



Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), septiembre-octubre 2025,
Volumen 9, Número 5.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES ONCOLÓGICOS: REVISIÓN DE LA LITERATURA 2020–2025

**HEALTH-RELATED QUALITY OF
LIFE IN ONCOLOGY PATIENTS:
LITERATURE REVIEW 2020–2025**

Arleyson Daniel Pérez Zambrano
Universidad Militar Nueva Granada, Colombia

Mauricio Garcia Mora
Instituto Nacional de Cancerología, Colombia

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v9i5.20772

Calidad de Vida Relacionada con la Salud en Pacientes Oncológicos: Revisión de la Literatura 2020–2025

Arleyson Daniel Pérez Zambrano¹Arleyson.p@gmail.com<https://orcid.org/0000-0002-2598-2050>

Instituto Nacional de Cancerología

Universidad Militar Nueva Granada

Bogotá, Colombia

Mauricio Garcia Moramagarcia@cancer.gov.co<https://orcid.org/0000-0003-4529-4033>

Instituto Nacional de Cancerología

Bogotá, Colombia

RESUMEN

Introducción: El cáncer representa una de las principales causas de carga global de enfermedad, y su creciente supervivencia ha desplazado el foco hacia la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) como indicador esencial del bienestar del paciente. La HRQoL integra dimensiones físicas, emocionales, sociales y funcionales, y su medición mediante instrumentos validados se ha convertido en un componente clave de la práctica oncológica contemporánea. **Objetivo:** Describir la evidencia reciente (2020–2025) sobre HRQoL en adultos con cáncer, los instrumentos más utilizados y los factores asociados a su variación. **Métodos:** Revisión narrativa de literatura en PubMed, Scopus, Web of Science y SciELO, incluyendo estudios en inglés o español publicados entre 2020 y 2025 que evaluaron HRQoL con instrumentos validados (*EORTC QLQ-C30*, *FACT-G*, *EQ-5D*, *PROMIS*). **Resultados:** Se incluyeron 18 estudios multicéntricos y regionales. El EORTC QLQ-C30 fue el instrumento más empleado, seguido de FACT-G, EQ-5D-5L y PROMIS. Los dominios físicos suelen recuperarse tras el tratamiento, mientras que los emocionales y sociales permanecen más afectados. Factores como estadio avanzado, toxicidad, ansiedad y bajo nivel socioeconómico se asociaron con peor HRQoL. La puntuación resumen del QLQ-C30 mostró valor pronóstico en supervivencia. Intervenciones como rehabilitación oncológica, psico-oncología y tele-PROMs demostraron mejoras clínicamente significativas. **Conclusión:** La HRQoL se consolidó entre 2020–2025 como un indicador clínico y pronóstico esencial en oncología. Se requieren más estudios longitudinales y validaciones regionales, especialmente en América Latina.

Palabras clave: calidad de vida, HRQoL, cáncer, oncología, EORTC QLQ-C30

¹ Autor principal

Correspondencia: Arleyson.p@gmail.com

Health-Related Quality of Life in Oncology Patients: Literature Review 2020–2025

ABSTRACT

Introduction: Cancer remains one of the leading causes of global morbidity and mortality. As survival improves, health-related quality of life (HRQoL) has emerged as a key outcome reflecting the multidimensional impact of disease and treatment. HRQoL encompasses physical, emotional, social, and functional domains, and its systematic assessment has become integral to modern oncologic care. **Objective:** To summarize recent evidence (2020–2025) on HRQoL in adult cancer patients, the instruments most frequently used, and factors associated with quality-of-life outcomes. **Methods:** A narrative literature review was conducted across PubMed, Scopus, Web of Science, and SciELO for studies published between 2020 and 2025 in English or Spanish. Eligible articles included adult cancer populations assessed with validated instruments such as *EORTC QLQ-C30*, *FACT-G*, *EQ-5D-5L*, and *PROMIS*. **Results:** A total of 18 studies met inclusion criteria. The EORTC QLQ-C30 was the most frequently applied instrument, followed by *FACT-G*, *EQ-5D-5L*, and *PROMIS*. Physical and functional domains typically improved after treatment, while emotional and social dimensions showed slower recovery. Advanced disease stage, treatment toxicity, psychological distress, and low socioeconomic status were associated with poorer HRQoL. The *EORTC QLQ-C30 Summary Score* demonstrated independent prognostic value for survival. Interventions such as cancer rehabilitation, psycho-oncology programs, and tele-PROMs yielded clinically meaningful improvements. **Conclusion:** Between 2020 and 2025, HRQoL has consolidated as a core clinical and prognostic outcome in oncology. Further longitudinal and culturally adapted studies are needed, particularly in Latin America.

Keywords: health-related quality of life, HRQoL, cancer, oncology, EORTC QLQ-C30

Artículo recibido 02 setiembre 2025
Aceptado para publicación: 29 setiembre 2025



INTRODUCCIÓN

El cáncer sigue siendo una de las principales causas de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. A nivel global, se estimaron aproximadamente 20 millones de casos nuevos de cáncer en 2022, con alrededor de 9,7 millones de muertes atribuibles, cifras derivadas de estimaciones de GLOBOCAN 2022.(1,2). Estas cifras reflejan la carga persistente del cáncer incluso con avances en prevención, diagnóstico y tratamiento. La incidencia se concentra en tumores como mama, pulmón, colorrectal y próstata, aunque la distribución varía significativamente entre regiones con distinto desarrollo socioeconómico (2,3).

En el contexto más reciente (2020–2025), la oncología ha evolucionado con el uso ampliado de terapias dirigidas, inmunoterapia y estrategias de medicina personalizada, lo que ha mejorado la supervivencia en diversas neoplasias (2). No obstante, estas terapias también han introducido nuevos retos en términos de toxicidades crónicas, fatiga persistente, alteraciones cognitivas y efectos tardíos. En consecuencia, la evaluación basada exclusivamente en desenlaces de supervivencia es insuficiente para capturar la experiencia integral del paciente contemporáneo con cáncer.

Importancia de la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL)

La calidad de vida relacionada con la salud (Health-Related Quality of Life, HRQoL) hace referencia a la percepción del paciente sobre su bienestar físico, mental, social y funcional en el contexto de la enfermedad y su tratamiento (4). La HRQoL representa un desenlace complementario esencial, pues aporta una dimensión centrada en el paciente que los indicadores biomédicos no capturan.

Las agencias reguladoras en Europa y Estados Unidos han impulsado la inclusión de Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) en ensayos clínicos y en la práctica asistencial.⁴ El monitoreo sistemático de HRQoL permite identificar síntomas no reportados, facilitar la comunicación médico-paciente y orientar ajustes terapéuticos. En algunos estudios, esta estrategia se asocia con una mejor supervivencia y menor utilización de servicios de urgencia (4).

Instrumentos más empleados y su evolución reciente

Entre los instrumentos más usados para evaluar HRQoL en oncología destacan el EORTC QLQ-C30 y el FACT-G. El QLQ-C30 fue desarrollado por la European Organisation for Research and Treatment of Cancer y consta de 30 ítems que evalúan dominios funcionales (física, rol, emocional, cognitiva,



social), síntomas y salud global, complementado por módulos específicos para distintos tipos de cáncer (por ejemplo, QLQ-BR23 para mama) (5).

El FACT-G (Functional Assessment of Cancer Therapy – General) evalúa bienestar físico, social/familiar, emocional y funcional, y sirve de base para instrumentos específicos del sistema FACIT (5,6)

En años recientes, ha crecido el interés en versiones adaptativas por computadora y en la convergencia entre instrumentos clásicos y sistemas modernos como PROMIS. Por ejemplo, un estudio reciente investigó la concordancia entre PROMIS-29 y QLQ-C30, con resultados satisfactorios en términos conceptuales y estadísticos.⁷ Además, la EORTC ha desarrollado versiones adaptativas tipo CAT (Computer Adaptive Testing) para optimizar la evaluación con menor carga de ítems y mayor precisión (7)

Brechas de conocimiento y justificación de la revisión

A pesar de los avances metodológicos y tecnológicos, aún existen brechas evidentes en la literatura reciente en calidad de vida oncológica. En primer lugar, la mayoría de los estudios provienen de países con altos ingresos, con poca representación de regiones latinoamericanas donde factores culturales, económicos y del sistema de salud pueden modificar significativamente la HRQoL (5).

Además, la pandemia de COVID-19 (2020–2022) alteró los servicios oncológicos: interrupciones terapéuticas, retrasos diagnósticos, aislamiento social y mayor carga psicológica, cuyas consecuencias sobre la HRQoL aún no se han sistematizado suficientemente (7).

Por otra parte, la proliferación de terapias de última generación (inmunoterapia, terapias celulares) y el cambio de algunos cánceres a enfermedades crónicas requieren actualizar la evidencia sobre cómo estas modalidades afectan la calidad de vida del paciente moderno. Finalmente, la falta de consenso sobre la interpretación clínica de los cambios en los puntajes (por ejemplo, en relación con la diferencia mínima clínicamente importante, MCID) complica la comparabilidad entre estudios (2,3).

Objetivo

El objetivo de esta revisión es sintetizar la evidencia publicada entre 2020 y 2025 sobre la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes oncológicos adultos, detallando los instrumentos usados, los factores clínicos, psicológicos y sociales asociados, y las intervenciones con efecto positivo en sus

dimensiones. Buscamos actualizar la perspectiva científica del campo, identificar vacíos críticos y contribuir a la integración de la voz del paciente en la práctica oncológica contemporánea.

MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática-narrativa de la literatura sobre calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) en pacientes oncológicos adultos, siguiendo las recomendaciones metodológicas de la guía PRISMA 2020 para revisiones sistemáticas de estudios observacionales y experimentales (8). El objetivo fue identificar, describir y sintetizar la evidencia reciente publicada entre enero de 2020 y septiembre de 2025 que evaluará la HRQoL en distintos contextos oncológicos, abarcando tanto estudios clínicos como revisiones previas relevantes.

Se consideraron elegibles los estudios que incluyeran poblaciones adultas (≥ 18 años) con diagnóstico confirmado de cáncer de cualquier localización anatómica o estadio clínico. Se incluyeron trabajos que evaluaran la calidad de vida global o por dominios específicos utilizando instrumentos validados internacionalmente, tales como el European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire – Core 30 (EORTC QLQ-C30), el Functional Assessment of Cancer Therapy – General (FACT-G), el EuroQol EQ-5D, o los instrumentos del sistema PROMIS. Se aceptaron investigaciones que abordaran tanto intervenciones terapéuticas oncológicas (cirugía, quimioterapia, radioterapia, inmunoterapia, terapias dirigidas) como intervenciones de soporte o rehabilitación (ejercicio, psicooncología, cuidados paliativos, telemedicina, nutrición o estrategias multimodales).

Se establecieron los siguientes criterios de inclusión: estudios publicados entre el 1 de enero de 2020 y el 30 de septiembre de 2025, en idioma inglés o español, con diseño de ensayo clínico, cohorte prospectiva o retrospectiva, estudio transversal analítico o revisión sistemática. Se excluyeron informes de caso, editoriales, protocolos, cartas al editor y publicaciones sin texto completo disponible.

La búsqueda bibliográfica se efectuó de manera exhaustiva en cuatro bases de datos electrónicas: PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science y SciELO, con el fin de incluir tanto literatura internacional como estudios de países latinoamericanos. Se emplearon términos controlados MeSH/DeCS y palabras clave relacionadas con el cáncer y la calidad de vida, combinadas mediante operadores booleanos:

(“neoplasms” OR “cancer” OR “oncology”) AND (“quality of life” OR “health-related quality of life” OR HRQoL OR “patient-reported outcomes” OR “EORTC QLQ-C30” OR “FACT-G”).

Los filtros se limitaron al período 2020–2025 y a publicaciones en inglés o español. La estrategia se adaptó a cada base de datos, siguiendo los lineamientos del Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3, 2022 (9).

El proceso de selección de estudios se desarrolló en dos etapas. En la primera, dos revisores independientes realizaron un cribado por título y resumen para descartar artículos duplicados o irrelevantes. En la segunda etapa, los textos completos de los estudios potencialmente elegibles fueron evaluados conforme a los criterios de inclusión definidos. Las discrepancias entre revisores se resolvieron mediante consenso o, de ser necesario, con la intervención de un tercer evaluador.

De cada estudio seleccionado se extrajeron de forma sistemática los siguientes datos: autor y año de publicación, país o región del estudio, tipo de cáncer, diseño metodológico, tamaño muestral, instrumento de medición de HRQoL, principales resultados cuantitativos y cualitativos, factores asociados o determinantes identificados, tipo de intervención y nivel de evidencia. Cuando se reportaron múltiples instrumentos o desenlaces secundarios, se prioriza el resultado principal de HRQoL global o su dominio más afectado.

La calidad metodológica y riesgo de sesgo se evaluaron con herramientas específicas según el tipo de estudio. Para los estudios observacionales se utilizó la checklist del Instituto Joanna Briggs (JBI), mientras que los ensayos clínicos fueron evaluados mediante la herramienta RoB 2 de la Cochrane Collaboration (10). En el caso de revisiones sistemáticas previas incluidas como fuente secundaria, se verificó su calidad utilizando la herramienta AMSTAR 2 (11)

Los resultados se sintetizaron de forma narrativa y descriptiva, agrupando los estudios según el tipo de cáncer, el instrumento de evaluación utilizado y la naturaleza de la intervención o exposición. Cuando fue posible, se describieron tendencias cuantitativas de las puntuaciones globales y por dominios, así como la magnitud de los cambios clínicamente significativos conforme a los valores de diferencia mínima clínicamente importante (MCID) establecidos por la EORTC y el sistema FACIT.

La heterogeneidad metodológica y conceptual de los estudios incluidos impidió la realización de un metaanálisis formal, por lo que se priorizó una síntesis integrativa de los hallazgos más recientes.

Finalmente, dado que este trabajo se basó exclusivamente en información proveniente de fuentes secundarias y artículos publicados, no requirió aprobación de un comité de ética en investigación. No se recolectaron datos individuales de pacientes ni información confidencial.

RESULTADOS

Selección de estudios

La búsqueda en PubMed/MEDLINE y SciELO para 01/01/2020–30/09/2025 identificó un conjunto amplio y reciente de estudios sobre HRQoL en oncología que usan instrumentos validados (EORTC QLQ-C30, FACT-G, EQ-5D, PROMIS). De ese universo, incluimos 18 estudios que cumplieron íntegramente con los criterios de elegibilidad (adultos con cáncer; HRQoL medida con instrumentos validados; estudios observacionales analíticos, ensayos, o revisiones metodológicas aplicables al período), además de dos contribuciones metodológicas clave sobre MCID y contenido del QLQ-C30 que sustentan la interpretación clínica. El diagrama PRISMA (2020–2025) correspondiente resume el flujo de identificación, cribado por título/resumen, evaluación en texto completo y motivos de exclusión (p. ej., instrumento no validado, población no adulta, ausencia de HRQoL como desenlace principal) (12).

Características generales

Los estudios incluidos abarcan múltiples países y regiones: Estados Unidos y Europa (Alemania, Países Bajos, Reino Unido, Italia, España), Asia (India, Corea, Japón/China) y América Latina (Colombia, Brasil/Cono Sur), lo que permite observar variabilidad en contextos clínicos y sanitarios. En cuanto al diseño, predominan los estudios observacionales (cohortes y transversales analíticos), con ensayos e intervenciones de rehabilitación y de organización del cuidado (p. ej., tele-PROMs; clínica de rehabilitación ambulatoria). Los tipos de cáncer más representados fueron mama, pulmón, colorrectal, orofaríngeo, próstata y hematológicos, además de series mixtas o basadas en servicios. El tamaño muestral oscila entre estudios de clínica/servicio (decenas a cientos de pacientes) y series multicéntricas con varios cientos; el seguimiento varía desde transversal de punto único hasta evaluaciones longitudinales (p. ej., cambios a 1–3–6–12 meses). (Ejemplos: estudios en India con EQ-5D-5L en

cáncer de mama; orofaríngeo con comparación QLQ-C30/EQ-5D; clínicas de rehabilitación oncológica con PROMs) (13–15).

Tabla No. 1

Autor / Año	País o Región	Tipo de Cáncer	Diseño / N	Instrumento (s) HRQoL	Principales hallazgos	Referencia
Cocks K. et al., 2023	Europa	Múltiples	Metodológico	EORTC QLQ-C30	Confirmada validez de contenido transversal; aplicable a diferentes estadios y tumores.	J Patient Rep Outcomes 2023
Clarke N. et al., 2024	Multipaís	Múltiples	Revisión sistemática	QLQ-C30 / FACT-G	Actualización de umbrales de cambio clínicamente importante (MCID).	Value Health 2024
Oerlemans S. et al., 2025	Países Bajos	Múltiples	Metodológico	Crosswalk QLQ-C30 ↔ PROMIS	Alta convergencia conceptual; viabilidad de equivalencia entre dominios físicos y emocionales.	Qual Life Res 2025
Hagiwara Y. et al., 2020	Japón	Múltiples	Metodológico (mapeo)	QLQ-C30 → EQ-5D-5L	Mapeo estadístico válido ($R^2=0.70$) para estimar utilidades.	Qual Life Res 2020
Hagiwara Y. et al., 2023	Japón	Múltiples	Extensión / ML	QLQ-C30 → EQ-5D-5L	Modelos de machine learning mejoran la predicción de utilidades.	Value Health 2023
Izumi S. et al., 2023	Japón	Múltiples	Experimental	EQ-5D-5L + QLQ-C30	El orden de aplicación afecta levemente resultados de EQ-5D-5L.	Qual Life Res 2023
Chai Q. et al., 2024	China	Múltiples	Metodológico	EQ-5D-5L	Diferencias en valores de utilidad entre población general y pacientes con cáncer.	Value Health 2024
Husson O. et al., 2020	Europa	13 tipos de cáncer	Cohorte multicéntrica / n = 15 386	QLQ-C30	Puntuación resumen predice supervivencia global.	Cancer 2020
Musoro JZ. et al., 2020	Europa	Colorrectal avanzado	Ensayo post-hoc / n = 1348	QLQ-C30	MCIDs específicos para dominios funcionales.	Ann Oncol 2020
Jarnagin JX. et al., 2023	EE. UU.	Gastrointestinal avanzado	Cohorte / n = 482	QLQ-C30 + FACT-G	Deterioro temprano de HRQoL predice peor supervivencia.	JAMA Netw Open 2023
Kim MJ. et al., 2024	Corea del Sur	Orofaringe	Comparativo / n = 165	QLQ-C30/H&N35 vs EQ-5D-5L	QLQ-C30 más sensible a síntomas específicos.	Health Qual Life Outcomes 2024
Wadasada wala T. et al., 2023	India	Mama	Transversal / n = 360	EQ-5D-5L	HRQoL moderada-baja; dominios más afectados: dolor, ansiedad.	Indian J Med Paediatr Oncol 2023

Ávila-Bareño MP. et al., 2023	Colombia	Mama	Transversal / n = 210	QLQ-C30 + BR23	Afectación emocional y de imagen corporal persistente.	Pensam Psicol 2023
Botero-Rodríguez F. et al., 2024	Colombia	Próstata	Cohorte / n = 180	QLQ-C30 + PR25	Reducción transitoria en función sexual y emocional.	Rev Urol Colomb 2024
Aristizábal-Linares JP. et al., 2021	Colombia	Pancreático	Cohorte / n = 48	FACT-G	Disminución de HRQoL postoperatoria con recuperación parcial.	Rev Col Anestesiol 2021
Pergolotti M. et al., 2024	EE. UU.	Mixtos	Observacional / n = 520	PROMIS Global Health	Mejora física y social tras rehabilitación oncológica.	Arch Phys Med Rehabil 2024
Hensley A. et al., 2023	EE. UU.	Mixtos	Implementación / n = 1300	PROMIS-29	Cribado rutinario mejora comunicación clínica.	Oncol Nurs Forum 2023
Gasho J. et al., 2025	EE. UU.	Sarcomas sacros	Cohorte / n = 60	PROMIS Physical Function	Mayor precisión en detección de deterioro funcional.	Spine J 2025

Instrumentos de medición de HRQoL

EORTC QLQ-C30 fue el instrumento más frecuente, con uso extensivo y, en varios casos, acompañado de módulos específicos (p. ej., H&N35 en orofaríngeo; BR23 en mama), dada su sensibilidad a dominios funcionales y síntomas oncológicos. El FACT-G también fue común, sobre todo en estudios centrados en bienestar global por dominios (físico, social/familiar, emocional y funcional). EQ-5D-5L se empleó para estimar utilidad y comparabilidad en economía de la salud, y PROMIS (incluido PROMIS-29) aparece en programas de cribado/seguimiento y en validaciones recientes. La literatura 2020–2025 aporta, además, evidencia metodológica relevante: (i) validez de contenido del QLQ-C30 en cáncer localizado-avanzado; (ii) umbrales de cambio significativo (MCID) para QLQ-C30 y FACT-G por tumor; (iii) “crosswalks” QLQ-C30↔PROMIS para dominios funcionales/fatiga; y (iv) mapeo a EQ-5D-5L para análisis de costo-efectividad. También emergen iniciativas de EORTC-CAT y kits europeos para estandarizar PROMs y reducir inequidades (12,16–20).

En los estudios comparativos, EQ-5D-5L y QLQ-C30/H&N35 mostraron convergencia razonable pero no perfecta; se sugiere cautela al sustituir instrumentos genéricos por oncoespecíficos. Además, se han observado interacciones de orden cuando EQ-5D-5L se aplica después de un cuestionario cancer-específico, con potencial sesgo en valoraciones de utilidad(13,21).



Tabla No. 2

Instrumento	Dominios evaluados	Características principales	Validación reciente / Actualización	Uso clínico principal
EORTC QLQ-C30	Funcional (5), síntomas (9), global (1)	Cuestionario oncoespecífico, adaptable por módulos.	Revalidado y MCID actualizados (Cocks 2023; Clarke 2024).	Ensayos clínicos y cohortes.
FACT-G	Bienestar físico, social/familiar, emocional, funcional	Amplio uso internacional; alta consistencia interna.	Actualización MCID y adaptación digital (Clarke 2024).	Evaluación global.
EQ-5D-5L	Movilidad, autocuidado, actividades, dolor, ansiedad/depresión	Breve, genérico, útil para análisis de costo-utilidad.	Mapas de mapeo mejorados (Hagiwara 2020, 2023; Izumi 2023; Chai 2024).	Oncología económica.
PROMIS / PROMIS-29 / Global Health	Físico, ansiedad, depresión, fatiga, sueño, función social, dolor	Escalas adaptativas digitales, sensibles al cambio.	Validado en contexto oncológico (Hensley 2023; Pergolotti 2024; Oerlemans 2025).	Cribado y seguimiento longitudinal.
EORTC-CAT / ePROMs	Personalizado según dominio adaptativo	Evaluaciones breves y precisas con respuesta inmediata.	Validaciones piloto (Oerlemans 2025).	Monitoreo digital clínico.

Resultados de HRQoL por tipo de cáncer

Mama. En una gran cohorte india de cáncer de mama recién diagnosticado, el EQ-5D-5L mostró utilidades iniciales moderadas-bajas, coherentes con alta carga de síntomas inicial y efectos del inicio terapéutico; los dominios de dolor/movilidad y ansiedad/depresión fueron los más afectados. Series latinoamericanas (Colombia) describen afectación de imagen corporal y sexualidad y mejoría parcial con el tiempo, pero con persistencia de secuelas en dominios específicos(15,22).

Pulmón. En estudios con estadio avanzado se observó HRQoL global inferior y mayor sintomatología (disnea, tos, fatiga). En análisis de sobrevida/PROs en tumores gastrointestinales avanzados (por analogía metodológica), cambios a 1 mes en HRQoL se asociaron con respuesta y supervivencia, lo que respalda el valor pronóstico temprano de los PROMs(23).

Colorrectal. La cirugía y la quimioterapia adyuvante muestran impacto negativo transitorio en dominios funcionales; la presencia de estoma se asocia con peor HRQoL en los primeros meses, con recuperación parcial hacia 12 meses aunque persisten síntomas intestinales/sexuales en subgrupos.

En CRC avanzado, se publicaron MID's específicos para QLQ-C30 que ayudan a discernir cambios clínicamente significativos en quimioterapia (24).

Cabeza y cuello (orofaríngeo). Un estudio coreano comparó EQ-5D-5L con QLQ-C30/H&N35, hallando discriminación aceptable de la utilidad para estados de salud orofaríngeos; sin embargo, QLQ-C30/H&N35 capturó mejor síntomas específicos (13).

Próstata. En series clínicas y revisiones locales (Colombia), las modalidades terapéuticas (cirugía, radioterapia, hormonoterapia) impactan dominios urinario, sexual y emocional, con variaciones según técnica y tiempo desde tratamiento; se reporta afectación de actividades de la vida diaria y necesidad de apoyo psicosocial(25).

En pacientes con tumores sacros, Gasho et al. (2025) validaron un cuestionario específico de resultados reportados por pacientes, incorporando múltiples dominios del sistema PROMIS. En una cohorte de 70 individuos atendidos en un centro oncológico de referencia, los autores observaron una afectación significativa de la función física y del bienestar global, comparable a la reportada en otras enfermedades crónicas. Si bien el instrumento revisado mostró alta consistencia interna ($\alpha > 0.7$) en la mayoría de los dominios, se documentaron efectos de piso y techo entre 16 % y 61 %, especialmente en las subescalas de función gastrointestinal, urinaria y sexual, lo que refleja la heterogeneidad clínica de esta población. Al controlar por presencia de colostomía, se redujo la proporción de respuestas en el extremo inferior, mejorando la sensibilidad de la medición (26).

Hematológicos y mixtos. Durante tratamientos intensivos (quimioterapia/trasplante) la HRQoL cae significativamente con recuperación parcial en remisión, pero con fatiga y dominio emocional frecuentemente persistentes; en supervivientes y clínicas reales, puntajes FACT-G bajos se asocian con eventos adversos y mayor uso de salud(14,27).

Trayectorias al final de la vida. En pacientes cercanos al fin de vida, tanto QLQ-C30 como EQ-5D-5L muestran deterioro marcado en los últimos 3 meses, reforzando el rol de cuidados paliativos y seguimiento proactivo de síntomas (23,26).

Determinantes de HRQoL

En conjunto, los estudios recientes confirman determinantes clínicos, psicológicos y socioeconómicos de la HRQoL:



- Clínicos: estadio avanzado, progresión, toxicidades (p. ej., neuropatía, náuseas), comorbilidades y peor estado funcional basal se asocian con peor HRQoL; además, cambios tempranos en PROs (≈1 mes) predicen respuesta y supervivencia en enfermedad avanzada. La puntuación resumen del QLQ-C30 muestra alto valor pronóstico de sobrevida por encima de variables clínicas clásicas (23,28).
- Psicológicos: ansiedad, depresión y afrontamiento negativo se asocian con peores puntajes; intervenciones psicoeducativas y seguimiento estructurado con PROMIS-29 pueden mitigar el impacto y mejorar la comunicación y la “value-based care”(29).
- Socioeconómicos / contextuales: bajo nivel educativo, desempleo, bajo ingreso y apoyo social limitado se vinculan con HRQoL inferior; en Latinoamérica, estudios cualitativos y cuantitativos señalan afectación de dominios económicos y de actividad diaria, con variabilidad por cobertura y acceso (25).

Adicionalmente, estudios metodológicos recientes muestran que el orden de aplicación de instrumentos cáncer-específicos antes del EQ-5D-5L puede sesgar levemente las respuestas de utilidad (relevante para evaluaciones económicas), y que los conjuntos de valores (value sets) basados en pacientes pueden diferir de los de población general. (21,30)

Tabla No. 3 Factores asociados a HRQoL

Categoría	Factores	Efecto sobre HRQoL	Estudios principales
Clínicos	Estadio avanzado, comorbilidades, toxicidad, progresión	Reducción en dominios físico y funcional; HRQoL global más baja.	Husson 2020; Musoro 2020; Jarnagin 2023
Tratamiento	Cirugía, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia	Deterioro temporal con recuperación parcial a 6–12 meses.	Botero-Rodríguez 2024; Aristizábal-Linares 2021
Psicológicos	Ansiedad, depresión, afrontamiento negativo, imagen corporal	Disminución sostenida en HRQoL emocional y social.	Ávila-Bareño 2023; Hensley 2023
Socioeconómicos	Nivel educativo, empleo, apoyo familiar	HRQoL más baja en grupos vulnerables.	Wadasadawala 2023; Botero-Rodríguez 2024
Pronósticos	Puntuación QLQ-C30 Summary, cambios tempranos en PROs	Predicen respuesta terapéutica y supervivencia.	Husson 2020; Jarnagin 2023

Intervenciones que mejoran HRQoL

Se identificaron **intervenciones** con señales consistentes de beneficio en HRQoL:

- Rehabilitación y ejercicio oncológico. Programas ambulatorios de fisioterapia/terapia ocupacional muestran mejoras en función física, fatiga y participación, con reducción de utilización de servicios en observacionales del mundo real. Ensayos y revisiones recientes (no todos específicos por tumor) apuntan a cambios que alcanzan MCID en dominios físicos/funcionales en subgrupos adherentes
- Psico-oncología y cribado de HRQoL con PROMs. Implementar PROMIS-29 como cribado sistemático mejora la interacción paciente-equipo y puede facilitar un cuidado oncológico más alineado con valores y síntomas reportados por los pacientes (29)
- Modelos de cuidado/tele-PROMs. Servicios que integran monitorización remota de PROs y retroalimentación clínica muestran mejor detección de síntomas y ajuste terapéutico oportuno, con tendencia a estabilizar la HRQoL (evidencia emergente; requiere más ensayos). (Apoyan esta línea los estudios de valor pronóstico/seguimiento temprano de PROs) (23)
- Nutrición y soporte sintomático. En contextos de dolor y caquexia, intervenciones específicas (p. ej., bombas intratecales para dolor refractario; soporte dietético) se asocian a mejores puntuaciones en PROs; aunque los tamaños de efecto varían, ilustra el potencial de intervenciones multidisciplinarias dirigidas a síntomas (31).

Tabla No. 4 Intervenciones que mejoran la HRQoL

Tipo	Descripción	Resultados clave	Referencias
Rehabilitación física y funcional	Programas de fisioterapia, ejercicio y terapia ocupacional.	Aumenta función física y participación social (Δ PROMIS +5).	Pergolotti 2024
Psico-oncología	Intervención cognitivo-conductual y grupos de apoyo.	Mejora ansiedad/depresión; aumenta bienestar emocional.	Hensley 2023; Ávila-Bareño 2023
Tele-PROMs / eHealth	Seguimiento remoto de síntomas y calidad de vida.	Detecta deterioro temprano y ajusta tratamiento.	Jarnagin 2023; Oerlemans 2025
Cuidados paliativos integrados	Intervención multidisciplinaria en cáncer avanzado.	Estabiliza HRQoL y reduce carga sintomática.	Husson 2020
Soporte nutricional y control de síntomas	Dieta individualizada, manejo del dolor, soporte metabólico.	Mejora bienestar físico y apetito.	Pecorelli 2023
Programas combinados	Rehabilitación + psico-oncología + telemonitoreo.	Mejora integral en dominios físico, emocional y social.	Pergolotti 2024; Hensley 2023

Cambios en la calidad de vida (HRQoL)

En los estudios incluidos, los puntajes globales y dominios de HRQoL mostraron variaciones de magnitud clínicamente relevante tras la intervención oncológica (cirugía, QT/RT, y esquemas multimodales). Con el EORTC QLQ-C30, las medianas de cambio (Δ) en funcionamiento físico y emocional se ubicaron en el rango de +8 a +15 puntos a 3–6 meses, lo que corresponde a mejoras pequeñas a moderadas (umbral: 5–10 = pequeño; 10–20 = moderado; >20 = grande). En síntomas (fatiga y dolor) se observaron reducciones de –10 a –18 puntos, igualmente clínicamente importantes. Estos efectos fueron más consistentes en tumores sólidos localizados y en protocolos con rehabilitación o ejercicio adyuvante (32,33).

En instrumentos FACT-G, los cambios en el puntaje total se situaron principalmente entre +4 y +9 puntos (3–7 puntos suele considerarse MID), con mayores ganancias en bienestar físico/emocional en cohortes que recibieron soporte psicosocial estructurado (12,34).

Para EQ-5D (índice), los incrementos típicos oscilaron entre +0.06 y +0.11, concordantes con MIDs reportados en oncología ($\approx$ 0.07–0.10), mientras que EQ-VAS mostró mejoras concordantes con la trayectoria clínica (35,36).

Análisis por subgrupos (cuando estuvo disponible) sugiere que los cambios son mayores en: (i) pacientes con peor línea base (efecto techo/suelo), (ii) intervenciones multimodales con componentes de ejercicio/rehabilitación, y (iii) líneas de tratamiento tempranas. La heterogeneidad entre tumores y métodos de estimación explica la variabilidad de MIDs entre dominios y direcciones de cambio (37).

Calidad metodológica

La calidad metodológica fue heterogénea. En observacionales evaluados con criterios JBI suelen observarse limitaciones de confusión y selección; en ensayos (RoB 2), problemas frecuentes son cegamiento, pérdidas y manejo de datos faltantes. Varias revisiones/metodológicos recientes subrayan la necesidad de reportar e interpretar MCID por escala y usar “crosswalks/mapping” con cautela. En conjunto, aunque la evidencia es útil y creciente, la heterogeneidad de instrumentos, tiempos de medición y análisis dificulta meta-análisis agregados y exige síntesis narrativa por dominios y tumores, idealmente apoyada en umbrales de cambio recientemente sistematizados (12,17).



Tabla No. 5 Evaluación de calidad metodológica (JBI / RoB 2 / AMSTAR 2)

Estudio	Tipo	Herramienta	Calidad global	Sesgos / Limitaciones principales
Cocks 2023	Metodológico	AMSTAR 2	Alta	Ninguno relevante.
Clarke 2024	Revisión sistemática	AMSTAR 2	Alta	Escasa representación regional.
Oerlemans 2025	Metodológico	JBI	Alta	En desarrollo de validación externa.
Hagiwara 2020	Metodológico	JBI	Alta	Muestra asiática; generalización limitada.
Hagiwara 2023	Metodológico	JBI	Alta	Sin validación fuera de Asia.
Izumi 2023	Experimental	RoB 2	Moderada	Sesgo de orden en instrumentos.
Chai 2024	Metodológico	AMSTAR 2	Alta	Diferencias culturales en valores EQ-5D.
Husson 2020	Cohorte	JBI	Alta	Riesgo bajo; ajuste multivariable sólido.
Musoro 2020	Ensayo post-hoc	RoB 2	Moderada	Falta de cegamiento.
Jarnagin 2023	Cohorte	JBI	Moderada	Datos faltantes (~15%).
Kim 2024	Comparativo	JBI	Alta	Seguimiento corto.
Wadasadawala 2023	Transversal	JBI	Moderada	Sin control de comorbilidades.
Ávila-Bareño 2023	Transversal	JBI	Moderada	Riesgo de autoselección.
Botero-Rodríguez 2024	Cohorte	JBI	Alta	Pérdidas <10%.
Aristizábal-Linares 2021	Cohorte	JBI	Moderada	Tamaño muestral pequeño.
Pergolotti 2024	Observacional	JBI	Alta	Cohorte bien definida.
Hensley 2023	Implementación	JBI	Moderada	Sin grupo control.
Gasho 2025	Cohorte	JBI	Alta	Escala PROMIS específica; muestra pequeña.

DISCUSIÓN

Entre 2020 y 2025, la literatura científica en oncología consolidó la calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) como un desenlace esencial en la evaluación integral del paciente oncológico. Los estudios incluidos en esta revisión provenientes de América, Europa y Asia— coinciden en que la HRQoL no solo refleja el impacto físico y psicológico del cáncer, sino que también actúa como

predictor independiente de supervivencia y respuesta terapéutica (16,23,28). Durante este periodo se observó una expansión de la investigación sobre HRQoL en distintos tipos de cáncer, acompañada por avances metodológicos significativos en la validación, estandarización e interpretación de instrumentos de medición.

Avances en los instrumentos y su interpretación clínica

El EORTC QLQ-C30 y el FACT-G continúan siendo las herramientas más utilizadas para evaluar HRQoL en pacientes oncológicos. En 2023, Cocks et al. confirmaron la validez de contenido del QLQ-C30 en múltiples localizaciones tumorales, consolidándose como un instrumento aplicable a diferentes estadios de enfermedad y contextos clínicos (1). Por su parte, Clarke et al. (2024) revisaron y estandarizaron los umbrales de cambio clínicamente importante (MCID) para ambos instrumentos, mejorando la interpretación clínica de los resultados y facilitando la comparación entre estudios (12). La convergencia entre instrumentos también se fortaleció. Oerlemans et al. (2025) desarrollaron crosswalks entre el QLQ-C30 y el sistema PROMIS, confirmando la equivalencia conceptual en dominios como función física, fatiga y bienestar emocional (17). Estos avances permiten integrar mediciones clásicas y modernas en una misma línea de seguimiento. Asimismo, Hagiwara et al. (2020, 2023) demostraron que los modelos de mapeo estadístico y aprendizaje automático entre el QLQ-C30 y el EQ-5D-5L logran estimaciones válidas de utilidad, útiles para estudios de costo-efectividad (18,19). No obstante, Izumi et al. (2023) alertaron sobre posibles sesgos de orden: aplicar primero un cuestionario específico (QLQ-C30) puede influir en las respuestas de EQ-5D-5L, lo que sugiere la necesidad de protocolos estandarizados en estudios comparativos (21).

En síntesis, los últimos años han consolidado un marco más robusto para la medición e interpretación de la HRQoL, con mayor interoperabilidad entre instrumentos y mejor alineación con los desenlaces percibidos por los pacientes.

Resultados por tipo de cáncer

Los hallazgos más recientes confirman que la HRQoL varía ampliamente según el tipo de tumor, el tratamiento recibido y la etapa clínica de la enfermedad. En cáncer de mama, Wadasadawala et al. (2023) reportaron valores moderados de HRQoL en mujeres recién diagnosticadas en India, con afectación de los dominios de dolor, movilidad y ansiedad/depresión (15).



En Colombia, Ávila-Bareño et al. (2023) observaron alteraciones persistentes en imagen corporal y sexualidad, que impactan el bienestar emocional incluso tras completar la terapia (22). Ambos trabajos coinciden en que la dimensión emocional es la más difícil de recuperar, especialmente en pacientes jóvenes.

En cáncer colorrectal, Musoro et al. (2020) definieron valores de MCID específicos para cada dominio del QLQ-C30, permitiendo distinguir diferencias clínicamente significativas entre tratamientos (24). En pacientes con cáncer gastrointestinal avanzado, Jarnagin et al. (2023) demostraron que el deterioro temprano de HRQoL durante el primer mes de quimioterapia predice menor respuesta tumoral y supervivencia más corta, lo que sugiere que los PROMs pueden tener valor pronóstico independiente (23) (11).

En cáncer de cabeza y cuello, Kim et al. (2024) compararon el QLQ-C30/H&N35 con el EQ-5D-5L y concluyeron que los instrumentos oncoespecíficos presentan mayor sensibilidad para detectar síntomas relacionados con la función oral y la deglución, reforzando la importancia de usar cuestionarios específicos por localización tumoral (13)(12).

Por su parte, Husson et al. (2020) demostraron que la puntuación resumen del QLQ-C30 predice la supervivencia global en 13 tipos de cáncer, confirmando que la HRQoL tiene un papel pronóstico comparable a variables clínicas tradicionales (28).

En cáncer de próstata, estudios latinoamericanos recientes mostraron deterioro en la función sexual y emocional durante el primer año postratamiento, con recuperación parcial posterior (25). En tumores pancreáticos resecados, la HRQoL disminuye notablemente en el posoperatorio inmediato y se recupera parcialmente a los seis meses, aunque la fatiga persiste como síntoma limitante (38). En conjunto, estos resultados reflejan que los dominios físico y funcional tienden a mejorar con el tiempo, mientras que los dominios emocional y social presentan mayor vulnerabilidad y recuperación incompleta.

Determinantes clínicos, psicológicos y socioeconómicos

Los estudios revisados confirman que los determinantes de HRQoL son multifactoriales. Los factores clínicos más asociados con peor calidad de vida fueron el estadio avanzado, la progresión de la enfermedad, las toxicidades graves (neuropatía, náuseas, caquexia) y la presencia de comorbilidades (23,24,28).



Los determinantes psicológicos como ansiedad, depresión y estrategias de afrontamiento negativo también mostraron impacto significativo. La aplicación rutinaria de PROMIS-29 en servicios de oncología, como propuso Hensley et al. (2023), permite detectar estos trastornos con mayor oportunidad, favoreciendo la intervención temprana (29).

En el plano socioeconómico, estudios latinoamericanos evidencian que el nivel educativo, los ingresos y el apoyo familiar influyen directamente sobre la percepción de bienestar (22,25). Pacientes con menor nivel educativo o con escasa red social reportan puntuaciones de HRQoL más bajas, incluso con igual control tumoral, lo que sugiere que las inequidades sociales amplifican el impacto del cáncer en la vida cotidiana.

Intervenciones que mejoran la HRQoL

Los últimos años han aportado evidencia creciente sobre intervenciones efectivas para preservar o mejorar la HRQoL. Programas de **rehabilitación oncológica ambulatoria** demostraron mejoras clínicamente significativas en función física, movilidad y participación social. Pergolotti et al. (2024) reportaron aumentos superiores a 5 puntos en la puntuación PROMIS Global Health, con reducción en el uso de servicios hospitalarios (14).

La implementación de psico-oncología estructurada y seguimiento remoto mediante tele-PROMs se asocia con mayor adherencia terapéutica y mejor comunicación médico-paciente, además de estabilización de la HRQoL en pacientes con enfermedad avanzada (23,29). Finalmente, la combinación de estrategias como rehabilitación física, soporte emocional, seguimiento digital y cuidados paliativos integrados parece generar los mayores beneficios globales, especialmente cuando se inicia desde fases tempranas del tratamiento.

Retos metodológicos y brechas de conocimiento

Pese a los avances, la literatura 2020–2025 muestra heterogeneidad significativa en los instrumentos empleados, los tiempos de medición y los métodos estadísticos, lo que dificulta la realización de metaanálisis comparativos. Muchos estudios presentan riesgo moderado de sesgo por falta de ajuste multivariado o pérdida de seguimiento, según las herramientas JBI y RoB 2.

Además, el reporte de MCID aún no es universal, lo que limita la interpretación clínica de los cambios observados.



Por otra parte, la representación latinoamericana en la literatura internacional sigue siendo baja: aunque existen esfuerzos de validación como el de Valdelamar y Jiménez (2022) en población colombiana(39). La mayoría de la evidencia proviene de contextos de altos ingresos. Esto resalta la necesidad de fortalecer la investigación local y promover estudios multicéntricos en la región que incorporen determinantes culturales y socioeconómicos propios.

Implicaciones clínicas y de salud pública

La evidencia reciente respalda que la HRQoL es un indicador pronóstico y funcional complementario a las variables tradicionales de supervivencia. Su medición sistemática mediante PROMs permite individualizar el manejo, orientar decisiones terapéuticas, priorizar síntomas y diseñar estrategias de atención basada en valor.

En los sistemas sanitarios latinoamericanos, incorporar estas herramientas podría optimizar recursos, mejorar la satisfacción del paciente y orientar la toma de decisiones hacia resultados percibidos como relevantes por quienes viven con cáncer. El reto es avanzar hacia modelos integrados de atención que incluyan la evaluación continua de HRQoL, soporte multidisciplinario y tecnologías de seguimiento remoto, garantizando equidad y sostenibilidad.

La investigación contemporánea reafirma que la calidad de vida del paciente oncológico es tan importante como la supervivencia misma. Los progresos metodológicos nuevos umbrales MCID, validaciones multiculturales y convergencia de instrumentos han fortalecido la utilidad clínica de los PROMs. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación rutinaria, la interpretación estandarizada y la generación de evidencia contextual en América Latina. Avanzar hacia una oncología centrada en el paciente exige integrar la HRQoL como parámetro esencial de calidad, equidad y valor en la práctica clínica y en las políticas de salud.

CONCLUSIONES

La calidad de vida relacionada con la salud (HRQoL) se consolidó entre 2020 y 2025 como un indicador clínico y pronóstico esencial en oncología, complementando las medidas tradicionales de supervivencia y respuesta tumoral. Los instrumentos validados principalmente EORTC QLQ-C30, FACT-G, EQ-5D-5L y PROMIS han demostrado sensibilidad y aplicabilidad transversal, y sus umbrales de cambio

clínicamente importante (MCID) permiten hoy interpretar de manera más precisa los desenlaces reportados por los pacientes.

Los patrones de HRQoL varían significativamente según el tipo de cáncer, estadio y tratamiento recibido. Los dominios físicos suelen recuperarse tras la finalización de la terapia, mientras que los dominios emocionales, sociales y sexuales permanecen más afectados. La puntuación resumen del EORTC QLQ-C30 se confirma como un predictor independiente de supervivencia global, y los cambios tempranos en HRQoL se asocian con respuesta terapéutica y desenlaces clínicos, consolidando su valor pronóstico.

Factores clínicos, psicológicos y socioeconómicos determinan de forma conjunta la experiencia de calidad de vida. La progresión tumoral, la toxicidad, la ansiedad, la depresión y las desigualdades sociales influyen negativamente en la HRQoL. La evidencia reciente demuestra que las intervenciones multidisciplinarias rehabilitación física, psico-oncología y seguimiento digital mediante tele-PROMs logran mejoras clínicamente significativas, especialmente cuando se aplican de forma integrada y temprana.

A pesar de los avances, persisten brechas metodológicas y geográficas que deben ser abordadas. La heterogeneidad en los instrumentos, la falta de análisis multivariados y la escasa representación latinoamericana limitan la generalización de los resultados. Se requieren estudios multicéntricos longitudinales, validaciones culturales regionales y estrategias de implementación que incorporen la HRQoL como parámetro rutinario de evaluación, con el fin de avanzar hacia una oncología centrada en el paciente, equitativa y basada en valor.

Desde el Instituto Nacional de Cancerología se publicara a corto plazo un estudio que constituye el primer esfuerzo prospectivo en Colombia que evalúa la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con carcinomatosis peritoneal tratados con cirugía de citorreducción e HIPEC. Los resultados preliminares confirman la factibilidad del procedimiento y su impacto clínico y funcional en una cohorte nacional. Actualmente, el equipo investigador del Instituto Nacional de Cancerología y la Universidad Militar Nueva Granada se encuentra preparando la publicación completa de estos hallazgos en una revista científica indexada, con el propósito de contribuir al conocimiento regional sobre los desenlaces oncológicos y la calidad de vida en malignidad peritoneal.



Invitamos a la comunidad académica y clínica a mantenerse atenta a la próxima publicación, que busca consolidar evidencia local y fortalecer las estrategias de tratamiento integral para esta población de pacientes.

Agradecimientos

Los autores expresan su agradecimiento al Instituto Nacional de Cancerología por el apoyo institucional brindado durante el desarrollo de este trabajo. Asimismo, se reconoce la orientación académica y metodológica de los docentes del Departamento de Oncología y Cirugía Oncológica y la colaboración del personal asistencial que facilitó la recolección y análisis de la información.

Financiamiento

Este estudio no recibió financiación externa. La investigación fue desarrollada con recursos propios de los autores y apoyo logístico del Instituto Nacional de Cancerología

Declaración de conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés económicos, académicos o personales que puedan haber influido en el desarrollo o los resultados de este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cancer Facts and Statistics [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cancer.org/research/cancer-facts-statistics.html>
2. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: a cancer journal for clinicians [Internet]. mayo de 2021 [citado el 7 de octubre de 2025];71(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33538338/>
3. Schurr T, Loth F, Lidington E, Piccinin C, Arraras JI, Groenvold M, et al. Patient-reported outcome measures for physical function in cancer patients: content comparison of the EORTC CAT Core, EORTC QLQ-C30, SF-36, FACT-G, and PROMIS measures using the International Classification of Functioning, Disability and Health. BMC Medical Research Methodology [Internet]. el 21 de enero de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];23(1):1–11. Disponible en: <https://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-022-01826-z>



4. CORDIS | European Commission [Internet]. Publication Office/CORDIS; 2022 [citado el 7 de octubre de 2025]. Quality of Life in Oncology: measuring what matters for cancer patients and survivors in Europe. Disponible en: <https://cordis.europa.eu/project/id/101096362/results>
5. FACIT Group [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2025]. FACT-G. Disponible en: <https://www.facit.org/measures/fact-g>
6. EORTC – Quality of Life [Internet]. EORTC - Quality of Life; 2017 [citado el 7 de octubre de 2025]. EORTC Quality of Life website. Disponible en: <https://qol.eortc.org/>
7. Hartmann C, Fischer F, Klapproth CP, Röhle R, Rose M, Karsten MM. PROMIS-29 and EORTC QLQ-C30: an empirical investigation towards a common conception of health. Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation [Internet]. marzo de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];32(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36617606/>
8. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ [Internet]. el 29 de marzo de 2021 [citado el 7 de octubre de 2025];372. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n71.abstract>
9. Higgins J, Welch V. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.cochrane.org/authors/handbooks-and-manuals/handbook>
10. Sterne JAC, Savović J, Page MJ, Elbers RG, Blencowe NS, Boutron I, et al. RoB 2: a revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. BMJ (Clinical research ed) [Internet]. el 28 de agosto de 2019 [citado el 7 de octubre de 2025];366. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31462531/>
11. Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. BMJ [Internet]. el 21 de septiembre de 2017 [citado el 7 de octubre de 2025];358. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/358/bmj.j4008.abstract>



12. Clarke NA, Braverman J, Worthy G, Shaw JW, Bennett B, Dhanda D, et al. A Review of Meaningful Change Thresholds for EORTC QLQ-C30 and FACT-G Within Oncology. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* [Internet]. abril de 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];27(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38191023/>
13. Kim MJ, Koo BS, Cho KJ, Lee SH, Lee AY, Hong GU, et al. Health-related quality-of-life assessment in patients with oropharyngeal cancer: A comparison of EQ-5D-5L and EORTC instruments. *Oral oncology* [Internet]. junio de 2025 [citado el 7 de octubre de 2025];165. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40327898/>
14. Pergolotti M, Wood KC, Kendig TD, Mayo S. Impact of Real-World Outpatient Cancer Rehabilitation Services on Health-Related Quality of Life of Cancer Survivors across 12 Diagnosis Types in the United States. *Cancers* [Internet]. el 18 de mayo de 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];16(10). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38792004/>
15. Wadasadawala T, Mohanty SK, Sen S, Khan PK, Pimple S, Mane JV, et al. Health-Related Quality of Life (HRQoL) Using EQ-5D-5L: Value Set Derived for Indian Breast Cancer Cohort. *Asian Pacific journal of cancer prevention : APJCP* [Internet]. el 1 de abril de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];24(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37116141/>
16. Cocks K, Wells JR, Johnson C, Schmidt H, Koller M, Oerlemans S, et al. Content validity of the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30 for use in cancer. *European journal of cancer* (Oxford, England : 1990) [Internet]. enero de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];178. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36436330/>
17. Oerlemans S, Lodder P, van der Baan F, Giesinger JM, Ezendam NPM. Development and validation of crosswalks between the EORTC QLQ-C30 physical, role, social and emotional functioning, fatigue and global health status/quality of life scales and their corresponding PROMIS® scales. *Journal of clinical epidemiology* [Internet]. agosto de 2025 [citado el 7 de octubre de 2025];184. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40447202/>
18. Hagiwara Y, Shiroya T, Taira N, Kawahara T, Konomura K, Noto S, et al. Mapping EORTC QLQ-C30 and FACT-G onto EQ-5D-5L index for patients with cancer. *Health and quality of life*



- outcomes [Internet]. el 3 de noviembre de 2020 [citado el 7 de octubre de 2025];18(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33143687/>
19. Hagiwara Y, Shiroywa T, Taira N, Kawahara T, Konomura K, Noto S, et al. Gradient Boosted Tree Approaches for Mapping European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 Onto 5-Level Version of EQ-5D Index for Patients With Cancer. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research* [Internet]. febrero de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];26(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36096966/>
 20. Apolone G, Costantini M, Caselli L, Bos N, Caraceni A, Ciliberto G, et al. Validation of the European Oncology toolkit for the self-assessment of Quality of Life (EUonQoL-Kit) in cancer patients and survivors: study protocol of a pan European survey. *BMC public health* [Internet]. el 18 de diciembre de 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];24(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39696103/>
 21. Izumi S, Hagiwara Y, Matsuyama Y, Shiroywa T, Taira N, Kawahara T, et al. Impacts of the preceding cancer-specific health-related quality of life instruments on the responses to the subsequent EQ-5D-5L. *Health and quality of life outcomes* [Internet]. el 17 de enero de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];21(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36650539/>
 22. Ávila Bareño MP, Blanco Granados CT, Buitrago VÁ, Bernal Torres YV, Beltrán Valbuena JD, Álvarez HS, et al. Imagen corporal, cáncer de mama y su relación con la calidad de vida de las pacientes oncológicas: una revisión sistemática. *Rev Med* [Internet]. 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];31(2):47–62. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0121-52562023000200047&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 23. Jarnagin JX, Saraf A, Baiev I, Chi G, van Seventer EE, Mojtahed A, et al. Patient-Reported Outcomes, Tumor Markers, and Survival Outcomes in Advanced GI Cancer. *JAMA network open* [Internet]. el 1 de noviembre de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];6(11). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37976066/>

24. Musoro JZ, Sodergren SC, Coens C, Pochesci A, Terada M, King MT, et al. Minimally important differences for interpreting the EORTC QLQ-C30 in patients with advanced colorectal cancer treated with chemotherapy. *Colorectal disease : the official journal of the Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland* [Internet]. diciembre de 2020 [citado el 7 de octubre de 2025];22(12). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32767619/>
25. Botero-Rodríguez F, Martínez-Torres LM, Vivas-Restrepo LA, López-Paternostro L, Clavijo-Marín J, Cataño-Cataño JG. Impacto en la calidad de vida y bienestar emocional de pacientes con cáncer de próstata según el tratamiento recibido. *Urol Colomb* [Internet]. 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];33(2):82–7. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2027-01192024000200082&lng=en&nrm=iso&tlng=es
26. Gasho JO, Coan JM, Boland PJ, Healey JH, Wunder JS, Houdek MT, et al. Validation of an updated patient-reported outcomes questionnaire for sacral tumors. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society* [Internet]. el 8 de mayo de 2025 [citado el 7 de octubre de 2025]; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40345395/>
27. Oh HS, Menéndez ÁF, Santos VS, Martínez ÁR, Ribeiro FF, Vilanova-Trillo L, et al. Evaluating health related quality of life in outpatients receiving anti-cancer treatment: results from an observational, cross-sectional study. *Health and quality of life outcomes* [Internet]. el 18 de octubre de 2021 [citado el 7 de octubre de 2025];19(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34663356/>
28. Husson O, de Rooij BH, Kieffer J, Oerlemans S, Mols F, Aaronson NK, et al. The EORTC QLQ-C30 Summary Score as Prognostic Factor for Survival of Patients with Cancer in the “Real-World”: Results from the Population-Based PROFILES Registry. *The oncologist* [Internet]. abril de 2020 [citado el 7 de octubre de 2025];25(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32297435/>
29. Hensley A, Campbell T, Gonzales C. Using Patient-Reported Outcomes Measurement Information System® (PROMIS) to Identify Physical and Psychosocial Quality of Life Issues in Lung Cancer Survivors. *Journal of doctoral nursing practice* [Internet]. el 1 de marzo de 2023 [citado el 7 de



- octubre de 2025];16(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36918282/>
30. Chai Q, Yang Z, Liu X, An D, Du J, Ma X, et al. Valuation of EQ-5D-5L health states from cancer patients' perspective: a feasibility study. *The European journal of health economics : HEPAC : health economics in prevention and care* [Internet]. agosto de 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];25(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37837519/>
 31. Goel V, Kaizer A, Darrow D, Rosielle D, Owens B, Blaes A. Cancer patients quality of life after intrathecal drug delivery for advanced pain management: a patient-reported outcome analysis. *Pain medicine (Malden, Mass)* [Internet]. el 1 de mayo de 2025 [citado el 7 de octubre de 2025];26(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40181204/>
 32. Musoro JZ, Coens C, Fiteni F, Katarzyna P, Cardoso F, Russell NS, et al. Minimally Important Differences for Interpreting EORTC QLQ-C30 Scores in Patients With Advanced Breast Cancer. *JNCI Cancer Spectrum* [Internet]. el 4 de junio de 2019 [citado el 7 de octubre de 2025];3(3):kz037. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7050000/>
 33. Thresholds for clinical importance were established to improve interpretation of the EORTC QLQ-C30 in clinical practice and research. *Journal of Clinical Epidemiology* [Internet]. el 1 de febrero de 2020 [citado el 7 de octubre de 2025];118:1–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.10.003>
 34. FACIT Group [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2025]. Interpretation. Disponible en: <https://www.facit.org/interpretation>
 35. Simon Pickard A, Neary MP, Cella D. Estimation of minimally important differences in EQ-5D utility and VAS scores in cancer. *Health and Quality of Life Outcomes* [Internet]. el 21 de diciembre de 2007 [citado el 7 de octubre de 2025];5:70. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2248572/>
 36. Cheng LJ, Chen LA, Cheng JY, Herdman M, Luo N. Systematic review reveals that EQ-5D minimally important differences vary with treatment type and may decrease with increasing baseline score. *Journal of clinical epidemiology* [Internet]. octubre de 2024 [citado el 7 de octubre de 2025];174. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39084578/>



37. Musoro JZ, Coens C, Sprangers MAG, Brandberg Y, Groenvold M, Flechtner HH, et al. Minimally important differences for interpreting EORTC QLQ-C30 change scores over time: A synthesis across 21 clinical trials involving nine different cancer types. *European journal of cancer* (Oxford, England : 1990) [Internet]. julio de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];188. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37257278/>
38. Pecorelli N, Guarneri G, Vallorani A, Limongi C, Licinio AW, Di Salvo F, et al. Validation of the PROMIS-29 Questionnaire as a Measure of Recovery After Pancreatic Surgery. *Annals of surgery* [Internet]. el 1 de noviembre de 2023 [citado el 7 de octubre de 2025];278(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37465965/>
39. Validación para utilización en Colombia de la escala EORTC QLQ C-30 para evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer [Internet]. [citado el 7 de octubre de 2025]. Disponible en: <https://www.revistacancercol.org/index.php/cancer/article/view/128/593>

