron en el 32.4% de los mestizos y el 30.8% de los indígenas. Finalmente, los problemas moderados suman el 8.6% en los mestizos y el 7.7% en los indígenas.

La significancia entre calidad de vida y etnia es poco significativa ($p=0.981$) y su correlación sumamente baja (0.009).

Tabla 16. Nivel de estudios y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
		Recuento	108	63	13	184
NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	Estudios primarios	% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	58,7%	34,2%	7,1%	100,0%
		Recuento	123	61	22	206

Estudios secundarios	% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	59,7%	29,6%	10,7%	100,0%
	Recuento	63	37	7	107
Tercer nivel	% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	58,9%	34,6%	6,5%	100,0%
	Recuento	1	1	1	3
Cuarto nivel	% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Recuento	295	162	43	500
Total	% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
	Recuento	295	162	43	500
Coeficiente de contingencia		0.103		Significación (p)	0.494
Chi cuadrado		5.504			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la población con estudios primarios el 58.7% no experimenta problemas, 34.2% experimenta problemas leves y 7.1% problemas moderados; en el grupo de estudios secundarios 59.7% no tiene problemas en su calidad de vida, 29.6% tiene problemas leves y 10.7% problemas moderados.

En el grupo de pacientes con estudios superiores o de tercer nivel los valores tienen la misma tendencia, pues el 58.9% no presenta problemas, el 34.6% presenta problemas leves, y el 6.5% presenta problemas moderados, siendo este valor menor comparativamente con el reportado en estudios primarios y secundarios.

Llama la atención el grupo de cuarto nivel con un comportamiento atípico respecto a los anteriores, pues presenta una distribución igual entre los tres grupos de afectación a la calidad de vida equivalente al 33.3%.

El coeficiente de contingencia calculado determina una baja significancia estadística ($p=0.494$) y una correlación también baja entre las variables calidad de vida y nivel de estudios (0.103)

Tabla 17. Ocupación de los pacientes y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	Empleado o trabajados independiente	Recuento	42	24	6	72
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	58,3%	33,3%	8,3%	100,0%
	Retirado o jubilado	Recuento	18	9	1	28
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	64,3%	32,1%	3,6%	100,0%
	Tareas domésticas	Recuento	180	105	27	312
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	57,7%	33,7%	8,7%	100,0%
	Estudiante	Recuento	53	22	9	84
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	63,1%	26,2%	10,7%	100,0%
	Buscando trabajo	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	295	162	43	500
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	59,00%	32,4%	8,6%	100,0%
	Coefficiente de contingencia		0.086	Significación (p)		0.884
	Chi cuadrado		3.686			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El análisis de la ocupación de los pacientes encuestados y su afección a la calidad de vida arroja resultados en el mismo sentido que los analizados anteriormente, es decir se presenta en general un 59% que no muestra problemas en su calidad de vida, un 32.4% que presenta problemas leves y un 8.6% con problemas moderados.

Individuos que presentaron problemas leves fueron: empleados o dependientes, retirados o jubilados y quienes desempeñan tareas domésticas, con 33.3%, 32.1% y 33.7%, respectivamente, el grupo de estudiantes registró un 26.2% y quienes buscan trabajo el 50%.

En cuanto al grupo que presentó problemas moderados, los estudiantes registran el 10.7% de los casos, con el valor más alto, aunque con una frecuencia muy baja; empleados y quienes tienen tareas domésticas registran 8.3% y 8,7%, respectivamente, y los jubilados o retirados un 3.6%.

No se puede determinar una relación significativa entre ocupación y calidad de vida pues su valor calculado con el coeficiente de contingencia es poco significativo ($p=0.884$) y su correlación baja (0.086).

Tabla 18. Tipo de Carcinoma diferenciado de tiroides y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	Papilar	Recuento	286	152	40	478
		%	59,8%	31,8%	8,4%	100,0%
	Folicular	Recuento	8	5	2	15
		%	53,3%	33,3%	13,3%	100,0%
	Células de Hurthle	Recuento	0	3	1	4
		%	0,0%	75,0%	25,0%	100,0%
	Pobremente diferenciado	Recuento	1	2	0	3
		%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	295	162	43	500
		%	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
	Coefficiente de contingencia		0.127		Significación (p)	0.228
	Chi cuadrado		8.147			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

59.0% de los pacientes con CDT papilar no presentan problemas en su calidad de vida, en tanto que el 32.4% presentaron problemas leves y el 8.6% tuvo problemas moderados.

De acuerdo con el coeficiente de contingencia, no existe una correlación directa y fuerte (0.127) entre estirpe de CDT y calidad de vida, y el grado de significancia entre ellas es bajo ($p=0.228$)

Tabla 19. Calidad de vida y cáncer papilar y no papilar

		CALIDAD DE VIDA			Total
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
Papilar	Recuento	286	152	40	478

	% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	59,8%	31,8%	8,4%	100,0%
No papilar	Recuento	9	10	3	22
	% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	40,9%	45,5%	13,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia			0.024	Significación (p)	0.871
Chi cuadrado			0.277		

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El mayor impacto de problemas leves en la calidad de vida se concentra en pacientes con CDT de tipo no papilar con el 45,5%, mientras que los de tipo papilar llegan al 31,8%; de igual forma, en el rango de problemas moderados son los de tipo no papilar los que presentan mayor impacto con 13,6% frente a los de tipo papilar con el 8.4%. El nivel de significación entre calidad de vida y cáncer papilar y no papilar es bajo, $p=0.871$, al igual que su nivel de correlación de 0.024.

Tabla 20. **Estadio del cáncer diferenciado de tiroides y calidad de vida**

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	Estadio I en menores de 55 años	Recuento	132	49	17	198
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	66,7%	24,7%	8,6%	100,0%
	Estadio II en menores de 55 años	Recuento	11	7	0	18
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	61,1%	38,9%	0,0%	100,0%
	Estadio I en mayores de 55 años	Recuento	69	43	9	121
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	57,0%	35,5%	7,4%	100,0%
	Estadio II en mayores de 55 años	Recuento	47	26	3	76
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	61,8%	34,2%	3,9%	100,0%

Estadio III en mayores de 55 años	Recuento	10	8	3	21
	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	47,6%	38,1%	14,3%	100,0%
Estadio IVa en mayores de 55 años	Recuento	13	13	5	31
	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	41,9%	41,9%	16,1%	100,0%
Estadio IVb en mayores de 55 años	Recuento	13	16	6	35
	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	37,1%	45,7%	17,1%	100,0%
Total	Recuento	295	162	43	500
	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia		0.213	Significación (p)		0.022
Chi cuadrado		23.701			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Se tomó en cuenta el corte de edad de mayores y menores de 55 años en pacientes con CDT, tomando en cuenta la diferencia en cuanto a mortalidad existente entre estos 2 grupos.

De este modo, el estadio I en menores de 55 años registró un valor de 66.7% de pacientes sin problemas, 24.7% problemas leves y 8.6% de problemas moderados. El estadio II en el mismo grupo de edad obtuvo 61.1% sin problemas, 38.9% con problemas leves, sin existir casos con problemas moderados.

En pacientes mayores de 55 años, el estadio I presentó un 57% sin problemas, 35.55 con problemas leves y 7.4% de problemas moderados. Pacientes con estadio II no presentaron problemas en 61.8%, 34.2% presentaron problemas leves y 3.9% problemas moderados. 47.6% de Pacientes con CDT en estadio III no presentaron problemas, mientras que el 38.15 presentaron problemas leves y 14.35 problemas moderados.

Finalmente, en el estadio IVa, la población que no presentó problemas fue de 41.9%, con un porcentaje igual en quienes presentaron problemas leves. 16.1% presentaron problemas moderados. 37.1% de pacientes con estadio IVb no presentaron problemas, 45.7% problemas leves y 17.1 problemas moderados.

El cálculo de coeficiente de contingencia determina una relación directa y positiva entre las variables estadio y calidad de vida (0.213) y un alto grado de significancia entre las mismas ($p=0.022$), por lo que se puede manifestar que existe relación entre ambas variables.

Tabla 21. Calidad de vida en relación con los estadios del cáncer de tiroides

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	Estadio	Recuento	201	92	26	319
	I	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	63,0%	28,8%	8,2%	100,0%
	Estadio	Recuento	58	33	3	94
	II	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	61,7%	35,1%	3,2%	100,0%
	Estadio	Recuento	10	8	3	21
	III	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	47,6%	38,1%	14,3%	100,0%
	Estadio	Recuento	26	29	11	66
	IV	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	39,4%	43,9%	16,7%	100,0%

Coefficiente de contingencia	0.213	Significación (p)	0.022
Chi cuadrado	0.207		

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla 21 se puede observar la progresividad que demuestra la afectación leve a la calidad de vida del cáncer de tiroides de acuerdo al estadio del paciente, en el estadio I 28.8%, en el estadio II 35.1%, en el estadio III 38.1% y en el estadio IV 43.9%. En cuanto a problemas moderados, los porcentajes de impacto son menores y no son totalmente progresivos, en el estadio I se encuentra en 8.2% y baja en el estadio II a 3.2%, aunque sube en el estadio III al 14.3% y en el estadio IV al 16.7%.

Tabla 22. Calidad de vida y estadio determinado en pacientes menores a 55 años

		CALIDAD DE VIDA			Total	
			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	Estadio I en menores de 55 años	Recuento	132	49	17	198
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	66,7%	24,7%	8,6%	100,0%
	Estadio II en menores de 55 años	Recuento	11	7	0	18
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	61,1%	38,9%	0,0%	100,0%
Coefficiente de contingencia	0.418	Significación (p)	0.000			
Chi cuadrado	23.701					

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Las tabla 22 compara la calidad de vida relacionada con el cáncer diferenciado de tiroides en estadios I y II en pacientes menores de 55 años, se puede ver que los resultados son significativos ($p=0.000$) y con un nivel alto de correlación (0.918), estableciéndose que los problemas leves son más frecuentes en menores de 55 años en estadio II con un porcentaje de 38.9%, se puede colegir que un estadio avanzado en

este rango de edad si influye en al menos una tercera parte de la población en cuanto a su calidad de vida relacionado a salud.

Tabla 23. Calidad de vida y estadio determinado en pacientes mayores a 55 años

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	ESTADÍO I A III	Recuento	126	77	15	218
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	57,80%	35,32%	6,88%	100,00%
	ESTADÍO IV	Recuento	26	29	11	66
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	39,39%	43,94%	16,67%	284
Coefficiente de contingencia		0.82	Significación (p)		0.009	
Chi cuadrado		14.860				

Fuente: Encuesta a pacientes
Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla 23 se presentan los resultados comparativos de calidad de vida relacionada con salud en pacientes con CDT con más de 55 años clasificados por estadios, se observa que los pacientes en estadio IV tienen mayor impacto en su calidad de vida con problemas de tipo leve y moderado, pues alcanzan porcentajes de 43.94% y 16.67%, respectivamente, frente al 35.32% de problemas leves y 6.88% en problemas moderados en mayores a 55 años en estadios de I a III. Los valores calculados tienen un alto nivel de significancia ($p=0.009$) y alto nivel de correlación (0.82), por lo que se evidencia que ambas variables están totalmente correlacionadas.

Tabla 24. Desencadenante del diagnóstico de cáncer de tiroides y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA	Total
--	--	-----------------	-------

			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
DESENCADENANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES	Incidental	Recuento	147	93	22	262
		%	56,1%	35,5%	8,4%	100,0%
	No incidental	Recuento	148	69	21	238
		%	62,2%	29,0%	8,8%	100,0%
Total		Recuento	295	162	43	500
		%	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia			0.070	Significación (p)		0.296
Chi cuadrado			2.436			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El 56.1% de pacientes diagnosticados de manera incidental no presentaron problemas, frente al 62.2% de pacientes con diagnóstico no incidental. Quienes fueron diagnosticados de manera incidental presentaron problemas leves en 35.5% y moderados en 8.4%, mientras que los pacientes diagnosticados de manera no incidental presentaron problemas leves en 29% y moderados en 8.8%.

Mediante el cálculo de coeficiente de contingencia se determina que no se encuentra relación entre las variables de estudio (0.070) y por tanto sus valores son poco significativos en la investigación ($p=0.296$)

Tabla 25. Tamaño del tumor y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
TAMAÑO DEL TUMOR	T1a	Recuento	12	5	3	20
		%	60,0%	25,0%	15,0%	100,0%
	T1b	Recuento	163	67	15	245
		%	66,5%	27,3%	6,1%	100,0%
	T2	Recuento	113	59	14	186
		%	60,8%	31,7%	7,5%	100,0%
	T3a	Recuento	4	4	3	11
		%	36,4%	36,4%	27,3%	100,0%
	T3b	Recuento	3	20	3	26

	%	11,5%	76,9%	11,5%	100,0%
T4a	Recuento	0	5	4	9
	%	0,0%	55,6%	44,4%	100,0%
T4b	Recuento	0	2	1	3
	%	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Recuento	295	162	43	500
	%	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia		0.338	Significación (p)		0.000
Chi cuadrado		64.501			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

De manera global un 59% de pacientes no presentaron problemas, mientras que un 32.4% y 8.6% presentaron problemas leves y moderados respectivamente. De manera individual los tumores invasivos de tipo T4a y T4b son los que presentan un perfil mayor de problemas leves, alcanzando 44,4% y 33,3% respectivamente, tomando en cuenta que estas dos últimas categorías, es decir el T4a y T4b no presentan pacientes sin problemas de salud.

El cálculo del coeficiente de contingencia presenta datos significativos ($p=0.000$) y una alta relación entre las dos variables (0.338), existe correlación absoluta entre el tamaño tumoral y la calidad de vida,

Tabla 26. Calidad de vida y tumor invasivo

		CALIDAD DE VIDA			Total
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
TUMOR NO INVASIVO (T1a-T1b-T2-T3a-T3b)	Recuento	295	155	38	488
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	60,5%	31,8%	7,8%	100,0%
TUMOR INVASIVO (T4a-T4b)	Recuento	0	7	5	12
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	0,0%	58,3%	41,7%	100,0%
Coefficiente de contingencia		0.729	Significación (p)		0.000
Chi cuadrado		18.466			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Comparativamente se puede apreciar que en la mayor parte de casos los problemas de salud relacionados con calidad de vida son peores en quienes presentan tumores

invasivos, pues alcanzan 58,3% en el caso de problemas leves y el 41,7% en el caso de problemas moderados, dentro de su categoría, frente a un 31,8% de problemas leves y 7,8% de problemas moderados en el caso de tumores no invasivos.

Se debe notar que esta es una de las variables influyentes en la calidad de vida y presenta una marcada diferencia entre las dos clasificaciones, pues el porcentaje de carencia de problemas en calidad de vida en tumores no invasivos es de 60.5%, en tanto que en tumores invasivos no registra datos.

Los resultados obtenidos son altamente significativos ($p=0.000$), y con un alto nivel de correlación (0.729), lo que determina una relación directa entre las dos variables de análisis.

Tabla 27. Metástasis ganglionar y calidad de vida

		Calidad de Vida			Total	
			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
METÁSTASIS GANGLIONAR	No presenta metástasis	Recuento	69	22	2	93
		%	74,2%	23,7%	2,2%	100,0%
	En compartimiento central	Recuento	191	103	26	320
		%	59,7%	32,2%	8,1%	100,0%
	En compartimiento lateral	Recuento	35	37	15	87
		%	40,2%	42,5%	17,2%	100,0%
Total		Recuento	295	162	43	500
		%	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia			0.222			
Chi cuadrado			25.950	Significación (p)	0.000	

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En general, el 59% de los pacientes diagnosticados con cáncer de tiroides con metástasis ganglionar no registran problemas de salud relacionados con la calidad de vida, en tanto que el 32.4% experimenta problemas leves y un 8.6% problemas moderados.

42.5% de los pacientes con metástasis ganglionar en el compartimiento lateral presentaron problemas leves frente a un 32,2% de individuos con problemas leves con metástasis en el compartimiento central; en tendencia similar el grupo de individuos con metástasis en compartimiento central presentó problemas moderados en un 8,1% mientras que aquellos con metástasis en compartimiento lateral presentaron un 17,2%.

El cálculo de coeficiente de contingencia presenta un total nivel de significancia estadística ($p=0.000$) y por tanto buena correlación entre las variables (0.222), lo que indica que la metástasis ganglionar si representa problemas en la calidad de vida.

Tabla 28. Presencia de metástasis ganglionar y calidad de vida

		Calidad de Vida			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
METÁSTASIS GANGLIONAR	No presenta metástasis	Recuento	69	22	2	93
		% de la categoría	74,2%	23,7%	2,2%	100,00%
	Presentan metástasis	Recuento	226	140	41	407
		% de la categoría	55,5%	34,4%	10,1%	100,00%
Coficiente de contingencia			0.964			
					Significación (p)	0.000
Chi cuadrado			19.456			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Comparativamente, la calidad de vida de quienes no presentan metástasis ganglionar es mejor que quienes la presentan, pues los individuos no presentaron problemas en un 74,2% frente a un 55,5%, respectivamente. En congruencia, la presentación de problemas leves alcanzó el 23,7% en quienes no tienen metástasis ganglionares versus un mayor porcentaje de problemas leves (34.4%) en quienes sí padecen metástasis ganglionares. Finalmente, en cuanto a problemas moderados, los pacientes sin

metástasis ganglionar tuvieron un 2,2% de compromiso, frente al 10,1% de pacientes con metástasis ganglionares. La relación entre las variables (metástasis ganglionares y compromiso en calidad de vida) fue muy significativa ($p=0.000$) y tuvo un alto nivel de correlación (0.964).

Tabla 29. Metástasis ganglionar central y de compartimento lateral

		Calidad de Vida			Total	
			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	
METÁSTASIS GANGLIONAR	En compartimento central	Recuento	191	103	26	320
		% de la categoría	59,7%	32,2%	8,1%	100,0%
	En compartimento lateral	Recuento	35	37	15	87
		% de la categoría	40,2%	42,5%	17,2%	100,0%
Coefficiente de contingencia			0.799			
Chi cuadrado			25.950			
				Significación (p)		0.000

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la comparación entre pacientes con metástasis en compartimento central y compartimento lateral, los primeros tienen un mejor perfil, registrando problemas leves en un 32,2% frente a un 42,5% en el grupo con metástasis en compartimento lateral. Existe una diferencia más marcada en problemas moderados, pues los valores alcanzan el 8,1% frente al 17,2%, en metástasis en compartimento central como en compartimento lateral, respectivamente.

Se corrobora que la variable compartimiento de metástasis ganglionar y la calidad de vida tienen relación estadística, representada por una alta significación ($p=0.000$) y un alto nivel de correlación (0.799)

Tabla 30. Metástasis de cáncer de tiroides a distancia y calidad de vida

		CALIDAD DE VIDA			Total	
			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	TOTAL
METÁSTASIS A DISTANCIA	Si	Recuento	24	23	6	53
		%	45,3%	43,4%	11,3%	100,0%

DEL CÁNCER DE TIROIDES	No	Recuento	271	139	37	447
		%	60,6%	31,1%	8,3%	100,0%
Total		Recuento	295	162	43	500
		%	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia			0.096	Significación (p)	0.100	
Chi cuadrado			4.613			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

45.3% de individuos con metástasis a distancia no registran problemas de salud, en tanto que el 43.4% presentó problemas leves y un 11.3% problemas moderados. Los individuos sin metástasis a distancia no registraron problemas en un 60.6%, mientras que reportaron problemas leves en 31.1% y moderados en 8.3%. El coeficiente de contingencia calculado no presenta significancia en los resultados ($p=0.100$) y la relación entre variables es baja (0.096)

Tabla 31. Vaciamiento ganglionar y calidad de vida

			No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados	TOTAL
VACIAMIENTO GANGLIONAR	Sin vaciamiento ganglionar	Recuento	70	23	2	95
		%	73,7%	24,2%	2,1%	100,0%
	Central	Recuento	191	102	26	319
		%	59,9%	32,0%	8,2%	100,0%
	Lateral	Recuento	34	37	15	86
		%	39,5%	43,0%	17,4%	100,0%
Total		Recuento	295	162	43	500
		%	59,0%	32,4%	8,6%	100,0%
Coefficiente de contingencia			0.225	Significación (p)	0.000	
Chi cuadrado			26.568			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Los pacientes no sometidos a vaciamiento ganglionar manifiestan no tuvieron problemas en un 73.7%, mientras que aquellos con problemas leves y moderados fueron 24.2% y 2.1% respectivamente. Individuos sometidos a vaciamiento ganglionar de compartimiento central no presentaron problemas en un 59.9%, pero si presentaron problemas leves en un 32% y moderados en un 8.2%; los pacientes con vaciamiento de

compartimiento lateral sin problemas fueron 39.5%, y aquellos con problemas leves y moderados un 43% y 8.6% respectivamente.

El coeficiente de contingencia calculado para el vaciamiento ganglionar y la calidad de vida determina que existe una significación total entre las dos, es decir la relación entre calidad de vida y vaciamiento ganglionar es perfecta ($p=0.000$), aunque su grado de correlación no es demasiado alto (0.225)

Tabla 32. Comparación de calidad de vida en pacientes con y sin vaciamiento ganglionar

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
VACIAMIENTO GANGLIONAR	Sin vaciamiento ganglionar	Recuento	70	23	2	95
		% de la categoría	73,3%	24,2%	2,1%	100,0%
	Con vaciamiento ganglionar	Recuento	225	139	41	405
		% de la categoría	55,6%	34,3%	10,1%	100,0%
Coeficiente de contingencia			0.967			
Chi cuadrado			16.424	Significación (p)		0.002

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Individuos no sometidos a vaciamiento ganglionar no presentaron problemas en un 73.3%, mientras que el porcentaje de aquellos sometidos fue de 55.6%. 24.2% de paciente no sometidos vaciamiento presentó problemas leves frente al 34.4% de individuos sometidos a vaciamiento. Finalmente, el 10.1% de pacientes sometidos a vaciamiento ganglionar presentó problemas moderados, contrario al 2.1% de pacientes no sometidos a vaciamiento con problemas moderados.

El valor $p=0.002$ indica un nivel de significancia alto, es decir una relación no casual entre las dos variables con un nivel de correlación alto de 0.967.

Tabla 33. Comparación de calidad de vida en pacientes con vaciamiento ganglionar central y lateral

		CALIDAD DE VIDA			Total	
		No presenta problemas	Presenta problemas leves	Presenta problemas moderados		
		Recuento	191	102	26	319

TIPO DE VACIAMIENTO	Vaciamiento Central	% de la categoría	59,9%	32,0%	8,2%	100,0%
	Vaciamiento Lateral	Recuento	34	37	15	86
		% de la categoría	39,5%	43,0%	17,4%	100,00%
Coefficiente de contingencia			0.768			
Chi cuadrado			18.466	Significación (p)		0.001

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Se puede observar que el grupo de pacientes con vaciamiento lateral presenta mayores problemas en calidad de vida que quienes se sometieron a vaciamiento central, en el primer caso, se obtuvo un porcentaje de pacientes con problemas leves del 32.0% frente al 43,0% en vaciamiento lateral; en problemas moderados, la diferencia fue de 8.2% frente a 17.4% en los casos de vaciamiento central y vaciamiento lateral, respectivamente.

El nivel de significancia de los datos encontrados es alto y equivale a $p=0.001$, con una correlación alta de 0.768, se determina relación directa y proporcional entre las dos variables.

Tabla 34. Relación entre sexo de los pacientes y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
SEXO DE LOS PACIENTES	Masculino	Recuento	6	15	3	24
		% dentro de SEXO DE LOS PACIENTES	25,0%	62,5%	12,5%	100,0%
	Femenino	Recuento	127	271	78	476
		% dentro de SEXO DE LOS PACIENTES	26,7%	56,9%	16,4%	100,0%
Total	Recuento	133	286	81	500	
	% dentro de SEXO DE LOS PACIENTES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%	
Coefficiente de contingencia			0.027			
Chi cuadrado			0.361	Significación (p)	0.835	

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El análisis de los AVAC en el campo de la medicina se ha tomado desde el punto de vista de los años perdidos por causa de los problemas detectados en la calidad de vida del paciente, lo que se relacionaría con la gravedad de la enfermedad, es decir, mientras más grave la enfermedad mayor cantidad de años perdidos, tomando en cuenta 3 niveles de gravedad.

De acuerdo con ese análisis el grupo de mujeres de la población tiene mayor porcentaje de alta gravedad con un 26.7% frente al porcentaje de hombres con el 25%. Por el contrario, en el nivel de mediana gravedad es el grupo de hombres el que tiene mayor nivel con 62.5% frente al 56.9% de las mujeres, y en el nivel de bajo impacto de la enfermedad vuelve el grupo femenino a tener mayor impacto con 16.4% frente al 12.5% del grupo de hombres.

Sin embargo, el coeficiente de contingencia de 0.835 no determina que los resultados sean significativos, es decir las variables no se marca una relación entre las dos variables, y su impacto es bajo (0.027)

Tabla 35. Relación entre edad de los pacientes y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
EDAD DE LOS PACIENTES	19 a 28 años	Recuento	13	26	5	44
		% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	29,5%	59,1%	11,4%	100,0%
	29 a 60 años	Recuento	102	219	73	394
		% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	25,9%	55,6%	18,5%	100,0%
	Más de 60 años	Recuento	18	41	3	62
		% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	29,0%	66,1%	4,8%	100,0%
	Total	Recuento	133	286	81	500
		% dentro de EDAD DE LOS PACIENTES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
		Valor	Significación aproximada			

Coefficiente de contingencia	0,128	
Chi cuadrado	8.321	0,080

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El análisis de los AVAC en función de la edad el grupo de edad que mayor impacto tiene en función de sus años perdidos en alta gravedad de la enfermedad es el de 19 a 28 años alcanzando el 29.5%, seguido muy de cerca por los mayores de 60 años con 29%. En el rango de enfermedad moderada el mayor impacto en años perdidos se ubica en el rango de más de 60 años con un 66.1%; finalmente en el nivel de enfermedad leve el grupo de 29 a 60 años presenta un nivel de 18.5% de impacto.

En cuanto a la significación de los datos adquiridos, el coeficiente de contingencia presenta un valor $p=0.080$, que representa un nivel ligeramente significativo entre las dos variables, y una correlación moderada (0.128)

Tabla 36. Relación entre etnia de los pacientes y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
	Mestizo	Recuento	132	275	80	487
ETNIA DE LOS PACIENTES		% dentro de ETNIA DE LOS PACIENTES	27,1%	56,5%	16,4%	100,0%
	Indígena	Recuento	1	11	1	13
		% dentro de ETNIA DE LOS PACIENTES	7,7%	84,6%	7,7%	100,0%
Total		Recuento	133	286	81	500
		% dentro de ETNIA DE LOS PACIENTES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
		Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia		0,091				
Chi cuadrado		4.144	0,126			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

De acuerdo con la disposición de la población en cuanto a su identificación étnica, existe un grupo que destaca entre todos con un 84.6% de su total en cuanto a un impacto moderado de la enfermedad en años perdidos, y es el de indígenas, con menor fuerza, pero igualmente alto, la etnia mestiza alcanza el 56.5% de su nivel en cuanto a enfermedad moderada.

Es necesario mencionar que en cuanto a los años perdidos medidos en AVAC, el 27.1% de pacientes mestizos es el que presenta mayor impacto, en tanto que el grupo de indígenas alcanza solo el 7.7%.

El grado de significación es bajo, es decir que estadísticamente no se encuentra relación entre las dos variables ($p=0.126$) y su nivel de correlación es bajo (0.091)

Tabla 37. Relación entre nivel de estudio de los pacientes y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
			Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	Estudios primarios	Recuento	49	98	37	184
		% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	26,6%	53,3%	20,1%	100,0%
	Estudios secundarios	Recuento	57	120	29	206
		% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	27,7%	58,3%	14,1%	100,0%
	Tercer nivel	Recuento	27	66	14	107
		% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	25,2%	61,7%	13,1%	100,0%
	Cuarto nivel	Recuento	0	2	1	3
		% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	Total	Recuento	133	286	81	500

	% dentro de NIVEL DE ESTUDIOS DE LOS PACIENTES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
	Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia	0,104	0,492			
Chi cuadrado	5.417				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En todos los grupos clasificados por el nivel de educación de los pacientes, más de la mitad se concentra en el nivel de moderada gravedad, se puede observar un 53.3% en quienes tienen estudios primarios, un 58.3% en quienes han obtenido estudios secundarios, el 61.7% en el grupo de tercer nivel, y el 66.7% en cuarto nivel; se nota una tendencia creciente y proporcionalmente directa al nivel de educación.

En el nivel alto de gravedad medido en años de vida perdidos no se encuentra la tendencia anterior, aunque en la mayoría de los grupos se alcanza alrededor del 25%, en estudios primarios 26.6%, en estudios secundarios 27.7%, en tercer nivel 25.2% y en cuarto nivel no se registran casos.

El nivel de significación es bajo, no se demuestra que se relacionan las variables pues su valor es de $p=0.492$, y su nivel de correlación es de 0.104, considerado como bajo.

Tabla 38. Relación entre ocupación de los pacientes y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	Empleado o trabajados independiente	Recuento	24	37	11	72
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	33,3%	51,4%	15,3%	100,0%
	Retirado o jubilado	Recuento	6	19	3	28
		% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	21,4%	67,9%	10,7%	100,0%
	Recuento		79	180	53	312

Tareas domésticas	% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	25,3%	57,7%	17,0%	100,0%
Estudiante	Recuento	22	48	14	84
	% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	26,2%	57,1%	16,7%	100,0%
Buscando trabajo	Recuento	2	2	0	4
	% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
Total	Recuento	133	286	81	500
	% dentro de OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
	Valor		Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia	0,098				
Chi cuadrado	40897	0,769			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La tendencia anterior a concentrar el análisis de AVAC en nivel de enfermedad moderada es similar en cuanto a la ocupación de los pacientes, más de la mitad de la población de los grupos se ubica en este nivel, 51.4% en empleados o trabajadores 67.9% en jubilados o retirados, 57.7% en personas que desarrollan tareas domésticas, 57.1% en estudiantes y 50% en personas en busca de trabajo.

El grupo de alto nivel de gravedad en función de los años perdidos medidos en AVAC registra valores cercanos a una cuarta parte de impacto, 33.3% en empleados o trabajadores 21.4% en jubilados o retirados, 26.6% en personas que desarrollan tareas domésticas, 26.2% en estudiantes y 50% en personas en busca de trabajo.

Sin embargo, el nivel de impacto en relación a la ocupación es circunstancial y no demuestra tener significancia estadística, es decir no se puede establecer que sean variables asociadas pues su valor $p=0.769$ es alto y su nivel de correlación es bajo (0.098).

Tabla 39. Relación entre tipo de carcinoma diferenciado de tiroides y AVAC

	AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)	Total
--	---	-------

		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	Papilar	Recuento	125	275	78	478
		% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	26,2%	57,5%	16,3%	100,0%
	Folicular	Recuento	4	8	3	15
		% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	26,7%	53,3%	20,0%	100,0%
	Células de Hurthle	Recuento	2	2	0	4
		% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	50,0%	50,0%	0,0%	100,0%
	Pobremente diferenciado	Recuento	2	1	0	3
		% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	Total	Recuento	133	286	81	500
		% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
			Valor	Significación aproximada		
	Coefficiente de contingencia		0,093			
Chi cuadrado		4.325	0,633			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El cáncer de tiroides de tipo papilar, considerado como el más frecuentemente diagnosticado, tiene un impacto de 57.5% en mediana gravedad considerando los años perdidos medidos en AVAC, y un 26.2% en alta gravedad. Similar comportamiento tiene el diagnóstico de cáncer de tiroides de tipo folicular, con un 53.3% de impacto moderado y un 26.7% de impacto alto.

Tabla 40. Resumen de relación entre tipo de carcinoma diferenciado de tiroides y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Papilar	Recuento	125	275	78	478
	% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	26,2%	57,5%	16,3%	100,0%
No papilar	Recuento	8	11	3	22
	% dentro de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES	36,4%	50,0%	13,6%	100,0%
		Valor	Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia	0,024	0,871			
Chi cuadrado	0.277				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La tabla 40 resume los tipos en papilar, el más frecuente en diagnosticarse, y el grupo de no papilar que reúne los demás diagnósticos, en la que se puede apreciar que el impacto en la calidad de vida medida en AVAC y de tipo moderado es más alto en el cáncer papilar que en el resto de diagnósticos, pues alcanza el 57.5% frente al 50%, respectivamente; la misma tendencia se mantiene en el impacto de bajo nivel de la enfermedad donde el cáncer de tipo papilar registra el 16.3% y los no papilares el 13.6%. Al contrario, el impacto grave de la enfermedad medido en años perdidos o AVAC, es mayor en los otros tipos de cáncer distintos a los papilares, llegando a un 36.4% de pacientes de esa categoría.

El nivel de significación entre variables es bajo, su valor $p=0.633$ indica que no existe una relación directa entre las variables y evidentemente su nivel de correlación es bajo, alcanza un valor de 0.093.

Tabla 41. Relación entre estadio del cáncer diferenciado de tiroides y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
			Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	Estadio I en menores de 55 años	Recuento	16	137	45	198
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	8,1%	69,2%	22,7%	100,0%
	Estadio II en menores de 55 años	Recuento	0	16	2	18
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
	Estadio I en mayores de 55 años	Recuento	55	53	13	121
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	45,5%	43,8%	10,7%	100,0%
	Estadio II en mayores de 55 años	Recuento	24	42	10	76
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	31,6%	55,3%	13,2%	100,0%
	Estadio III en mayores de 55 años	Recuento	11	10	0	21
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	52,4%	47,6%	0,0%	100,0%
	Estadio IVa en mayores de 55 años	Recuento	17	9	5	31
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	54,8%	29,0%	16,1%	100,0%
	Estadio IVb en mayores de 55 años	Recuento	10	19	6	35
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	28,6%	54,3%	17,1%	100,0%
	Total	Recuento	133	286	81	500
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%

DIFERENCIADO DE TIROIDES		
	Valor	Significación aproximada
Coefficiente de contingencia	0,391	0,000
Chi cuadrado	90.036	

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El análisis de la relación entre el estadio determinado y los años perdidos marca una significación perfecta en sus resultados ($p=0.000$) y un nivel alto de correlación (0.391), tomando en cuenta que en menores de 55 años en el estadio I se encuentra impactado moderadamente en 69.2%, en alto nivel en 8.1% y en bajo nivel en 22.7%; en el estadio II el comportamiento se concentra en moderado nivel de gravedad en un 88.9% y bajo nivel en 11.1%.

En mayores de 55 años, el impacto en años de vida en el estadio I es alto con el 45.5% de los casos y luego moderado con el 43.8%; en el estadio II el impacto es moderado con 55.3% y posteriormente alto en 31.6%; en el estadio III el 52.4% registra un impacto alto y 47.6% moderado, y, finalmente, en el estadio IVa el 54.8% representa un impacto grave y 29% un impacto moderado, en tanto que en IVb 28.6% presentan un alto nivel de enfermedad, 54.3% moderado y 17.1% bajo nivel de gravedad.

Tabla 42. Relación entre los estadios diagnosticados y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	Estadio I	Recuento 71	190	58	319	
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	8,1%	69,2%	22,7%	100,0%
	Estadio II	Recuento	24	58	12	94

	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIA DO DE TIROIDES	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
Estadio III	Recuento	11	10	0	21
	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIA DO DE TIROIDES	52,4%	47,6%	0,0%	100,0%
Estadio IV	Recuento	27	28	11	66
	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIA DO DE TIROIDES	54,8%	29,0%	16,1%	100,0%
	Valor		Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia	0,968		0,002		
Chi cuadrado	32.909				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La tabla anterior resume el impacto de los distintos estadios del cáncer de tiroides en la calidad de vida de los pacientes medidos en AVAC, y de acuerdo con los resultados obtenidos tienen una alta significación ($p=0.002$) y un alto nivel de correlación (0.968), por lo que se confirma una relación directa entre los distintos estadios del cáncer de tiroides y los años de vida perdidos por el paciente.

En el rango de enfermedad moderada calculado en AVAC, el grupo de mayor impacto es el formado por pacientes en estadio II con el 88.9%, seguido del estadio I con 69.2%, luego el estadio III con 47.6% y finalmente el estadio IV con 29%. En el rango de alto nivel de gravedad de la enfermedad se ubican principalmente el estadio III con 52.4% y el estadio IV con 54.8%, en tanto que en el rango de enfermedad de bajo nivel de impacto el estadio I tiene 22.7% y el estadio IV 16.1%.

Tabla 43. Relación entre estadio determinado en pacientes menores a 55 años y AVAC

	AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)	Total
--	---	-------

			Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	Estadio I en menores de 55 años	Recuento	16	137	45	198
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	8,1%	69,2%	22,7%	100,0%
	Estadio II en menores de 55 años	Recuento	0	16	2	18
		% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	0,0%	88,9%	11,1%	100,0%
		Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia		0,608				
Chi cuadrado		22.458	0,001			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla anterior se compara el impacto en la calidad de vida de los pacientes menores a 55 años medido en AVAC y en estadios I y II, se puede verificar que no existen pacientes en estadio II en alto nivel de gravedad aunque en estadio I son el 8.1% de su clase. En el ámbito de enfermedad de moderada gravedad, se determina que los pacientes en estadio II tienen mayor impacto con el 88.9% de su clase frente al 69.2% de quienes están en estadio I, y finalmente en bajo nivel de gravedad están en mayor nivel quienes registran estadio I con el 22.7% en tanto que en estadio II están el 11.1%.

El comportamiento de las variables en esta relación tiene alta significancia, es decir se puede determinar una relación firme entre los distintos estadios y la gravedad de la patología medida en AVAC, en el rango de edad de pacientes menores a 55 años ($p=0.001$) y un moderado nivel de correlación directa y positiva (0.608).

Tabla 44. Relación entre estadio determinado en pacientes menores a 55 años y AVAC

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	

	Recuento	90	105	23	218
Estadio I a III	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	41,3%	48,2%	10,6%	100,0%
	Recuento	27	28	11	66
Estadio IV	% dentro de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES	40,9%	42,4%	16,7%	100,0%
	Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia	0,992	0,378			
Chi cuadrado	22.458				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La tabla anterior analiza el impacto en la calidad de vida de pacientes mayores a 55 años divididos en estadio I a III y estadio IV, medido en AVAC, y se evidencia que el impacto en estadio I a III es poco distinto al impacto en estadio IV, en el primero se ubica en 48.2% de los pacientes y en el segundo el 42.2% en cuanto a la consideración de enfermedad de gravedad moderada. La diferencia en el estrato de bajo nivel de gravedad de la enfermedad es un poco mayor, pues en el estadio I a III es de 10.6% y en el estadio IV es de 16.7%.

Por esta distribución bastante uniforme la significación estadística es baja ($p=0.378$) aunque su correlación es alta (0.992), lo que indica que si bien las variables están correlacionadas, su relación puede ser más bien casual.

Tabla 45. Relación entre desencadenante del diagnóstico de cáncer de tiroides y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Incidental	Recuento	72	157	33	262

DESENCADEN ANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES		% dentro de DESENCADEN ANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES	27,5%	59,9%	12,6%	100,0%
	No incidental	Recuento	61	129	48	238
		% dentro de DESENCADEN ANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES	25,6%	54,2%	20,2%	100,0%
Total		Recuento	133	286	81	500
		% dentro de DESENCADEN ANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
		% del total	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
		Valor	Significación aproximada			
Coficiente de contingencia		0,102				
Chi cuadrado		5.289	0,071			

Fuente: Encuesta a pacientes

laborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El desencadenante del diagnóstico tiene un impacto moderado en la gravedad de la enfermedad, pero con valores muy similares y superiores a la mitad, si es incidental alcanza el 59.9% y si no lo es el 54.2%; en el nivel grave en el caso de diagnóstico incidental el porcentaje alcanzado es de 27.5% y si no es incidental 25.6%. Dichos valores son poco significativos desde el punto de vista estadístico, su valor $p=0.071$ es superior al error permitido de 0.05, y su nivel de interrelación es bajo alcanzando un valor de 0.102.

Tabla 46. Relación entre tamaño del tumor y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
TAMAÑO DEL TUMOR	T1a	Recuento	7	9	4	20
		% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	35,0%	45,0%	20,0%	100,0%
	T1b	Recuento	63	144	38	245

	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	25,7%	58,8%	15,5%	100,0%
T2	Recuento	48	108	30	186
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	25,8%	58,1%	16,1%	100,0%
T3a	Recuento	3	5	3	11
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	27,3%	45,5%	27,3%	100,0%
T3b	Recuento	9	12	5	26
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	34,6%	46,2%	19,2%	100,0%
T4a	Recuento	3	6	0	9
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
T4b	Recuento	0	2	1	3
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	0,0%	66,7%	33,3%	100,0%
Total	Recuento	133	286	81	500
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
	Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia	0,118				
Chi cuadrado	7.119	0,85			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

El tamaño tumoral tiene un impacto moderado en el estado de salud de los pacientes, medido en AVAC, y con una tendencia creciente en tanto más grande sea el tumor, así, en T1a alcanza el 45%, en T1b el 58.8%, en T2 el 58.1%, en T3a el 45.5%, en T3b el 46.2% en T4a el 66.7% y en T4b 66.7%.

En alto nivel de gravedad medido en AVAC, el T1a presenta el 35%, el T1b 25.7%, el T2 25.8%, el T3a 27.3%, el T3b 34.6%, el T4a 33.3% y no hay casos en T4b.

A pesar del impacto que marca el tamaño tumoral en los pacientes de cáncer de tiroides, su significancia estadística es baja, es decir podrían ser coincidentes, aunque no correlacionadas, su valor $p=0.85$ es alto y su nivel correlacional es de 0.118.

Tabla 47. Resumen de relación entre tamaño tumoral y AVAC

	AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)	Total
--	---	-------

		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
TUMOR NO INVASIVO (T1a-T1b-T2-T3a-T3b)	Recuento	130	278	80	488
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	26,6%	57,0%	16,4%	100,0%
TUMOR INVASIVO (T4a-T4b)	Recuento	3	8	1	12
	% dentro de TAMAÑO DEL TUMOR	25,0%	66,7%	8,3%	100,0%
		Valor	Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia	0,729	0,000			
Chi cuadrado	18.466				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla 44 se observa un resumen que agrupa los tamaños tumorales en invasivos y no invasivos, determinando que en los niveles de alta gravedad de la enfermedad medidos en años perdidos por el paciente el impacto es más alto en quienes presentan tumores de tipo no invasivo con el 26.6%, frente a los que presentan tumores invasivos con el 25%; en el rango de moderada gravedad de la enfermedad los datos indican que es mayor el impacto en quienes presentan tumores invasivos con 66.7% frente a los que registran tumores no invasivos con 57%, y en cuanto al bajo nivel de la enfermedad, el impacto es ligeramente superior en los tumores no invasivos con el 16.4% mientras que quienes presentan tumores invasivos alcanzan 8.3%.

Tabla 48. Relación entre metástasis ganglionar y AVAC

	AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
	Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Recuento	5	65	23	93

METÁSTASIS GANGLIONAR	No presenta metástasis	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	5,4%	69,9%	24,7%	100,0%
	En compartimiento central	Recuento	93	178	49	320
		% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	29,1%	55,6%	15,3%	100,0%
En compartimiento lateral	Recuento	35	43	9	87	
	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	40,2%	49,4%	10,3%	100,0%	
Total	Recuento	133	286	81	500	
	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%	
		Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia		0,247				
Chi cuadrado		32.406	0,000			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La metástasis ganglionar es una variable totalmente significativa respecto a la gravedad de la enfermedad medida en AVAC, su valor $p=0.000$ es perfecto y su nivel de correlación es alto (0.247).

Siguiendo con la tendencia de los valores de las anteriores mediciones el impacto en la calidad de vida medido en años perdidos por la enfermedad o AVAC, es moderado, demostrando un nivel más alto de impacto el de compartimiento central con el 55.6% de los casos frente al de compartimiento lateral con 49.4%; en alto nivel de impacto o gravedad la metástasis en comportamiento lateral es superior con 40.2% frente al 29.1% de la metástasis de compartimiento central.

Es importante mencionar que existe un 69.9% de casos que tienen problemas moderados en su nivel de calidad de vida medidos en AVAC pero que no han registrado metástasis ganglionar.

Tabla 49. Resumen de relación entre presencia de metástasis ganglionar y AVAC

AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)	Total
---	-------

		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
No presenta metástasis	Recuento	5	65	23	93
	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	5,4%	69,9%	24,7%	100,0%
Presenta metástasis	Recuento	128	221	58	407
	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	31,4%	54,3%	14,3%	100,0%
		Valor	Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia		0,729			
Chi cuadrado		19.456	0,000		

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla 46 se aprecia un resumen que divide a la población entre quienes presentaron metástasis ganglionar y quienes no, en la que se aprecia que quienes presentaron metástasis ganglionar tuvieron un impacto mayor en su calidad de vida medida en AVAC de alta gravedad alcanzando el 31.4% de su total, en relación con el 5.4% de quienes no la presentaron; en cuanto a problemas de moderada intensidad en AVAC quienes no presentaron metástasis registraron 69.9% de casos en relación a 54.3% de quienes si presentaron metástasis ganglionar, y finalmente los problemas leves medidos en AVAC fueron mayores fueron más frecuentes en quienes no presentaron metástasis ganglionar con 24.7% frente a quienes si presentaron con 14.3%.

Tabla 50. Resumen de relación entre metástasis ganglionar central y lateral y A VAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Metástasis en compartimiento central	Recuento	93	178	49	320
	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	29,1%	55,6%	15,3%	100,0%

Metástasis en compartimiento lateral	Recuento	35	43	9	87
	% dentro de METÁSTASIS GANGLIONAR	40,2%	49,4%	10,3%	100,0%
		Valor	Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia		0,222	0,000		
Chi cuadrado		25.950			

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla 47 se hace una comparación entre los tipos de metástasis ganglionar, de compartimiento central y lateral y el impacto medido en AVAC, se puede observar que el mayor impacto en calidad de vida medido en AVAC se presenta en quienes tienen metástasis en compartimiento lateral con un 40.2% frente a quienes tienen metástasis en compartimiento central con el 29.1%; sin embargo, en cuanto a la clasificación de gravedad moderada el impacto es mayor en metástasis en compartimiento central con 55.6% frente a metástasis en compartimiento lateral con 49.4%, y la misma disposición se mantiene en los problemas de intensidad baja medida en AVAC con 15.3% en compartimiento central y 10.3% en compartimiento lateral.

Tabla 51. Relación entre metástasis a distancia y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total	
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)		
METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES	Si	Recuento	10	35	8	53
		% dentro de METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES	18,9%	66,0%	15,1%	100,0%
	No	Recuento	123	251	73	447
		% dentro de METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES	27,5%	56,2%	16,3%	100,0%
	Total	Recuento	133	286	81	500

	% dentro de METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES	26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
	Valor	Significación aproximada			
Coefficiente de contingencia	0,096	0,100			
Chi cuadrado	40613				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La metástasis distancia confirma el patrón de impacto del cáncer de tiroides en la calidad de vida medida en años perdidos por la enfermedad o AVAC, que determina un impacto moderado, considerando que el 56.2% de los pacientes que la tuvieron fueron considerados en este nivel en tanto que el 27.5% de este grupo considera su enfermedad como grave y el 16.3% bajo nivel de gravedad.

El valor $p=0.335$ indica que los datos tienen un comportamiento común, aunque sus resultados no son significativos, y el grado de correlación entre las variables es bajo pues alcanza únicamente el 0.066.

Tabla 52. Relación entre vaciamiento ganglionar y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada a gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Sin vaciamiento ganglionar	Recuento	6	66	23	95
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	6,3%	69,5%	24,2%	100,0%
	% del total	1,2%	13,2%	4,6%	19,0%
Central	Recuento	92	178	49	319
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	28,8%	55,8%	15,4%	100,0%
	% del total	18,4%	35,6%	9,8%	63,8%
Lateral	Recuento	35	42	9	86
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	40,7%	48,8%	10,5%	100,0%
	% del total	7,0%	8,4%	1,8%	17,2%
Total	Recuento	133	286	81	500

		% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	26,6%	57,2%	16,2%	100,0 %
	% del total		26,6%	57,2%	16,2%	100,0%
	Valor	Significación aproximada				
Coefficiente de contingencia	0,242					
Chi cuadrado	31.033	0,000				

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Otra variable con una significancia estadística perfecta es el vaciamiento ganglionar, su valor $p=0.000$ y su nivel de correlación de 0.242 determinan que la relación entre las dos variables no depende del azar, y los valores vuelven a demostrar un impacto moderado de la enfermedad en la calidad de vida media en años perdidos, siendo superior el impacto en el caso de vaciamiento central con 55.8% frente al vaciamiento lateral con 48.8%; y en cuanto a la consideración de gravedad alta de la enfermedad el vaciamiento lateral alcanza el 40.7% en tanto que el de tipo central solo llega al 28.8%.

Tabla 53. Resumen de relación entre vaciamiento ganglionar y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Sin vaciamiento ganglionar	Recuento	6	66	23	95
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	6,3%	69,5%	24,2%	100,0%
Con vaciamiento ganglionar	Recuento	127	220	58	405
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	31,4%	54,3%	14,3%	100,0%
	Valor		Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia		0,990			
Chi cuadrado		16.424	0,002		

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

En la tabla 48, que presenta el resumen de análisis entre quienes tuvieron vaciamiento ganglionar y quienes no, observándose un impacto mayor en quienes tuvieron

vaciamiento ganglionar pero en la categoría de alto nivel de gravedad de la enfermedad, con porcentaje de 31.4% frente a 6.3%, respectivamente; en las categorías de moderada y baja, el porcentaje mayor fue en quienes no tuvieron vaciamiento ganglionar con 69.5% y 24.2%, respectivamente, frente a quienes si se sometieron a dicho vaciamiento con 54.3% y 14.3%, respectivamente.

Tabla 54. Resumen de relación entre tipos de vaciamiento y AVAC

		AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC)			Total
		Alto nivel de gravedad de la enfermedad (más de 5 AVAC)	Moderada gravedad de la enfermedad (1 a 5 AVAC)	Bajo nivel de gravedad de la enfermedad (Menos de 1 AVAC)	
Vaciamiento ganglionar central	Recuento	92	178	49	319
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	28,8%	55,8%	15,4%	100,0%
Vaciamiento ganglionar lateral	Recuento	35	42	9	86
	% dentro de VACIAMIENTO GANGLIONAR	40,7%	48,8%	10,5%	100,0%
		Valor	Significación aproximada		
Coefficiente de contingencia		0,624			
Chi cuadrado		18.466	0,001		

Fuente: Encuesta a pacientes

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

La tabla 49 resume la medición de AVAC en los tipos de vaciamiento ganglionar, determinando que el mayor impacto, considerado como alto nivel de gravedad en años perdidos se presenta en el vaciamiento ganglionar lateral con el 40.7% frente a 28.8% que registra el vaciamiento de tipo central; por el contrario, en cuanto al impacto moderado, el vaciamiento ganglionar central es superior con 55.8% frente al lateral con 48.8%, y similar comportamiento se registra en el bajo nivel de gravedad con 15.4% en vaciamiento central frente a 10.5% en vaciamiento lateral.

5. DISCUSION

El cáncer de tiroides es una patología que ha experimentado un crecimiento significativo a nivel mundial hasta convertirse en un problema de salud pública, pese a su buen

pronóstico, alta supervivencia y una baja repercusión en la calidad de vida, Lee et al., (2022a) .

Comparativamente, en la investigación desarrollada en la ciudad de Quito, Ecuador, por Baquero, (2020) se evalúa la calidad de vida de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides sometidos a tiroidectomía mediante el cuestionario UW-QOL en su versión 4, complementado con una entrevista que contenía variables sociodemográficas como edad, sexo, género y estado civil. Se trata de un estudio con 10 pacientes y enfoque metodológico mixto (cuali-cuantitativo). En sus resultados resalta que la distribución por sexo tiene mayoría femenina con el 80%, en tanto los resultados de esta investigación sitúan un 95.2% de mujeres en la muestra, es necesario considerar que la diferencia poblacional de la investigación citada respecto a la presente es muy amplia, lo que puede desembocar en un sesgo de apreciación por muestra limitada o pequeña.

La investigación mencionada concluye que no existe relación de las variables sociodemográficas incluidas con la afectación de la calidad de vida, lo que coincide parcialmente con las variables sociodemográficas incluidas en nuestra investigación, en la que se pudo evidenciar que, mediante el coeficiente de contingencia, el sexo, la edad, la etnia, el nivel de estudios y la ocupación de los pacientes no presentan relación significativa y su correlación es muy baja.

En cuanto a la calidad de vida medida en la escala UWQOL v4.1, se puede evidenciar que en la mayoría de parámetros que considera el cuestionario aplicado por Baquero, (2020) los valores encontrados se ubican entre 100 y 75 como puntaje promedio, lo que representa que no mencionan problemas en su calidad de vida, y únicamente el ámbito de recreación obtuvo un puntaje ligeramente inferior. Acorde a nuestros resultados, los puntajes medidos con la escala EQ-5D son: 59% no presenta problemas en su calidad de vida, 32.4% presenta problemas leves y 8.6% problemas moderados.

De los cinco ámbitos medidos en nuestra investigación, mediante el EQ-5D, el que registra el impacto más fuerte en la calidad de vida es el que se relaciona con ansiedad y/o depresión en el paciente, esto coincide de cierta manera con los resultados publicados por Baquero, (2020) que manifiesta que los aspectos emocionales fueron peor puntuados en comparación con los físicos.

Finalmente, la autopercepción del paciente respecto a su estado de salud en el trabajo presentado por Baquero, (2020) fue resultado de una pregunta abierta a la que el 60% de los pacientes respondió que es buena, por lo que el 40% restante considera tener algún tipo de problema; mientras que nosotros empleamos el termómetro milimetrado según el cual el 92% considera no tener problemas de salud, 5.8% problemas leves y 2.2% problemas moderados. Su conclusión respecto a la hipótesis planteada es que su población presenta una condición de salud muy buena y buena, difiriendo de otros estudios considerados, como el de Vega et al., (2015) quien manifiesta que en su mayoría, los pacientes incluidos en dicho estudio reportaron que su estado de salud fue igual o mejor después del diagnóstico y tratamiento del cáncer de tiroides.

Lee et al., (2022a) realiza un estudio en Corea en el que se realizó una comparación entre pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides y pacientes sanos midiendo su calidad de vida mediante el EQ-5D, sin encontrar correlación positiva y significativa entre variables, caracterizando su población en un 76.4% de mujeres, si encontrar relación entre variables sociodemográficas. En los ámbitos del cuestionario, sus valores son mayores a los encontrados por nuestra investigación: en movilidad, el estudio citado alcanza, el 97% sin problemas y 9% con problemas leves, en nuestra investigación alcanzan el 87% y el 13%, respectivamente.

Todas las demás categorías analizadas del EQ-5D tienen valores resultantes mayores a los extraídos en nuestro trabajo, sin embargo, es necesario considerar que de acuerdo al nivel de vida y otros factores con los que se calcula cada ítem del perfil individual, los niveles de evaluación para Corea son superiores a los del Ecuador.

Es importante mencionar que en el estudio de Lee et al., (2022a). la categoría de actividades diarias es la única en la que los autores mencionan encontrar problemas severos, aunque con un porcentaje sumamente bajo (8%). Según nuestros datos, este valor no se registra, pues el porcentaje encontrado es para problemas moderados (13.8%).

(Lee et al., 2022a) únicamente se limitan a registrar la calidad de vida comparativa entre pacientes con cáncer de tiroides y sin cáncer de tiroides, y no detalla otras variables como tamaño tumoral, estadio, metástasis ganglionar, metástasis a distancia y vaciamiento ganglionar, aspectos que si se enfocan en nuestra investigación.

Otro estudio referenciado sobre calidad de vida y cáncer de tiroides utilizando la escala EQ-5D, ha sido desarrollado por McIntyre et al., (2018), donde se menciona que su población es femenina en su mayoría, con una relación de 6 a 1, sin considerar variables de tipo sociodemográficas ni detalles sobre el cáncer, como los que se incluyen en nuestro estudio.

El punto de comparación en el caso de este artículo es el promedio de estado de salud calculado en el EQ-5D según el cual los autores comparan la calidad de vida del cáncer de tiroides con otros tipos de cáncer y determinan su promedio en 0.776, siendo inferior comparado con el nivel detectado en cáncer de mama, colorrectal y de próstata (0.785, 0.812 y 0.868, respectivamente). El valor encontrado es inferior al de la media general para el Reino Unido que es de 0.86, tomando en cuenta que el propio autor menciona una posibilidad de sesgo de recolección de datos, pues los pacientes no fueron seleccionados al azar.

Tabla 55. Promedio de estado de salud según EQ-5D para tipos de cáncer

Tipo de cáncer	Valor promedio EQ-5D
Tiroideo Ecuador	0.932
Tiroideo México	0,81
Tiroideo en Reino Unido	0.776
Otros tipos de cáncer	
Colorrectal	0.812
Próstata	0.868

Fuente: McIntyre et al., (2018)

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Aun así, el promedio de calidad de vida que se calcula en nuestro trabajo de investigación para la muestra seleccionada de pacientes es de 0.932, que se considera mucho más alto que el determinado en el estudio citado, e incluso más alto que el puntaje promedio de pacientes sin cáncer de ningún tipo en el Reino Unido.

En cuanto al detalle de cada una de las categorías del cuestionario, el artículo mencionado no tiene un detalle que pueda analizarse, lo que presenta en todo caso es el valor de autopercepción en la escala análoga que alcanza un 70.6%, que menciona es inferior al valor estándar poblacional del Reino Unido que es de 82.5%; en el caso de

nuestro estudio el promedio de autopercepción de calidad de salud en la muestra seleccionada es de 97.45%, muy superior a los valores referidos en el artículo.

Un estudio elaborado en Hong-Kong sobre calidad de vida en pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides, pero medido con la escala HRQoL, establece que su muestra tiene una concentración del 80% de mujeres con un promedio de edad de 53 años. Es interesante considerar que su muestra presenta 79,8% de tipo papilar, 10,9% folicular, 9,1% papilar con variante folicular, 0,3% Hurthle; en nuestra población los valores predominan hacia el tipo papilar con 95.6% de los casos, folicular 3%, Hurthle 0.8% y pobremente diferenciado 0.6%. (Chan et al., 2021)

Giusti et al., (2020), distribuye su muestra en 88.26% de tipo papilar, 7.26% folicular, 4.84% de tipo insular y 5.65 de tipo Hurthle; valores inferiores a los encontrados en la muestra investigada, aunque con la misma tendencia. Su muestra consideró un estadiaje de 82,9% estadio I, 11,4% estadio II, 5,7% estadio III; en el presente estudio la distribución en estadios es más uniforme, se encuentran 63.8% en estadio I, 18.8% en estadio II, 4.3% en estadio III y 13.2% en estadio IV. Aclarando que es posible que existan más casos de cáncer diferenciado de tiroides en nuestra muestra debido a que el estudio se realizó en el Hospital de referencia nacional.

Para la medición de calidad de vida, los autores emplearon la escala THY-PRO, en la que se destaca el cansancio como primera manifestación de problemas y el estado emocional del paciente como segunda opción; sin embargo, no se encuentra una diferenciación significativa en el estado de salud en relación a la patología benigna o maligna, y más bien se detectó una mejoría de la calidad de vida luego de 5 años de tratamiento.

Finalmente, una publicación realizada en México por Trejo, (2021), determinó que su población era mayoritariamente femenina alcanzando el 88.6% de los casos, cerca del 95.2% de nuestra muestra; la media de valoración del EQ-5D aplicado fue de 0.810. Son pocos los estudios que determinan la calidad de vida en pacientes sin patologías, dentro de ellos podemos mencionar los valores que McIntry, et al. Como se mencionó anteriormente, con un puntaje en población sana de 0,86, y 1,0 en Corea según Lee y col. La media del valor obtenido en nuestra investigación es más alta que el de la

población sana del reino unido llegando a un puntaje de 0.932, pero menor a la población sana de Corea.

Tabla 56. Comparativa de resultados del valor medio de EQ-5D

	Población sana Reino Unido	Población sana de Corea	CDT Ecuador	CDT México	CDT Reino Unido	Cáncer de mama	Cáncer colorrectal	Cáncer de próstata
Índice EQ-5D	0.86	1	0.932	0,81	0.776	0.785	0.812	0.868

Fuente: McIntyre et al., (2018)

Elaborado por: Ortiz, A. y Lescano, M.

Es importante considerar que su investigación considera problemas en calidad de vida de tipo moderado y severo, no atiende a aquellos considerados leves, aunque en niveles relativamente similares a nuestros datos; en el mismo sentido de las investigaciones antes citadas, la categoría del cuestionario con mayor impacto es la relacionada con la presencia de ansiedad y/o depresión.

Es importante mencionar que en este estudio tampoco se encuentra detallado el tamaño tumoral, la metástasis ganglionar y no ganglionar y el vaciamiento de tipo central o lateral, concluyendo que los pacientes con diagnóstico de cáncer de tiroides presentan una calidad de vida más baja al promedio esperado, siendo principalmente problemáticas las afecciones psicológicas como ansiedad y/o depresión.

Otro aspecto relevante a tomar en cuenta es que, en la totalidad de estudios, los pacientes incluidos padecían de hipoparatiroidismo, afección que, acorde a todos los autores previamente citados, si afecta la calidad de vida de los pacientes. Dicha patología fue deliberadamente dejada fuera de nuestra investigación para evitar que interfiriera con la percepción de la calidad de vida, por lo que en cierto modo es entendible que sus resultados fueran parcialmente más significativos.

El promedio de los años de vida perdidos en los pacientes diagnosticados con cáncer diferenciado de tiroides en nuestra investigación fue de 3,34 años. Valor obtenido de la resta del promedio de edad de nuestra población (48,99 años) menos del promedio de AVACS (45,65 años).

El promedio obtenido es relativamente bajo comparado con datos colombianos de Vries, et al. (2016), en donde el promedio de años de vida perdidos en todos los tipos de cáncer evaluados entre 2012-12 fue de 15 años o más, con excepción del cáncer de próstata y vejiga con 11,3 y 13,7 años promedio perdidos respectivamente, mismos valores que resultan francamente mayores a los obtenidos en nuestro estudio.

Los mismos (De Vries et al., 2016) indican que el promedio de años perdidos en tipos de cáncer ni tiroideos, como el cáncer de próstata, pulmón, colorrectal y de mama en población estadounidense alcanzan 18, 13,8 y 7 respectivamente. Valores significativamente mayores al promedio de 3,34 años encontrado en nuestro estudio.

Considerando la revisión de la literatura realizada, no se encontraron estudios nacionales o internacionales que hayan considerado AVACS en pacientes con cáncer diferenciado de tiroides, por lo cual comparar dichos datos con los de nuestra investigación no fue posible.

6. CONCLUSIONES

El presente estudio reflejó que, pese al pronóstico favorable y baja mortalidad en pacientes con CDT, y acorde a la bibliografía consultada, el promedio de pacientes no tenía problemas o tenían problemas leves. Respecto a los pacientes que acuden a consulta externa de endocrinología del Hospital Eugenio Espejo con diagnóstico de CDT el 32,4% presentaron problemas leves, y un 8,6% problemas moderados.

En relación con las variables sociodemográficas, nuestra población está constituida mayoritariamente por mujeres (95,2%), con una edad promedio de 45,77 años, en casi su totalidad mestiza (97,4%), en su mayoría con estudios primarios y secundarios, y predominantemente ocupada en tareas domésticas.

La estirpe de CDT que predomina es el cáncer papilar con un 95,5% de casos, dato que se corresponde con lo reportado en bibliografía nacional e internacional.

La mayor parte de la población estudiada tanto en menores como en mayores de 55 años se encuentra en estadio I 39,6% y 24,2% respectivamente, con un tamaño tumoral comprendido entre los 1-4 cm, correspondiente a T1b y T2. Los tumores invasores

localmente (T4a y T4b) alcanzan el 2,4% de toda la población estudiada mientras que la invasión a ganglios linfáticos ocurrió en el 81,4% de los casos, lo que concuerda con un porcentaje casi idéntico de pacientes sometidos a vaciamiento ganglionar; mismo que fue mayoritariamente central (63,8%). Las metástasis a distancia, correlacionándose con que la mayor parte de la población se encontró en estadio I, resultaron infrecuentes (10,6%).

Casi en porcentajes equivalentes, los pacientes fueron diagnosticados de manera incidental y no incidental, siendo ligeramente mayor los casos incidentales, demostrando así la tendencia al sobrediagnóstico del CDT.

No se reportaron casos de pacientes que presentaran problemas graves relacionados con la calidad de vida medidos mediante la escala EUROQOL-5D, pero cerca del 40% de la población si presentó problemas leves o moderados.

Si bien existió un mayor porcentaje de pacientes menores a 55 años con estadio II con problemas moderados en su calidad de vida, 38.9%% frente a un porcentaje de 24.7%; no se reportaron problemas moderados en pacientes con estadio II en este mismo grupo de edad, mientras que si existió un bajo 8.6% de pacientes con problemas moderados en estadio I. Lo que implica que, en nuestro estudio, pacientes con un estadio menos avanzado presentaron, aún en bajo porcentaje, un mayor compromiso de la calidad de vida.

Contrariamente, en el grupo de pacientes mayores a 55 años, se registraron porcentajes mayores de problemas leves y moderados, 43.94% y 16,67% respectivamente en estadio IV frente a la agrupación de pacientes en este mismo rango de edad en estadios I a III, con un porcentaje de problemas leves y moderados de 35.32% y 6.88% respectivamente. Tendencia que denota un mayor compromiso en la calidad de vida en pacientes mayores a 55 años, a medida que presentan un estadio más avanzado de la enfermedad, hito que se correlaciona con un aumento significativo en la mortalidad, en estadios avanzados en pacientes con la edad previamente descrita.

La presencia de tumores invasivos (T4a y t4b) presentaron mayor afección en la calidad de vida respecto a tumores más pequeños o sin invasión local.

Así mismo, pacientes con metástasis ganglionares presentaron un mayor porcentaje de problemas leves y moderados que aquellos sin metástasis, y, comparativamente, quienes tenían metástasis ganglionares en compartimento lateral tuvieron un porcentaje más alto de problemas que aquellos con metástasis solo en el compartimento central.

Finalmente, en la misma línea que lo anteriormente descrito, los pacientes sometidos a vaciamiento ganglionar tuvieron un mayor porcentaje de problemas leves y moderados que quienes no fueron sometidos al mismo procedimiento. Y, acorde a nuestros resultados, pacientes sujetos a vaciamiento central tuvieron un menor porcentaje de problemas que los sujetos a vaciamiento lateral.

Tomando en cuenta los AVACS como medición de la gravedad de la enfermedad, el promedio de años perdidos es 3.34 años, el CDT constituye una enfermedad de moderada gravedad.

Siguiendo la misma tendencia, un estadio más avanzado de la enfermedad en pacientes mayores de 55 años, un tumor invasivo (T4a y T4b), la presencia de metástasis ganglionares, sobre todo aquellas localizadas en el compartimento lateral, y el vaciamiento ganglionar, especialmente el vaciamiento lateral, se asociaron a un porcentaje de años perdidos mayor traducido en un mayor porcentaje de alto nivel de gravedad de la enfermedad, que en pacientes sin dichas características.

7. RECOMENDACIONES

1. Al ser un cuestionario autoadministrado, y que requiere la firma de un consentimiento informado, requiere que el paciente entienda por completo la herramienta, por ende, población con menor nivel educativo o incapacidad de realizar o entender el cuestionario no pudo ser evaluada, por lo que se desconoce la calidad de vida de dicha población, por lo que en futuros estudios sería pertinente utilizar herramientas que permitan la inclusión de dicha población.
2. Pacientes con hipoparatiroidismo post operatorio no fueron seleccionados, por lo que, al padecer dicha patología su calidad de vida sí que se vería mayormente influenciada, por lo que dicha patología podría ser incluida en futuras investigaciones.

3. Al tratarse de una investigación realizada en el hospital de referencia nacional, la población investigada podría no reflejar el común en otros centros hospitalarios de menor complejidad. Consideramos pertinente plantear estudios multicéntricos, incrementando el tamaño muestral al involucrar hospitales de segundo nivel.
4. Durante la recolección de datos y tabulación, consideramos pertinente, en futuros estudios aumentar ciertas preguntas a la herramienta aplicada sobre la percepción de consecuencias post quirúrgicas que podrían afectar la calidad de vida, como la satisfacción de la cicatriz residual. Estos datos podrían contribuir a investigaciones venideras a evaluar de mejor manera el impacto en la calidad de vida de pacientes con cáncer diferenciado de tiroides.
5. En la misma línea que la recomendación anterior, en futuras investigaciones sería adecuado ahondar más en la causa de una mayor afección en la calidad de vida de pacientes con metástasis ganglionares laterales y vaciamiento lateral.
6. Pacientes con otras comorbilidades no relacionadas con patología tiroidea podrían ser identificados e incluso separados en grupos distintos para diferenciar si una afección en la calidad de vida esta mediada netamente por el cáncer de tiroides o si la presencia de otras patologías influye también.
7. Resultaría de gran utilidad la realización de un estudio en población global sin patologías para poder conocer la media del EQ-5D en ECUADOR y de este modo comparar con el nivel obtenido, para así caracterizar la afección en la calidad de vida de una mejor manera.
8. A nivel nacional, e inclusive a nivel latinoamericano, la cantidad de estudios de calidad de vida relacionada con cáncer diferenciado de tiroides es pobre, por lo que las comparaciones podrían resultar no adecuadas, al medir dos grupos poblacionales en situaciones económicas y sanitarias drásticamente distintas. Consideramos importante fomentar la realización de más estudios enfocados a calidad de vida, sobre todo en esta patología.
9. Se debería validar en el país otras herramientas utilizadas en la evalúan la calidad de vida en cáncer de tiroides como THYCAQOL, de este modo contribuiría a una mejor apreciación de la calidad de vida de esta patología.
10. En nuestro estudio no se estandarizó el tiempo de evolución de la enfermedad posterior a la tiroidectomía. Condición que podría influir en la percepción de la calidad de vida. Dicha variable podría ser tomada en cuenta en futuras investigaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acuña, M., & Loor, M. (2017). *Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud y su relación con el tiempo de evolución, complicaciones, tipo de tratamiento de la enfermedad de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 atendidos en los centros de salud de Manta y San José de Manta*. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Baquero, S. (2020). *Calidad de vida en pacientes con Cáncer Diferenciado de Tiroides de Bajo y Muy bajo riesgo que fueron sometidos a Tiroidectomía en Quito-Ecuador 2020*. Universidad San Francisco de Quito.
- Bărbuș, E., Peștean, C., Larg, M. I., & Piciu, D. (2017a). Quality of life in thyroid cancer patients: A literature review. *Clujul Medical*, 90(2), 147–153. <https://doi.org/10.15386/cjmed-703>
- Bărbuș, E., Peștean, C., Larg, M. I., & Piciu, D. (2017b). Quality of life in thyroid cancer patients: A literature review. *Clujul Medical*, 90(2), 147–153. <https://doi.org/10.15386/cjmed-703>
- Bilbao González, A. (2016). *Validación y reducción de cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud: aplicación de diferentes metodologías*. 2016, 1–276.
- Borges, A. K. da M., Miranda-Filho, A., Koifman, S., & Koifman, R. J. (2018). Thyroid Cancer Incidences From Selected South America Population-Based Cancer Registries: An Age-Period-Cohort Study. *Journal of Global Oncology*, 4, 1–11. <https://doi.org/10.1200/JGO.17.00024>
- Borráez, B., Díaz, M., & Ramírez, C. (2020). Fundamentos de cirugía general. In *UTP*.
- Caballero, H. (2022). Boletín Epidemiológico. *SOLCA*, 01, 2–5.
- Cangini, G., Rusolo, D., Cappuccilli, M., Donati, G., & La Manna, G. (2019). Evolution of the concept of quality of life in the population in end stage renal disease. A

systematic review of the literature. *Clinica Terapeutica*, 170(4), E301–E320.
<https://doi.org/10.7417/CT.2019.2152>

Cedeño Zavalu, V. M., Mera Chica, J. N., Erazo Cedeño, R. A., & Peñarrieta Mera, S. E. (2020). IgE y calidad de vida en adultos con rinitis alérgica. *Dilemas Contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
<https://doi.org/10.46377/dilemas.v35i1.2279>

Chan, W.-L., Choi, H. C.-W., Lang, B., Wong, K.-P., Yuen, K.-K., Lam, K.-O., Lee, V. H.-F., & Kwong, D. (2021). Health-Related Quality of Life in Asian Differentiated Thyroid Cancer Survivors. *Cancer Control*, 28, 107327482110297.
<https://doi.org/10.1177/10732748211029726>

De Vries, E., Meneses, M. X., & Piñeros, M. (2016). Years of life lost as a measure of cancer burden in Colombia, 1997-2012. *Biomédica*, 36(4), 547.
<https://doi.org/10.7705/biomedica.v36i4.3207>

Díez, J. J. (2021). El cáncer de tiroides: una nueva visión en el diagnóstico y seguimiento del cáncer. *Real Academia de Doctores de España*, 205–243.

Espinosa Acuña, O. A. (2020a). Clasificación de estados de salud y metodologías de valoración de preferencias para el cálculo de AVAC: una revisión de literatura. *Ensayos de Economía*, 30(57), 175–193.
<https://doi.org/10.15446/ede.v30n57.89801>

Espinosa Acuña, O. A. (2020b). Clasificación de estados de salud y metodologías de valoración de preferencias para el cálculo de AVAC: una revisión de literatura. *Ensayos de Economía*, 30(57), 175–193.
<https://doi.org/10.15446/ede.v30n57.89801>

Ferlay, J., Soerjomataram, I., Dikshit, R., Eser, S., Mathers, C., Rebelo, M., Parkin, D. M., Forman, D., & Bray, F. (2015). Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*, 136(5), E359–E386. <https://doi.org/10.1002/ijc.29210>

- Fernández, J., Fernández, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública*, *84*, 169–184.
- Giugliani, R., Fainboim, A., Kim, C. A., Horovitz, D. D. G., Sakata, E. T., Damiano, A. P., Magalhães, T. S. P. C., & Villareal, M. S. (2019). Recommendations for Assessment and Management of Health-Related Quality of Life in Patients with Mucopolysaccharidoses in Latin America. *Journal of Inborn Errors of Metabolism and Screening*, *7*, 1–8. <https://doi.org/10.1590/2326-4594-jiems-2019-0004>
- Giusti, M., Gay, S., Conte, L., Cecoli, F., Mortara, L., Vera, L., & Monti, E. (2020). Evaluation of Quality of Life in Patients with Differentiated Thyroid Cancer by Means of the Thyroid-Specific Patient-Reported Outcome Questionnaire: A 5-Year Longitudinal Study. *European Thyroid Journal*, *9*(5), 247–255. <https://doi.org/10.1159/000501201>
- González Fernández, R., Llapur González, A., & Pérez González, D. (2017). Cirugía conservadora y tiroidectomía total en el cáncer tiroideo bien diferenciado. *Revista Cubana de Cirugía*, *56*(4), 1–11.
- Grajales Toro, S., Álvarez Hernández, K., Cano Uribe, S., Correa Silva, J. P., Lopera Gaviria, D., & Pérez Orozco, D. (2020). Asociación entre calidad de vida relacionada con salud y factores sociodemográficos y antropométricos en una institución de salud de Medellín, Colombia. *Revista Salud Bosque*, *10*(1), 42–51. <https://doi.org/10.18270/rsb.v10i1.2785>
- James, B. C., Aschebrook-Kilfoy, B., White, M. G., Applewhite, M. K., Kaplan, S. P., Angelos, P., Kaplan, E. L., & Grogan, R. H. (2018). Quality of life in thyroid cancer—assessment of physician perceptions. *Journal of Surgical Research*, *226*, 94–99. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2017.11.069>
- Lee, J., Lee, Y.-J., Lim, D.-J., Lee, J.-M., Chang, S.-A., & Kim, M.-H. (2022a). Quality of Life of Survivors of Thyroid Cancer Is Not Inferior to That in Subjects without Cancer: Long-Term after Over 5 Years. *Endocrinology and Metabolism (Seoul, Korea)*, *37*(4), 664–673. <https://doi.org/10.3803/EnM.2022.1499>

- Lee, J., Lee, Y.-J., Lim, D.-J., Lee, J.-M., Chang, S.-A., & Kim, M.-H. (2022b). Quality of Life of Survivors of Thyroid Cancer Is Not Inferior to That in Subjects without Cancer: Long-Term after Over 5 Years. *Endocrinology and Metabolism*, 37(4), 664–673. <https://doi.org/10.3803/EnM.2022.1499>
- Lloyd, R., Osamura, R., Klöppel, G., & Rosai, J. (2017). *World Health Organization Classification of Tumours, 4th Edition* (WHO, Ed.).
- Lluén-Arroyo, R. M. (2019). La no adherencia al tratamiento farmacológico como un factor asociado a la calidad de vida en pacientes con fibromialgia [Universidad César Vallejo]. In *Pacientes Con Disfunción Temporomandibular*. <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cm-q-2020/cm-q-203p.pdf>
- Lopera-Vásquez, J. P. (2020a). Health-related quality of life: Exclusion of subjectivity. *Ciencia e Saude Coletiva*, 25(2), 693–702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- Lopera-Vásquez, J. P. (2020b). Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(2), 693–702. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.16382017>
- McIntyre, C., Jacques, T., Palazzo, F., Farnell, K., & Tolley, N. (2018). Quality of life in differentiated thyroid cancer. *International Journal of Surgery*, 50, 133–136. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2017.12.014>
- Morales Miranda, L., & Gómez Gonzáles, W. (2019). *Artículo Original / Original Article Rev Estomatol Herediana* (Vol. 29, Issue 1).
- Peralta, Y., & González, R. (2014). Calidad de vida relacionada con la salud: desarrollo, conceptos y evaluación en pacientes con arritmias cardíacas. *Actualizaciones En Enfermería*, 17(4), 32–38.
- Ramírez-Coronel, A. A., Malo-Larrea, A., Martínez-Suarez, P. C., Montánchez-Torres, M. L., Torracchi-Carrasco, E., & González-León, F. M. (2020). Origen, evolución e

investigaciones sobre la Calidad de Vida: Revisión Sistemática. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(8), 954–959. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4543649>

Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos sobre calidad de vida. *El Residente*, 120–125.

Rodríguez, H., Bolaños, O., & Pedroso, I. (2020). Utilidad de los cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud. *Investigación Médico Quirúrgica*, 12(3), 1–16.

Rubilar Sepúlveda, M., & Medina Giacomozzi, A. I. (2020). Calidad de vida y frecuencia de actividad física en adultos mayores de agrupaciones comunitarias, comuna Chillán, Chile. *Revista Médica de Risaralda*, 26(2), 130–137. <https://doi.org/10.22517/25395203.22981>

Rubio, B., & Lizán, L. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en estudiantes universitarios. In *Revista Cubana de Medicina Militar*.

Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de Qualidade de Vida: uma revisão da literatura. *Revista Ciência y Cuidado*, 18(3), 86–99. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>

Salazar, J., & Ortiz, E. (2019). Thyroid Cancer in Ecuador, a 16 years population-based analysis (2001-2016). *BMC Cancer*. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5485-8>

Salazar-Estrada, J. G., Torres López, T. M., Colunga-Rodríguez, C., & Ángel-González, M. (2011). *Calidad de vida, salud y trabajo la relación con diabetes mellitus tipo 2*. www.medigraphic.org.mx

Salazar-Vega, J., Ortiz-Prado, E., Solis-Pazmino, P., Gómez-Barreno, L., Simbaña-Rivera, K., Henríquez-Trujillo, A. R., Brito, J. P., Toulkeridis, T., & Coral-Almeida, M. (2019). Thyroid Cancer in Ecuador, a 16 years population-based analysis (2001-2016). *BMC Cancer*, 19(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12885-019-5485-8>

- Sánchez, J., Castro, Z., García, M., Proaño, R., Salazar, D., García, L., & Aída, Aguilar. (2020). Tendencias epidemiológicas del cáncer de tiroides en la zona centro de Ecuador en el periodo 2012- 2016. *Revista Universitaria MEDICIENCIAS*, 4(1), 21–27.
- Trejo, R. (2021). *Calidad de vida asociada la salud en pacientes con diagnóstico de cáncer diferenciado de tiroides*.
- Tsang, H. H. L., Cheung, J. P. Y., Wong, C. K. H., Cheung, P. W. H., Lau, C. S., & Chung, H. Y. (2019). Psychometric validation of the EuroQoL 5-dimension (EQ-5D) questionnaire in patients with spondyloarthritis. *Arthritis Research & Therapy*, 21(1), 41. <https://doi.org/10.1186/s13075-019-1826-x>
- Tsang, H. H. L., Wong, C. K. H., Cheung, P. W. H., Lau, C. S., Chung, H. Y., & Cheung, J. P. Y. (2021). Responsiveness of the EuroQoL 5-Dimension (EQ-5D) questionnaire in patients with spondyloarthritis. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 22(1), 439. <https://doi.org/10.1186/s12891-021-04315-4>
- Van Den Heede, K., Tolley, N. S., Di Marco, A. N., & Palazzo, F. F. (2021). Differentiated thyroid cancer: A health economic review. *Cancers*, 13(9), 1–14. <https://doi.org/10.3390/cancers13092253>
- Vanegas-Rueda, J. (2019). *Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con arritmia ventricular una medición con el ASTA, en dos momentos*. Universidad Nacional de Colombia.
- Vega-Vázquez, M. A., Gonzalez-Rodriguez, L., Santiago-Rodríguez, E. J., Garcés-Domínguez, A., Shum, L.-M., Tírado-Gómez, M., & Ramírez-Vick, M. (2015). Quality of life in patients with differentiated thyroid cancer at the general endocrinology clinics of the University Hospital of Puerto Rico. *Boletín de La Asociación Médica de Puerto Rico*, 107(1), 25–31.

Vera Muthre, E., Lazo Caicedo, C., Cedeño Loor, S., & Bravo Bermeo, C. (2018).
 Actualización sobre el cáncer de tiroides. *Recimundo*, 2, 16–42.
[https://doi.org/10.26820/recimundo/2.\(3\).julio.2018.16-42](https://doi.org/10.26820/recimundo/2.(3).julio.2018.16-42)

ANEXO

Resumen de contrastes de hipótesis

	Hipótesis nula	Prueba	Sig.	Decisión
1	Las medianas de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES son las mismas entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de la mediana para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
2	La distribución de TIPO DE CARCINOMA DIFERENCIADO DE TIROIDES es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
3	Las medianas de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES son las mismas entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de la mediana para muestras independientes	,115	Conserve la hipótesis nula.
4	La distribución de ESTADÍO DEL CÁNCER DIFERENCIADO DE TIROIDES es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,442	Conserve la hipótesis nula.
5	Las medianas de DESENCADENANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES son las mismas entre	Prueba de la mediana para muestras independientes	,294	Conserve la hipótesis nula.

	categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).			
6	La distribución de DESENCADENANTE DEL DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE TIROIDES es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,295	Conserve la hipótesis nula.
7	Las medianas de TAMAÑO DEL TUMOR son las mismas entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de la mediana para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
8	La distribución de TAMAÑO DEL TUMOR es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,001	Rechace la hipótesis nula.
9	Las medianas de METÁSTASIS GANGLIONAR son las mismas entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de la mediana para muestras independientes	,515	Conserve la hipótesis nula.
10	La distribución de METÁSTASIS GANGLIONAR es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,072	Conserve la hipótesis nula.
11	Las medianas de METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES son las mismas entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de la mediana para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.
12	La distribución de METÁSTASIS A DISTANCIA DEL CÁNCER DE TIROIDES es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,000	Rechace la hipótesis nula.

13	Las medianas de VACIAMIENTO GANGLIONAR son las mismas entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de la mediana para muestras independientes	,112	Conserve la hipótesis nula.
14	La distribución de VACIAMIENTO GANGLIONAR es la misma entre categorías de AÑOS DE VIDA AJUSTADOS A CALIDAD (AVAC).	Prueba de Kruskal-Wallis para muestras independientes	,113	Conserve la hipótesis nula.

Se muestran significaciones asintóticas. El nivel de significación es de ,050.

