



TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Proyecto de Investigación: Utilización de
PREMs y PROMs como indicadores de
calidad asistencial en el paciente
oncológico.**

Alumno (Apellidos, nombre): **Alonso Saiz, Lucía**

Tutor (Apellidos, nombre): **García Morant, Alejandro**

Co-tutor (Apellidos, nombre): **Orozco Beltrán, Domingo**

Máster Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2025-2026

ÍNDICE

RESUMEN	3
ABSTRACT	4
INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES	5
HIPÓTESIS Y OBJETIVOS	10
APLICABILIDAD Y UTILIDAD	11
DISEÑO Y MÉTODOS	14
TIPO DE DISEÑO Y ESTUDIO.....	14
POBLACIÓN DE ESTUDIO	14
VARIABLES	16
MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	16
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS	17
ESTRATEGIA Y DESCRIPCIÓN DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA	18
CALENDARIO PREVISTO	19
LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS	20
PROBLEMAS ÉTICOS	21
CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN	22
PRESUPUESTO ECONÓMICO	23
CONCLUSIONES.....	24
BIBLIOGRAFÍA.....	25
ANEXOS.....	27
ANEXO I. CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30.....	27
ANEXO II. CUESTIONARIO EORTC IN-PATSAT32	29

RESUMEN

La atención en oncología está avanzando hacia la mejora de la calidad de vida, implementando un enfoque centrado en el paciente. El objetivo que persigue este estudio es evaluar la calidad asistencial de paciente oncológico mediante la utilización de resultados reportados por el paciente (PROMs) y de medidas de experiencia informadas por el paciente (PREMs) como indicadores de calidad. Se diseñó un estudio observacional descriptivo de tipo transversal en un Hospital de Día Oncológico en el cual la población de estudio estará compuesta por pacientes adultos diagnosticados con cáncer que se encuentran en tratamiento activo elegidos mediante un muestreo no probabilístico consecutivo durante dos meses. La recogida de datos se realizará a través de un formulario que incluye variables sociodemográficas y clínicas y dos cuestionarios validados: EORTC QLQ-C30 para medir los resultados en salud, y EORTC IN-PATSAT32 para la experiencia del paciente. El análisis estadístico comprenderá estadística descriptiva, comparaciones grupales a través de pruebas paramétricas y análisis de correlación. Este estudio proporcionará una visión integral de la calidad asistencial desde el punto de vista del paciente con cáncer, detectando áreas de mejoras y apoyando el desarrollo de estrategias basadas en la atención centrada en el paciente y en modelos de gestión basados en el valor.

Palabras clave: “cáncer”, “medidas reportadas por el paciente” y “calidad asistencial”.

ABSTRACT

Oncology care is moving towards improving quality of life by adopting a patient-centred approach. The aim of this study is to assess the quality of care for cancer patients using patient-reported outcomes (PROMs) and patient-reported experience measures (PREMs) as quality indicators. A descriptive, cross-sectional observational study was designed to be conducted in an oncology day hospital; the study population will consist of adult patients diagnosed with cancer who are currently undergoing active treatment, selected via consecutive non-probabilistic sampling over a two-month period. Data collection will be carried out using a form that includes sociodemographic and clinical variables and two validated questionnaires: the EORTC QLQ-C30 to measure health outcomes, and the EORTC IN-PATSAT32 for patient experience. Statistical analysis will include descriptive statistics, group comparisons using parametric tests, and correlation analysis. This study will provide a comprehensive overview of the quality of care from the perspective of cancer patients, identifying areas for improvement and supporting the development of strategies based on patient-centred care and value-based management models.

Keywords: “cancer”, “patient-reported measures” and “quality of care”.

INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

Actualmente, a nivel mundial y nacional la enfermedad que mayor impacto tiene es el cáncer, siendo una de las principales causas de morbi-mortalidad.

Según el Informe Anual publicado por la Sociedad Española de Oncología Médica (SEOM), en el 2022 aproximadamente 18,7 millones de casos fueron diagnosticados y se produjeron unos 9,7 millones de muertes por cáncer en todo el mundo, siendo los más frecuentes por orden, el cáncer de pulmón, mama, colon y recto y próstata [1].

Los pacientes con cáncer frecuentemente necesitan acceder a diversos servicios agudos y de apoyo, y requieren unos cuidados adaptados a cada uno debido a la diversidad del cáncer. Por esto mismo, ofrecer tratamientos multidisciplinarios de manera fluida es esencial para asegurar una experiencia individualizada óptima en la atención del cáncer y una calidad de atención mejor [2,3].

Durante mucho tiempo, la investigación en cáncer se ha enfocado en resultados de supervivencia tales como la supervivencia libre de progresión y la supervivencia general. Sin embargo, estudios recientes y recomendaciones internacionales destacan que la atención en oncología está evolucionando hacia el aumento de calidad de vida y adoptando un enfoque que pone al paciente en el centro. Ambos temas están cobrando cada vez más relevancia tanto en la ciencia como en la práctica clínica [3,4].

ATENCION CENTRADA EN LA PERSONA

El Instituto de Medicina de Estados Unidos (IOM) describe el enfoque centrado en el paciente como “brindar atención que respete y responda a las preferencias, necesidades y valores de cada paciente, asegurando que estos valores sean la base de todas las decisiones clínicas”.

Este enfoque destacó la crucial importancia de tratar al paciente como un ser humano con sus necesidades completas y de reconocer el contexto social en el que se enfrenta a su enfermedad.

Estudios posteriores argumentaron que poner énfasis en la atención médica centrada el paciente mejora aspectos clave como la calidad de vida, la gestión

de la salud, la experiencia del paciente y la satisfacción con los servicios de salud. Además, se ha demostrado que a su vez este tipo de atención disminuye la necesidad de atención especializada, el estrés y las hospitalizaciones [2].

Además de la información objetiva que ofrecen las investigaciones clínicas, la atención sanitaria enfocada en el paciente y en el valor siempre se ha fundamentado en el análisis de las opiniones de los pacientes sobre su salud y sus vivencias personales, involucrar a los pacientes y comunicarse con ellos es muy importante en los sistemas de atención. Prestar atención a las opiniones de los pacientes es crucial para entender mejor los aspectos que influyen en su experiencia con el servicio, los cuales suelen relacionarse con la calidad clínica [3,5].

Ya en 2014, Richard Schliskey en la Sociedad Americana de Oncología Clínica mencionó que la involucración del paciente en su salud representa la cuarta revolución de la medicina personalizada del cáncer, junto con el análisis de big data y la genómica [3].

La información proporcionada por el paciente ha sido evaluada de manera tradicional a través de la recolección de datos sobre cuán satisfechos están con la calidad y el tipo de atención médica que han recibido, o bien con el sistema de salud en general [5]. La implementación de herramientas estandarizadas puede potenciar la evaluación de las preferencias de los pacientes en los entornos clínicos, permitiendo una atención más individualizada, especialmente en el área de oncología. De hecho, su incorporación en la atención diaria puede resultar en una detección más temprana de los problemas que son más relevantes para los pacientes, mejorando al final su satisfacción y garantizando que las decisiones tomadas correspondan a los verdaderos valores de los pacientes.

La inclusión de PROMs y PREMs promueve un enfoque que se centra en el paciente en el tratamiento del cáncer, alineando los objetivos del tratamiento con las preferencias y valores personales [4].

MEDICINA BASADA EN EL VALOR

En la última década se ha promovido intensamente el uso de las medidas reportadas por el paciente (PRM) como una forma de medir y potenciar la calidad de la atención médica, que están transformándose en una herramienta de uso extendido en los países desarrollados.

Los PRM son cualquier reporte sobre el estado de salud de un paciente, sus hábitos de salud o su experiencia con la asistencia sanitaria que proviene de manera directa del propio paciente, sin la intervención de cualquier otra persona en su respuesta [6].

La atención sanitaria basada en el valor propuso la utilización de la información proporcionada por los pacientes con el fin de enriquecer los datos existentes en los registros médicos y la información administrativa de salud, ofreciendo así una visión sobre las percepciones de los pacientes en relación con la satisfacción, los resultados y la experiencia que ellos mismos informan [5].

Estas medidas proporcionan una información valiosa y representan una ocasión para supervisar la calidad del servicio, la eficacia del profesional y el impacto de las políticas sanitarias tanto en el ámbito individual como organizativo [7].

Especialmente en el ámbito de la oncología, al ser un entorno volátil, heterogéneo y ambiguo, los especialistas de la salud tienen la capacidad de monitorear con facilidad los resultados comunicados por los pacientes y determinar la eficacia de las medidas de salud, tanto en términos individuales como de población. Diversas investigaciones han indicado que su aplicación favorece la calidad de vida y mejora la supervivencia, prolonga el tiempo de tolerabilidad del tratamiento contra el cáncer, identifica las recurrencias y disminuye tanto las hospitalizaciones como las visitas a urgencias [3,6].

Por un lado, los PROM brindan información sobre síntomas relacionados con la salud, funciones físicas y calidad de vida, mientras que los PREM permiten observar cómo se proporciona, percibe y experimenta la atención [7].

Podemos clasificar los PROM y PREM en dos categorías principales: genéricos y específicos. Los genéricos abarcan a todo tipo de pacientes, sin tener en

cuenta su diagnóstico, tratamiento o localización de la enfermedad, e incluso aspectos más amplios como la salud emocional, física y mental. Sin embargo, los específicos se centran en pacientes con un único diagnóstico, tratamiento o síntomas, con problemas particulares de un sitio o una fase de la enfermedad determinada [3].

Los PREM y los PROM son interdependientes y reflejan una visión integral sobre el proceso de atención médica y la repercusión de los servicios recibidos, constituyen elementos fundamentales ya que su utilización conjunta fomenta una transición de la atención centrada en la enfermedad hacia un modelo de medicina basada en el valor [3,7].

MEDIDAS DE RESULTADOS REPORTADOS POR LOS PACIENTES

Los resultados reportados por los pacientes (PROM) ofrecen datos acerca de las manifestaciones clínicas, el funcionamiento y el bienestar de los individuos atendidos, evaluando los resultados de una manera más estandarizada.

Se ha comprobado que los PROM facilitan la comunicación entre los pacientes y los profesionales de la salud, optimizan el control de los síntomas y promueven la colaboración en la toma de decisiones. Además, pueden tratar aspectos de la atención que a menudo se pasan por alto, como la espiritualidad y el bienestar emocional [7].

Asimismo, los PROM permiten evaluar el verdadero impacto de la enfermedad, particularmente en casos de cáncer en etapa terminal, y aporta información concreta que muestra las ventajas y los costes reales de la atención brindada a los pacientes [3].

EXPERIENCIA REPORTADA POR EL PACIENTE

Las medidas de experiencia reportadas por el paciente (PREM) son una forma de recolectar las percepciones de los pacientes respecto a aspectos específicos de la atención médica que reciben [2].

Se tratan de herramientas de autoinforme que se emplean para evaluar los servicios brindados por el proveedor de atención médica desde la perspectiva del paciente. Son medidas que se emplean para explicar las vivencias

personales de los pacientes en distintas situaciones, con el fin de mostrar las tendencias y las estructuras de los sistemas de salud a lo largo del tiempo [2,3].

Los PREM analizan cómo perciben los pacientes su atención, abarcando desde los aspectos organizativos (como la información que brindan los profesionales de la salud y el entorno clínico), las emociones (por ejemplo, el manejo del dolor) y los elementos prácticos del proceso de atención (tiempo de espera y accesibilidad al servicio) [6].

RELACIÓN CON LA CALIDAD

Hasta hace poco tiempo, las definiciones sobre la calidad de la atención médica no se enfocaban frecuentemente en los resultados de los pacientes o en su experiencia con la atención recibida. Esto ha sido reconocido recientemente y se ha propuesto el enfoque en el paciente como un indicador fundamental de la calidad en la provisión de servicios salud [2].

Los PRM son empleados en 14 países en todo el mundo como indicadores de calidad, y se utilizan más de 100 cuestionarios estandarizados como herramientas en el ámbito oncológico para PROM y PREM [3].

Varios estudios indicaron que el uso de los PRM estuvo relacionado con una mejoría en el manejo de los síntomas, un incremento en el apoyo recibido y una mayor satisfacción del paciente. Por esto mismo, las evaluaciones reportadas por los pacientes son el estándar de oro como indicadores de calidad de la atención y el camino a seguir a en oncología [2,3].

HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS: La utilización de PREMs y PROMs son indicadores adecuados para medir la calidad asistencial en el paciente oncológico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN (PICO): ¿Son útiles los PREMs y PROMs como indicadores de calidad asistencial en el paciente oncológico?

OBJETIVOS:

General: Evaluar la calidad asistencial del paciente oncológico con indicadores de calidad centrados en el paciente.

Específicos:

- Analizar mediante PROMs los resultados en salud percibidos por el paciente oncológico.
- Conocer la experiencia percibida por el paciente oncológico a través de PREMs.
- Considerar la utilidad de los PREMs y PROMs como indicadores de calidad asistencial.

APLICABILIDAD Y UTILIDAD

A pesar de la creciente evidencia acerca de que los PROM y los PREM brindan beneficios a los servicios de atención al cáncer, así como a quienes los proporcionan y los utilizan, la implementación y su evaluación continúan siendo variables y no se llevan a cabo de manera habitual como parte de la atención médica estándar.

Existe cierta controversia en cuanto a la concepción de éxito en la aplicación de resultados comunicados por los pacientes, por eso mismo vamos a examinar las dificultades existentes y las sugerencias más viables para dividir las en tres niveles de acción [9].

NIVEL MICROGESTIÓN

En el contexto del paciente, los PRM se revelan primordialmente como instrumentos valiosos para la detección y el seguimiento, lo que facilita la colaboración en la toma de decisiones al fortalecerse la interacción entre el profesional de la salud y el paciente.

Desde el momento del diagnóstico, pueden emplearse para ofrecer una visión integral de los síntomas que presenta el paciente, y a lo largo del tratamiento permiten informar a los profesionales sanitarios sobre la evolución de la enfermedad y las vivencias de los pacientes. Esta situación posibilita supervisar la eficacia del tratamiento y fomenta un ambiente de comunicación más abierto entre los integrantes del equipo y los pacientes, elevando de este modo la supervivencia, la calidad de vida y la tolerabilidad del tratamiento.

En lo que respecta a los sobrevivientes, los PRM se implementan para desarrollar un seguimiento personalizado, promover la autogestión y dar prioridad a aquellos pacientes que requieren consultas o ingresos hospitalarios [3].

Por último, se categorizan los obstáculos que enfrentan los pacientes en la dificultad que implica reportar los PRM, la falta de aceptación y de accesibilidad. Los desafíos a nivel clínico son la insuficiente logística y tecnología, que se

centran en las interrupciones en el flujo de trabajo, las restricciones de tiempo y recursos y la incertidumbre sobre la forma de incorporar los datos en la atención.

NIVEL MESOGESTIÓN

A nivel de proveedores, las medidas reportadas por pacientes ofrecen análisis y organización para gestionar y optimizar los servicios de atención médica a través de la autorreflexión. Los PRM genéricos son empleados para realizar comparativas entre instituciones de atención hospitalaria y contribuyen a evaluar sus iniciativas de desempeño y remuneración. La evaluación de la información PROM y PREM puede resaltar las oportunidades de optimización en la atención al paciente y la calidad general de los servicios de salud, contribuyendo a la distribución de recursos y al crecimiento de las prestaciones [3,9].

Las entidades encargadas de formular políticas son cada vez más conscientes del valor que representan los PRM en tendencias futuras dentro de los sistemas de salud, tales como la atención personalizada, la eficiencia de sistema de salud, la toma de decisiones compartida y la mejora de la calidad [3].

El gasto, la ausencia de valores y objetivos comunes, la ambigüedad respecto a la manera de medir el efecto de los PRM en la calidad junto con la inquietud legal y reguladora son las principales barreras en este nivel.

NIVEL MACROGESTIÓN

En el ámbito de las políticas, los PRM son favorables para desarrollar nuevos estudios sobre intervenciones y normas para el tratamiento oncológico. Representan un sistema de recolección de datos eficiente que ofrece evidencia fundamental acerca del efecto de una nueva terapia para los pacientes, apoyando de este modo los objetivos de la política sanitaria regional y nacional [3].

Por último, los impedimentos que se encuentran son la carencia de experiencia interna, la competencia técnica y la ausencia de un enfoque uniforme.

RECOMENDACIONES

Se han reconocido proyectos en 14 países, los cuales abarcan los diversos PROM y PREM mencionados. El Sistema Nacional de Salud del Reino Unido, conocido como NHS, se destaca como uno de los pioneros en establecer una recopilación obligatoria de Indicadores de Calidad vinculados a PRM para los informes anuales a nivel nacional [6].

La difusión de los PRM cuenta con un considerable respaldo en múltiples países, aunque persisten significativos desafíos por abordar descritos anteriormente. Para favorecer el avance de los PRM, resulta esencial establecer un marco metodológico que propicie la creación de indicadores de calidad validados vinculados a los PRM y asegure su correcta aplicación. De esta forma, se pueden elaborar varias recomendaciones: [3,6]

- Los cuestionarios deben ser validados tanto desde el ámbito clínico como científico, ser pertinentes para la patología y población, y deben tener como objetivo la mejora de la calidad en el área de oncología.
- Las medidas elegidas deben ser coherentes en su contenido, metodológicamente fiables y de fácil comprensión. El método para la recopilación de datos debe emplearse sin interrumpir el flujo de trabajo.
- Incluir a los profesionales desde el inicio al establecer y expresar claramente los objetivos de la recolección de datos. La comprensión, la colaboración y el compromiso de los médicos son condiciones esenciales para la implementación de PRM.
- Asegurarse de que la obtención de PRM no incremente la carga laboral de los médicos y ofrezca resultados que sean de fácil interpretación para los médicos.
- Es fundamental que tanto los pacientes como los cuidadores reciban formación, puesto que se espera que interpreten sus resultados y vivencias en la atención a través de puntuaciones consideradas como respuestas.
- Establecer un conjunto metodológico de encuestas validadas o un sistema de consenso de reconocimiento mundial para la utilización de PRM comunes que sean específicos.

La implementación ética y la revisión constante de la efectividad, relevancia e influencia de los PROM y PREM son fundamentales para optimizar sus ventajas en el ámbito de la oncología, al mismo tiempo que se reducen los peligros implicados [9].

DISEÑO Y MÉTODOS

TIPO DE DISEÑO Y ESTUDIO

Este proyecto sigue un modelo de estudio de investigación que se diseña como un estudio cuantitativo, con un enfoque observacional descriptivo y de tipo transversal.

Se trata de una estructura observacional, dado que no se va a ejecutar ninguna intervención, limitándose únicamente a la recopilación de datos, y el enfoque descriptivo nos permite conocer la percepción del paciente sobre la calidad asistencial recibida a través de indicadores reportados por ellos mismos. Por último, la investigación adopta un carácter transversal, ya que la recopilación de la información se llevará a cabo en un único momento, sin realizar un seguimiento posterior del paciente.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

DESCRIPCIÓN DE LA MUESTRA

La población objeto de análisis estará formada por pacientes adultos diagnosticados con cáncer que se encuentran en tratamiento activo. Se incorporarán pacientes que reciban tratamientos oncológicos sistémicos (quimioterapia, inmunoterapia o terapias dirigidas), sin tener en cuenta el tipo de tumor o estadio clínico.

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Los criterios de inclusión al estudio son: individuos con un diagnóstico confirmado de cáncer, estar recibiendo algún tratamiento oncológico sistémico y consentir de manera voluntaria participar en el estudio firmando el consentimiento informado.

Sin embargo, los criterios de exclusión a tener en cuenta son: ser menor de edad, no tener capacidad para entender el español y poseer algún compromiso clínico,

cognitivo o emocional que limite la capacidad de responder de manera adecuada los cuestionarios.

MÉTODO DE MUESTREO

Se utilizará un muestreo no probabilístico en forma consecutiva, abarcando a todos los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión establecidos anteriormente y visiten el hospital de día de oncología durante el período establecido para la recolección de datos. Esta técnica es apropiada por la facilidad de acceso a la población y porque supone una muestra representativa de la práctica clínica habitual.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA

Para estimar el tamaño de la muestra se utiliza la población accesible real, teniendo en cuenta la duración estimada de recogida de datos de 2 meses, una actividad clínica a la semana de 5 días y un flujo aproximado de 21 pacientes por día.

$$N = (8 \text{ semanas} \times 5 \text{ días por semana}) \times 21 \text{ pacientes por día} = 840 \text{ pacientes}$$

A continuación, se emplea la fórmula correspondiente para determinar el tamaño muestral en poblaciones finitas considerando un nivel de confianza del 95%, una precisión del 5% y la máxima variabilidad en la población ($p=0,5$), lo que resultó en un tamaño mínimo de muestra de 264 pacientes.

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p(1 - p)}{e^2(N - 1) + Z^2 \times p(1 - p)} = \frac{840 \times 1,96^2 \times 0,5(1 - 0,5)}{0,05^2(840 - 1) + 1,96^2 \times 0,5(1 - 0,5)} = 264 \text{ pacientes}$$

También se consideran las potenciales pérdidas o encuestas no completadas, por lo que se decide aumentar el tamaño de la muestra en un 15%, fijando un tamaño final de alrededor 304 pacientes.

$$264 \times 1,15 = 303,6 \text{ pacientes}$$

PROCEDENCIA DE LOS SUJETOS

Los sujetos participantes procederán del Hospital de Día de Oncología Médica del Hospital Universitario de Burgos (HUBU), que se trata de un hospital de nivel

IV de referencia provincial, el cual brinda atención a pacientes tanto del entorno urbano como del rural.

VARIABLES

En este estudio contamos con dos variables dependientes, la experiencia del paciente (PREMs) que será medida a través del cuestionario EORTC IN-PATSAT32, y los resultados en salud (PROMs) que se utilizará el cuestionario EORTC QLQ-C30 para su medición. Ambas variables son cuantitativas continuas.

Por otro lado, tenemos una serie de variables independientes, la edad que es de tipo cuantitativa continua, el sexo y el tipo de tumor se tratan de variables cualitativas nominales, y una última variable cualitativa ordinal que es el estadio clínico. Las dos primeras, la edad y el sexo, son variables sociodemográficas mientras que el tipo de tumor y el estadio clínico se tratan de variables clínicas.

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

La recolección de información se efectuará a través de un formulario que consta de tres partes, en la primera parte se recogerán los datos de las variables sociodemográficas y clínicas, en la segunda se administra el cuestionario EORTC QLQ-C30 y finalmente se cumplimentará el cuestionario EORTC IN-PATSAT32. La cumplimentación de los cuestionarios será autoadministrada y se estima que el tiempo total requerido es de 15 minutos.

El EORTC QLQ-C30 (Anexo I) constituye un instrumento que consta de 30 ítems distribuidos en 15 áreas: 5 escalas funcionales, 3 escalas de síntomas, 6 ítems individuales y una subescala referida a la calidad de vida y el bienestar general. La evaluación se realiza utilizando una escala de tipo Likert de 4 puntos exceptuando la subescala que se evalúa mediante una escala de 7 puntos [10].

El EORTC IN-PATSAT32 (Anexo II) es una herramienta de 32 elementos divididos en 11 áreas: 8 escalas que abarcan las competencias y destrezas del personal, la accesibilidad y tiempos de espera; y 3 ítems específicos sobre comunicación, comodidad y satisfacción general. Cada elemento se evalúa con una escala Likert de 5 alternativas (de deficiente a excelente) [10].

Ambos cuestionarios son herramientas estandarizadas y reconocidas a nivel internacional para evaluar los resultados en salud y la experiencia de atención en pacientes con cáncer. Las puntuaciones de los dos se convertirán a un rango de 0 a 100 de acuerdo con las directrices establecidas en el manual EORTC.

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS

Antes de empezar a analizar las variables, se procederá a la codificación y verificación de toda la información almacenada. Se utilizará el software avanzado IBM SPSS Statistics para realizar el análisis estadístico, estableciendo un nivel de significación estadística con un valor de $p < 0,05$.

El análisis descriptivo de las variables se realizará a través de medias y desviaciones estándares si las variables son cuantitativas, en el caso de que sean variables cualitativas se aplicarán porcentajes y frecuencias.

Para contrastar la normalidad de las variables se usará una de las pruebas más extendidas, el test de Kolmogorov-Smirnov. Bien es cierto que siguiendo el teorema central del límite y dado que se espera una muestra lo bastante grande (tamaño muestral superior a 30 sujetos), podrán ser tratadas como aproximaciones a distribuciones normales las variables obtenidas, siempre que no se presenten desviaciones significativas, lo que permitirá la aplicación de pruebas paramétricas [11].

Bajo la suposición de normalidad, las comparaciones entre dos variables cualitativas se llevarán a cabo mediante la *t* de Student y cuando sea entre variables cualitativas y cuantitativas se utilizará ANOVA. Se hará uso de la correlación de Pearson para analizar la relación entre ambas variables percibidas, la calidad de vida relacionada con la salud y la experiencia asistencial.

A su vez, se implementará un modelo de regresión simple para poder evaluar la capacidad de predicción que tiene la experiencia percibida por el paciente sobre la calidad de vida que reporta.

ESTRATEGIA Y DESCRIPCIÓN DE BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

FUENTES DE DATOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en tres bases de datos: Scopus, Web of Science (WOS) y PubMed, durante los meses de enero y febrero del año 2026. Para llevar a cabo la búsqueda se utilizaron los términos “cáncer”, “medición de resultados informados por el paciente”, “medición de experiencia informada por el paciente” y “calidad asistencial”, todos ellos son considerados como descriptores y están incluidos en el tesaurus DeCS/MeSH; a su vez estos también constituyen las palabras clave del estudio. Además de los descriptores se aplicó el operador booleano AND en el motor de búsqueda.

Considerando la metodología PICO, la relación entre la estrategia de búsqueda y la pregunta de investigación que fundamenta este trabajo es la siguiente:

Tabla 1. Adaptación búsqueda bibliográfica a la metodología PICO. Fuente: elaboración propia.

Población Population	AND	Intervención Intervention	AND	Comparación Comparasion	AND	ResultadOs Outcomes
Paciente oncológico		Utilización de PROMs y PREMs		No aplicable		Calidad total

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Se definieron los criterios de selección con el propósito de elegir los artículos más relevantes para el trabajo:

- Estudios que incluyan todos los elementos de la pregunta PICO.
- Publicaciones que ofrezcan acceso gratuito al texto completo.
- Año de publicación: transcurridos los últimos 5 años.
- Idioma: español e inglés.

En contraste, de desestimaron todos los artículos cuyo sujeto de estudio no fuese población adulta, junto a los que no estuviesen relacionados con la oncología y aquellos que incluyesen medidas reportadas electrónicamente por el paciente.

BÚSQUEDA DE LA EVIDENCIA

El método empleado en la elección de los artículos pretende seguir las recomendaciones establecidas en la declaración PRISMA. Inicialmente se hizo una recopilación de todos los artículos encontrados, se excluyeron los artículos duplicados y después se hizo un cribado revisando los títulos, analizando los resúmenes y haciendo una lectura crítica del texto completo hasta finalmente seleccionar los estudios que se incluyen.

CALENDARIO PREVISTO

El presente estudio se llevará a cabo en una duración total de cinco meses, desde enero hasta mayo de 2026. Este periodo se considera adecuado para la realización de un estudio observacional descriptivo transversal, la planificación del estudio se ha elaborado en varias fases que se corresponden a cada mes.

Primera fase: preparación y estructuración del estudio → ENERO

Se realizan todas las acciones y requisitos previos para el proyecto pueda dar comienzo. Se planifica la logística necesaria en el hospital de día de oncología y se forma y coordina al personal involucrado. También se elaboran la hoja informativa para el paciente y el consentimiento informado, se crea el libro de recogida de datos y se hace una revisión final del protocolo a seguir en la investigación.

Segunda fase: reclutamiento de pacientes y recogida de datos → FEBRERO

De forma secuencial se van seleccionando los pacientes que cumplen con los criterios de participación. A cada uno se le informa acerca del estudio, se obtiene el consentimiento informado y se le entrega presencialmente tanto el cuestionario de PREMs (EORTC IN-PATSAT32), como el de PROMs (EORTC QLQ-C30). Después se registran todos los datos de forma anónima.

Tercera fase: control de la calidad de la información → MARZO

Mientras que se continua con la captación de pacientes, se supervisa la correcta cumplimentación de los cuestionarios, se solucionan problemas que surjan durante el proceso y se revisan los datos recogidos.

Cuarta fase: análisis estadísticos de los datos → ABRIL

Se finaliza la recogida de datos, se elimina la información incompleta y se revisan detalladamente todos los datos para concluir analizando estadísticamente todas las variables.

Quinta fase: evaluación de los resultados → MAYO

Por último, se analizan los hallazgos encontrados, se transforman en gráficos y tablas y se redacta toda la información.

LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

Este estudio presenta posibles fuentes de sesgos y limitaciones en su metodología que es necesario tener en cuenta al analizar los resultados. En primer lugar, la investigación emplea un muestreo no probabilístico continuo, esto tiene la posibilidad de introducir un sesgo de selección dado que la muestra puede no ser representativa de la población. Además, la población incluida en el estudio puede presentar una alta variabilidad clínica ya que los pacientes pueden encontrarse en distintos estadios de la enfermedad y tener diferentes tipos de tumor [12].

También podemos referirnos a un sesgo de información al obtener los datos del estudio a través de cuestionarios autoadministrados que pueden estar influenciados por el estado emocional del individuo al completarlos. Es más, la presencia del investigador mientras que se rellenan los cuestionarios puede inducir a un sesgo de deseabilidad social, en el cual el paciente manifiesta un servicio más favorable al encontrarse en un entorno asistencial [12].

Al mismo tiempo, la utilización de medidas reportadas por el paciente en la atención habitual del cáncer se encuentra en debate, lo que implica resolver diversas dificultades en su implementación y la definición de sus objetivos. Las

barreras más comunes incluyen la escasez de información relacionada con los beneficios, la carga de tiempo y recursos, la alfabetización y la falta de apoyo tecnológico, sumado a una necesidad de un flujo de trabajo sólido que permita integrar los PROMs y PREMs en la gestión clínica y la falta de personal y costes asociados [6].

Existen desafíos complejos en el ámbito de la implementación, pero también hay que tener consideraciones en el contexto multinivel y multiprofesional de que la orientación cultural hacia la información proporcionada por los pacientes aún se encuentra en sus fases iniciales [5].

Se requieren futuros esfuerzos de investigación para lograr una comprensión adecuada de la integración de los PRM específicos para el cáncer en el flujo de trabajo actual. La investigación que se realice debe evaluar el impacto a largo plazo de los PRM y formular estrategias efectivas para superar estos obstáculos, lo que resulta esencial para optimizar su uso en la atención oncológica habitual [4].

PROBLEMAS ÉTICOS

El trabajo no presenta ningún problema ético y se llevará a cabo de acuerdo con los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki para la investigación con personas. Durante todo el estudio se certificará que se cumplen los siguientes aspectos:

- Participación por voluntad propia.
- Consentimiento informado firmado.
- Derecho a salirse del estudio cuando así se desee.
- Toda la información será de carácter confidencial y anónima.
- Utilización de la información únicamente para fines científicos.

El proyecto será evaluado y aprobado por el Comité de Ética del hospital antes de realizarse y toda la información se manejará siguiendo el Reglamento General de Protección de Datos y a la legislación española actual sobre protección de datos personales.

CRONOGRAMA Y ORGANIZACIÓN

El cronograma del estudio ha sido elaborado utilizando un diagrama de Gantt que mantiene el mismo periodo total de cinco meses repartidos en 20 semanas. Con esta representación gráfica se facilita la visualización de la cronología, la superposición y la estructuración de las diversas actividades.

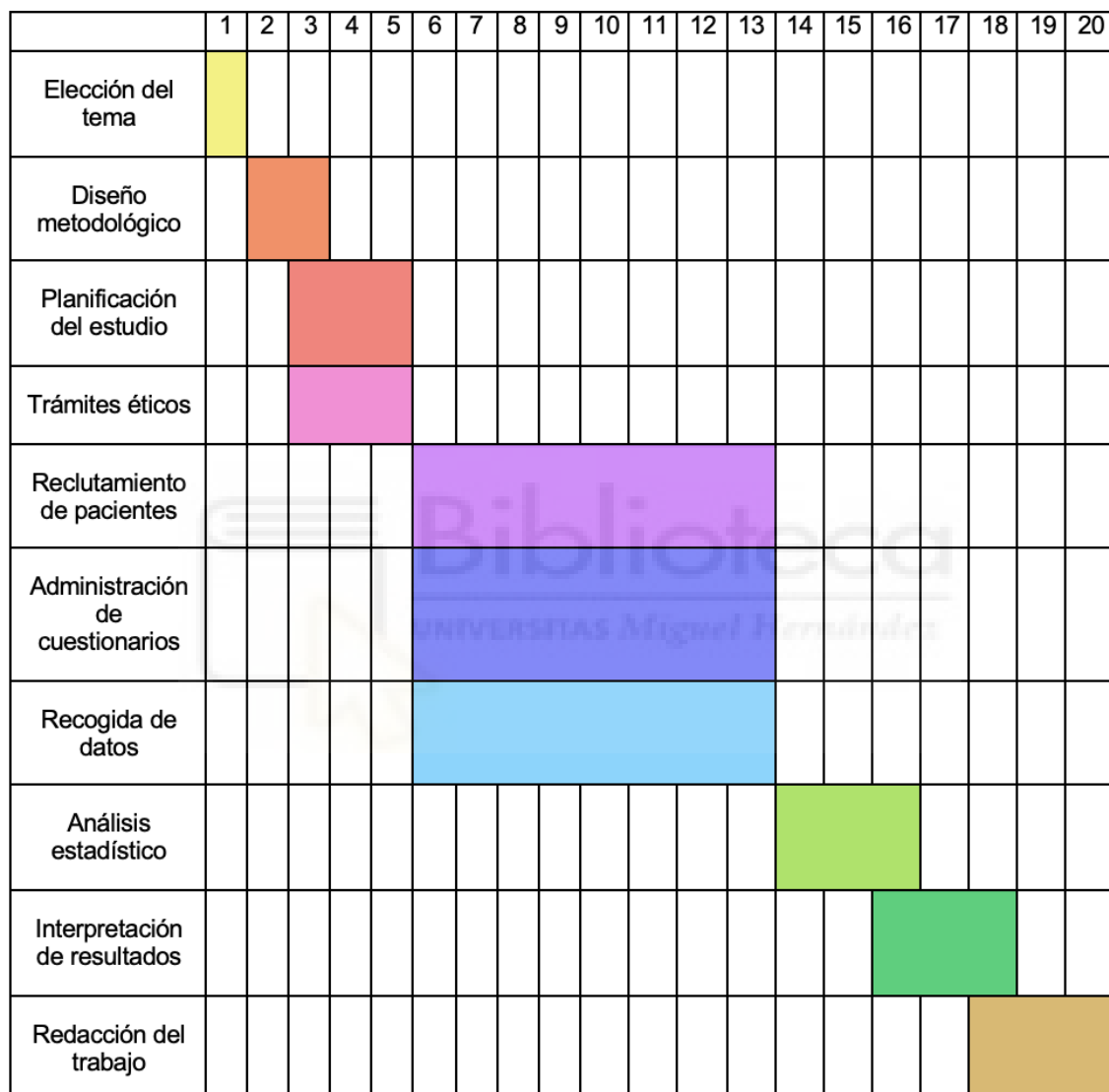


Figura 1. Diagrama de Gantt. Fuente: elaboración propia.

PRESUPUESTO ECONÓMICO

La gran mayoría de los recursos que se necesitan para realizar esta investigación se relacionan con el material para la recogida de datos y el análisis estadístico, y el tiempo de trabajo del investigador.

Se realiza una estimación del coste que tiene en total el estudio en 14.117€ (Tabla 2).

Tabla 2. Presupuesto económico detallado. Fuente: elaboración propia.

CONCEPTO	CANTIDAD	COSTE POR UNIDAD	COSTE TOTAL
Recursos humanos (tiempo de trabajo del investigador)	5 meses	2748,15€ / mes	13.740,75€
Impresión consentimiento y cuestionarios	1525 hojas	0,05€ / hoja	76,25€
Material de oficina (bolígrafos, carpetas, ...)	1 pack	50€ / pack	50€
Software análisis estadístico	1 licencia	250€ / licencia	250€
TOTAL			14.117€

El tiempo de trabajo del investigador (profesional de enfermería) se considera un tiempo total de trabajo de 5 meses y su remuneración es de 2748,15€ brutos por mes, siguiendo las retribuciones del año 2026 del SACYL [13].

Para los cuestionarios y los consentimientos se tienen en cuenta que se emplean 5 hojas por persona, al tratarse de unos 305 sujetos serán necesarias 1525 fotocopias aproximadamente.

La utilización de indicadores de satisfacción del paciente y resultados de salud puede ocasionar ventajas económicas indirectas y un gran ahorro para el sistema sanitario, minimizándose los gastos vinculados a eventos adversos, hospitalizaciones prevenibles, reducción de visitas a urgencias y disminución de la incidencia de recaídas. Asimismo, facilita la detección de áreas de mejora en la comunicación, la coordinación de la atención y los tiempos de espera.

De hecho, numerosos sistemas de salud están adoptando modelos de pago por resultado, en los cuales los indicadores de calidad en la atención son fundamentales para el financiamiento de los servicios de salud.

Este estudio presenta un bajo coste y una alta viabilidad económica para la gestión sanitaria, y supone un alto potencial de rentabilidad en lo que respecta al aumento de calidad del cuidado y la eficacia del sistema de salud.

CONCLUSIONES

Los hallazgos obtenidos demuestran que la calidad asistencial no debe evaluarse exclusivamente en función de la eficacia clínica, sino que también debe tenerse en cuenta la experiencia del paciente y su calidad de vida. En este contexto, la experiencia asistencial supone un factor fundamental que puede influenciar en los resultados percibidos en salud, destacando la relevancia de elementos como la comunicación, la información que se proporciona y la organización de los cuidados.

De igual manera, la investigación permite reconocer posibles áreas de mejora de la atención en oncología, favoreciendo la adopción de estrategias destinadas a mejorar la atención médica y aumentar la satisfacción del paciente.

La evaluación y utilización de los datos de rendimiento reportados por los pacientes para promover sistemas de salud que ofrezcan atención de excelente calidad se torna fundamental en la época de la atención médica basada en el valor [5].

BIBLIOGRAFÍA

1. SEOM. Las cifras del cáncer en España [Internet]. Sociedad Española de Oncología Médica. 2025 [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: https://seom.org/images/Las_Cifras_del_Cancer_en_Espanya_2026.pdf
2. Reid C, Jones L, Janda M, Langbecker D, Stone L, Laing B, et al. Development and testing of a patient-reported experience measure for cancer: A cross-sectional survey. J Adv Nurs [Internet]. 11 de julio de 2023 [citado 18 de marzo de 2026];80(1):312-27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1111/jan.15767>
3. Chacko B, Jose N, Kainickal C.T. Survival endpoints: Patient-reported experience measures and patient-reported outcome measures as quality indicators for outcomes. Clin Oncol (R Coll Radiol) [Internet]. Marzo de 2025 [citado 18 de marzo de 2026]; 39:103744. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clon.2024.103744>
4. Valsecchi AA, Di Maio M. Association between Health-related quality of life measures and survival endpoints in oncology clinical trials and in clinical decision making: A narrative review. Pharmaceut Med [Internet]. 14 de mayo de 2025 [citado 18 de marzo de 2026]; 39:171-82. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s40290-025-00568-9>
5. Ferrè F. Exploring how to trigger the use of patient-reported information for quality improvement in multi-stakeholder governance. TQM J [Internet]. 2024 [citado 18 de marzo de 2026];36(9):22-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1108/tqm-07-2023-0236>
6. Minvielle E, Fierobe A, Fourcade A, Ferrua M, di Palma M, Scotté F, et al. The use of patient-reported outcome and experience measures for health policy purposes: A scoping review in oncology. Health Policy [Internet]. Marzo de 2025 [citado 18 de marzo de 2026]; 129:104702. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.healthpol.2022.12.010>
7. García Abejas A, Gomes JM, Andrade ME, Canelas D, Sobral MA, Leite Costa F, et al. Understanding physicians' views on patient-reported outcome measures (PROMs) in lung cancer care: a qualitative approach. BMJ Open Qual [Internet]. 28 de julio de 2025 [citado 18 de marzo de 2026];14(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2025-003376>

8. Bonsel JM, Itiola AJ, Huberts AS, Bonsel GJ, Penton H. The use of patient-reported outcome measures to improve patient-related outcomes - a systematic review. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 26 de noviembre de 2024 [citado 18 de marzo de 2026]; 22:101. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12955-024-02312-4>
9. Drury A, Boland V, Dowling M. Patient-reported outcome and experience measures in advanced nursing practice: What are key considerations for implementation and optimized use? *Semin Oncol Nurs* [Internet]. 3 de junio de 2024 [citado 18 de marzo de 2026];40(3):151632. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.soncn.2024.151632>
10. Rudzińska A, Kukla P, Zygulska AL, Grela-Wojewoda A, Pacholczak-Madej R, Gawel M, et al. Validation of the EORTC information (QLQ-INFO25) and satisfaction with care (IN-PATSAT32) modules in the Polish cancer patient population. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 13 de febrero de 2025 [citado 18 de marzo de 2026];25(1):241. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-025-12382-9>
11. Canal Díaz N. Distribuciones de probabilidad. El teorema central del límite [Internet]. *Revistaseden.org*. [citado 18 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://revistaseden.org/files/8-CAP%208.pdf>
12. Zurita-Cruz JN, Villasís-Keever MÁ. Principales sesgos en la investigación clínica. *Rev Alerg Mex* [Internet]. 2021 [citado el 19 de marzo de 2026];68(4):291–9. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-91902021000400291&script=sci_arttext
13. Junta de Castilla y León. INSTRUCCIONES PARA LA ELABORACION DE LAS NOMINAS DEL PERSONAL ESTATUTARIO DE LA GERENCIA REGIONAL DE SALUD [Internet]. *Saludcastillayleon.es*. 2026 [citado el 30 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/recursos-humanos/retribuciones-accion-social-compensaciones/retribuciones.ficheros/3237947-2026%20Orden%20Instrucciones%20N%C3%B3mina%20SACYL.pdf>

ANEXOS

ANEXO I. CUESTIONARIO EORTC QLQ-C30

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, rodeando con un círculo el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones "acertadas" o "desacertadas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1.	¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>largo</u> ?	1	2	3	4
3.	¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo <u>corto</u> fuera de casa?	1	2	3	4
4.	¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5.	¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:					
6.	¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7.	¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8.	¿Tuvo sensación de "falta de aire" o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9.	¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10.	¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11.	¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12.	¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13.	¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14.	¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15.	¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16.	¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4
17.	¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18.	¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19.	¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4
20.	¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4

		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
21.	¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22.	¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23.	¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24.	¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25.	¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida <u>familiar</u> ?	1	2	3	4
27.	¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades <u>sociales</u> ?	1	2	3	4
28.	¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

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

29.	¿Cómo valoraría su <u>salud</u> general durante la semana pasada?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima						Excelente
30.	¿Cómo valoraría su <u>calidad de vida</u> en general durante la semana pasada?						
	1	2	3	4	5	6	7
	Pésima						Excelente

ANEXO II. CUESTIONARIO EORTC IN-PATSAT32

Estamos interesados en conocer algunos aspectos sobre usted y su experiencia respecto a la atención recibida durante su estancia en el hospital. Por favor, responda todas las preguntas usted mismo rodeando con un círculo el número que mejor se adapte a su caso. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas". La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

Durante su estancia hospitalaria, cómo calificaría a los médicos en cuanto a:						
		Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
1.	¿Su atención y experiencia sobre su enfermedad?	1	2	3	4	5
2.	¿El tratamiento y seguimiento médico que le brindaron?	1	2	3	4	5
3.	¿La atención que prestaron a sus problemas físicos?	1	2	3	4	5
4.	¿Su disposición para escuchar todas sus preocupaciones?	1	2	3	4	5
5.	¿El interés que mostraron en usted personalmente?	1	2	3	4	5
6.	¿El consuelo y el apoyo que le dieron?	1	2	3	4	5
7.	¿La información que le dieron sobre su enfermedad?	1	2	3	4	5
8.	¿La información que le dieron sobre sus pruebas médicas?	1	2	3	4	5
9.	¿La información que le dieron sobre su tratamiento?	1	2	3	4	5
10.	¿La frecuencia de sus visitas o consultas?	1	2	3	4	5
11.	¿El tiempo que le dedicaron?	1	2	3	4	5

Durante su estancia hospitalaria, cómo calificaría a las enfermeras en cuanto a:						
		Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
12.	¿La forma en que realizaron su examen físico (tomar temperatura, pulso, etc.)?	1	2	3	4	5
13.	¿La forma en que manejaron sus cuidados (dar medicinas, inyecciones, etc.)?	1	2	3	4	5
14.	¿La atención que prestaron a su comodidad física?	1	2	3	4	5
15.	¿El interés que mostraron en usted personalmente?	1	2	3	4	5
16.	¿El consuelo y apoyo que le dieron?	1	2	3	4	5
17.	¿Sus cualidades humanas (cortesía, respeto, sensibilidad, amabilidad, paciencia...)?	1	2	3	4	5
18.	¿La información que le dieron sobre sus pruebas médicas?	1	2	3	4	5
19.	¿La información que le dieron sobre sus cuidados?	1	2	3	4	5
20.	¿La información que le dieron sobre su tratamiento?	1	2	3	4	5
21.	¿Su rapidez al responder a sus llamadas (timbre)?	1	2	3	4	5
22.	¿El tiempo que le dedicaron?	1	2	3	4	5

Durante su estancia hospitalaria, cómo calificaría los servicios y organización en cuanto a:						
		Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
23.	¿La forma en que realizaron su examen físico (tomar temperatura, pulso, etc.)?	1	2	3	4	5
24.	¿La forma en que manejaron sus cuidados (dar medicinas, inyecciones, etc.)?	1	2	3	4	5
25.	¿La atención que prestaron a su comodidad física?	1	2	3	4	5
26.	¿El interés que mostraron en usted personalmente?	1	2	3	4	5
27.	¿El consuelo y apoyo que le dieron?	1	2	3	4	5
28.	¿Sus cualidades humanas (cortesía, respeto, sensibilidad, amabilidad, paciencia...)?	1	2	3	4	5
29.	¿La información que le dieron sobre sus pruebas médicas?	1	2	3	4	5
30.	¿La información que le dieron sobre sus cuidados?	1	2	3	4	5
31.	¿La información que le dieron sobre su tratamiento?	1	2	3	4	5

En general:						
		Malo	Regular	Bueno	Muy Bueno	Excelente
32.	¿Cómo calificaría la atención recibida durante su estancia hospitalaria?	1	2	3	4	5