

Calidad de vida y cáncer pulmonar

Rufino Echegoyen Carmona,  Catalina Camacho Mendoza.

Servicio Clínico de Neumología Oncológica, Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Trabajo recibido: 26-V-2011; aceptado: 05-VII-2011

RESUMEN. Trabajo de revisión sobre el concepto de calidad de vida y su aplicación en los enfermos con cáncer pulmonar. La interpretación entre estado de salud y calidad de vida ha creado dilemas técnicos, conceptuales y éticos ya que este concepto ha sido utilizado en economía, sociología, política, educación, ética, etc., con aplicaciones diferentes que se analizan. Actualmente es necesario tener en cuenta la percepción del paciente en relación con su bienestar. En 1995 la OMS definió como calidad de vida: «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones». Valorar la calidad de vida presenta tres problemas: a) la percepción del enfermo es subjetiva, b) la conducta del médico influye en la percepción del enfermo y c) para que el estudio sobre la calidad de vida cumpla sus objetivos, necesita cuantificarse. Se revisan los parámetros que debe tener una escala para cuantificar la calidad de vida relacionada a la salud y se describen las escalas EORTC y la FACT, señalando que la EORTC QLQ-C30 versión 3.0 es la que está actualmente en uso. La valoración de la calidad de vida se puede aplicar a múltiples enfermedades cronicodegenerativas. Se aborda el cáncer pulmonar por ser un padecimiento que desde el diagnóstico enfrenta al paciente a la posibilidad de morir, lo que altera su calidad de vida. Se analizan las modificaciones que sufre durante la evolución del cáncer y sus posibles aplicaciones.

Palabras clave: Concepto, calidad de vida, bienestar, percepción, subjetivo, cuantificar, escala.

ABSTRACT. This is a review of quality of life concept and the application to pulmonary cancer patients. Quality of life and health, have been different interpretations, depending on the activity it is used, like education, politics, sociology or economics because of the conceptual and ethics. Nowadays, it is necessary to take the patient impression about wellness. In 1995 WHO defines Quality of Life as: «individuals' perception of their position in life in the context of the culture and value systems in which they live and in relation to their goals, expectations, standards and concerns». Assess the quality of life has three problems: a) patient perception is subjective, b) the physician conduct influences to the patient, and c) it is necessary to quantify quality of life for studies. That is the reason to review the parameters of a quality of life scale, and the EORTC and FACT scales are described. The quality of life scale could be applied to many chronic degenerative diseases. The pulmonary cancer is addressed because the patient knows that he could die from the diagnostic, and the knowing has impact in the quality of life. It is reviewed the changes in the concept in the evolution of the illness.

Key words: Concept, quality of life, well-being, perception, quantify, subjective, scale.

INTRODUCCIÓN

En 1948 la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino la presencia de un bienestar físico, mental y social. Esta definición como un concepto ideal de salud no ha podido cumplirse porque depende de múltiples factores económicos, sociales, culturales y de valores variables en cada país.

La rapidez de la revolución tecnológica, la inseguridad, el exceso de información, el desempleo o el multiempleo, los cambios en la estructura familiar (divorcios, uniones inestables, ambos padres en el mercado laboral), la pérdida de motivaciones, de lealtades y de valores producen múltiples factores estresantes que predisponen al deterioro del bienestar físico, mental, social y por ende a la enfermedad.

En 1990 aumentó el interés por evaluar el impacto que la enfermedad tiene sobre la percepción del paciente en relación con su bienestar. Esto dio lugar al concepto de calidad de vida. Sin embargo, este término se ha incorporado al lenguaje coloquial y se ha relacionado con todos los aspectos de la vida. Lo utilizan los sociólogos, los economistas, los educadores, los políticos, etc.^{1,2}

Ruffino en 1994 conceptualizó el término *calidad de vida* buena o excelente como aquella que ofrece un mínimo de condiciones para que los individuos puedan desarrollar al máximo sus capacidades subjetivas como el bienestar, la felicidad, sus realizaciones personales, así como sus necesidades básicas objetivas determinadas por el grado de desarrollo económico y social de la sociedad en que viven. Esto dio lugar a considerar que mientras más amplios son los derechos democráticos en un país, la sociedad debe tener un acceso más amplio

a los bienes materiales y culturales, lo que se traduciría en una mejor calidad de vida o de bienestar.³

En 1998 Martin *et ál.* sugirieron que la calidad de vida fuese definida en términos de la distancia entre las expectativas individuales y las realidades, resultando que cuanto menores sean las distancias mejor es la calidad de vida.⁴

Minayo *et ál.* (2000) señalaron la relatividad del concepto de calidad de vida. Mencionan que si bien en última instancia, el concepto se remite al plan individual, ya que es como la persona siente y se ve a sí misma, independientemente de que esta evaluación sea o no compartida por los demás, tiene al menos tres marcos de referencia: 1. *Histórico*: cada sociedad tiene parámetros diferentes de calidad de vida en distintos momentos históricos; 2. *Cultural*: los distintos pueblos tienen parámetros diferentes en virtud de sus tradiciones culturales a partir de las cuales se van construyendo los valores y las necesidades; 3. *Clase social a la que se pertenece*: las expectativas que cada uno tiene en relación con su propia vida tiene una relación estrecha con la clase social a la que se pertenezca. Los indicadores subjetivos (percepción) como los objetivos (ingresos, empleos, oportunidades de acceso a la salud) son igualmente valiosos, dependiendo del objetivo de la evaluación.^{5,6}

Espinosa *et ál.* consideraron que definir el concepto no resultaría sencillo y opinaron que habría tantas definiciones como personas a las que se preguntase.⁷

CALIDAD DE VIDA CON RELACIÓN A LA SALUD

Al hablar sobre «calidad de vida» nos limitaremos con lo relacionado a la salud global del sujeto. La calidad de vida relacionada con la salud ha llegado a ser muy importante si se tiene en cuenta que la vida actual se caracteriza por un aumento en la longevidad, que no necesariamente está asociada con una mejor calidad de vida. Esto hizo insuficientes las medidas tradicionales de morbilidad, mortalidad y expectativas de vida para valorar las condiciones de salud de una población. Esto dio lugar a tener en cuenta la percepción del sujeto cuando se enferma, las alteraciones que sufre con el tratamiento que recibe y las condiciones en que se le proporciona, de tal manera que debe tenerse en cuenta sus opiniones, deseos y motivaciones en el proceso de toma de decisiones en la asistencia sanitaria.^{1-3,6}

En 1993, Patrick *et ál.* definieron la «calidad de vida relacionada a la salud» como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de las limitaciones físicas, psicológicas, sociales y la disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento o las políticas de salud.⁶

De tal manera que la valoración de la calidad de vida representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente sobre su bienestar^{1,5,6} Calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona sobre su situación física, su estado emocional, su vida familiar, amorosa y social en función al sentido que le da a su vida.

Schwartzmann¹ y Naughton *et ál.*,⁸ consideraron que la calidad de vida es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. En 1998, Leplège *et ál.*, observaron que hay numerosas evidencias que a medida que la enfermedad progresó, ocurren ajustes internos que preservan la satisfacción que la persona siente de su vida, por lo que podemos encontrar personas con importantes limitaciones físicas que consideran que su calidad de vida es buena.^{2,7}

En 1995, la OMS definió como calidad de vida: «la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación a sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones».⁹ De tal manera que el concepto de «calidad de vida» está relacionado con el grado de satisfacción que tiene una persona sobre su vida en función a su situación física, su estado emocional, su vida familiar y social. La situación física se refiere a las necesidades humanas como son: la alimentación, el cobijo de las fuerzas de la naturaleza, el vestido, etc., su estado emocional habla de sus necesidades de relación emotiva con sus familiares directos y con otras personas, en el aspecto social la necesidad de aceptación en su entorno social. Pero, fundamentalmente, en realizarse de acuerdo al sentido que se da a la vida. El darle un sentido a la vida es característica humana y universal, ya que en algún momento todos los seres humanos se preguntan, ¿para qué vivo?, ¿cuál es el sentido de mi vida? Este problema existencial es el que nos separa de la vida vegetal o animal. El sentido de la vida es variable para cada uno y está en función de la clase social a la que pertenece y a las tradiciones culturales en que se desarrolla. Esto conforma las creencias religiosas o políticas de la sociedad de ese momento y da sentido a los valores personales.

La esencia del concepto radica en reconocer que la percepción de las personas sobre su bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, así como en el contexto cultural e historia personal. El sentido de la vida es variable según la etapa de la vida; no lo concibe igual un niño, un adolescente, un adulto o un anciano, ya que estos valores van cambiando con la edad y la experiencia. En este aspecto podemos darnos cuenta que el concepto

de calidad de vida es un concepto multifactorial que no puede igualarnos a todos, porque a la vez que somos gregarios, deseamos diferenciarnos de los demás. De aquí que esa sensación de bienestar o malestar que puede traducirse en felicidad o desesperanza es diferente para cada uno, tanto en las personas sanas como en las enfermas; pero en estas últimas llega al máximo su apreciación cuando considera que su enfermedad puede ser mortal. Se ha demostrado que para los pacientes la esperanza y la voluntad de vivir son factores importantes en la evolución de la enfermedad.

La calidad de vida relacionada con un enfermo es una valoración subjetiva, multidimensional y temporal que incluye cuatro componentes: a) la condición física del sujeto, que es la capacidad de realizar diferentes tareas, b) los síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios como la astenia, el dolor, la náusea, los vómitos, la mucositis, la alopecia, la tos, la disnea etc., c) la condición psicológica, que comprende el estado de ánimo, la ansiedad, la depresión, el trato recibido por el personal de salud, d) el aspecto socioeconómico que es la interacción del enfermo con su familia y otras personas de la comunidad, la posibilidad de trabajar y las dificultades económicas. Todo esto íntimamente relacionado con sus valores personales, sus ideas religiosas, ideológicas o políticas.^{6-8,10}

Se considera que debe ser el paciente quien mida su calidad de vida. Las observaciones de otras personas pueden estar influenciadas por su propia escala de valores y la situación de su vida, que puede ser muy diferente a la del paciente. Además, la valoración de la calidad de vida es temporal y puede variar a lo largo de la enfermedad. Esta percepción es dinámica y cambiante, resultante del tipo de enfermedad, el tiempo de evolución, las secuelas, la personalidad del sujeto, las condiciones socioculturales en las que ha vivido y el soporte social que puede recibir. En la mayoría de las enfermedades el estado de salud está profundamente influenciado por el estado de ánimo.^{10,11}

El proceso «vivir-morir» relacionado con la edad, representa una ambivalencia. Si bien, se acepta el hecho de morir como un evento esperado del vivir, el hombre se ha esforzado a lo largo de toda su existencia de retrasar su muerte y de alguna manera negarla. Algunos pregonan que debe verse como el elemento integral de la vida que da sentido a la existencia, empero, la mayoría la viven como algo ajeno. El adulto mayor frecuentemente tiene una pluripatología como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, osteoartrosis, etc., dicha etapa se relaciona con pérdidas en muchos ámbitos, llámeselo en lo individual (salud), familiar (divorcios o muerte), social (amigos) o laboral (despidos o jubilaciones), lo que repercute en el estado emocional

del sujeto, haciéndolo reflexionar sobre su vida e incluso en ocasiones deseando morir.

La enfermedad y la muerte forman parte de la vida misma en función del sentido que cada persona le dé a ésta. La experiencia de la muerte es una presencia importante en la vida humana. Frente a la muerte cada persona tiene la capacidad de descubrir el sentido único e irrepetible de su vida.

Pasado el proceso inicial del choque psicosomático que recibe el paciente al conocer su enfermedad, sigue un proceso de adaptación en el cual ocurren ajustes donde el paciente acepta su realidad y sin perder la esperanza de resolver la situación, retorna poco a poco a sentir que su vida vuelve a tener valor y sentido, lo que le permite alejarse de la desesperanza. Es frecuente encontrar evaluaciones altas de calidad de vida en sujetos con enfermedad avanzada que han encontrado una estabilización en sus síntomas y que tienen una buena adaptación a la enfermedad.

Desde una perspectiva ética, cualquier disciplina sanitaria debe tener como eje de su actividad el bienestar del paciente y esto sólo se consigue si se satisfacen, tanto las necesidades como las expectativas de los enfermos. La labor del médico en un episodio de enfermedad se puede dividir en dos, la técnica (ciencia) y la interpersonal (arte). A estos dos aspectos debe añadirse un tercero: las condiciones bajo las cuales se ofrece la atención, tales como el confort, la rapidez y la amabilidad. Así pues, los contenidos del proceso asistencial relacionados con la satisfacción deberían tener por lo menos tres dimensiones diferentes de atención: a) la ciencia de la medicina (aspectos científicos-técnicos instrumentales de la asistencia), b) el arte de la asistencia (aspectos comunicativos) y c) las comodidades de la asistencia.^{2,6-8,11,12}

Para que el estudio de la calidad de vida cumpla sus objetivos necesita cuantificarse. Con este objeto se han elaborado diferentes escalas de medición, las cuales deben reunir ciertos requisitos: a) validación previa, es decir, demostrar que realmente miden los componentes de la calidad de vida, b) sencillez: ser cortas, fáciles de entender y de llenar, c) cuantitativas en la medida de lo posible, es decir, respuestas de sí o no, del 0 al 5 o desde nada hasta mucho.

Teniendo en cuenta lo anterior, se ha llegado a los siguientes puntos de consenso en la elaboración de las escalas para medir la calidad de vida relacionada a la salud. Las escalas deben ser: 1) subjetivas: recoger la percepción de la persona involucrada, 2) multidimensionales: revelar diversos aspectos de la vida del individuo en los niveles físico, emocional, social, interpersonal etc., 3) incluir sentimientos positivos y negativos, 4) registrar la variabilidad en el tiempo: la edad, la etapa vital que se

atraviesa (niñez, adolescencia, adultez, adulto mayor), 5) señalar el momento de la evolución de la enfermedad que se cursa, 6) marcar las diferencias importantes en los aspectos que se valoran.^{1,7,9,11,13-15} Se han elaborado escalas generales para uso en cualquier situación con preguntas sobre el bienestar y con síntomas generales como dolor, pérdida de peso, astenia, etc. y otras diseñadas para un tipo concreto de enfermedad o para valorar un tratamiento. La construida para el cáncer de pulmón tiene preguntas sobre tos, disnea, hemoptisis, etc. Actualmente, se recurre a escalas generales que cuentan con subescalas para los distintos tumores.

Unas de las mejor elaboradas son: la europea de la EORTC y la norteamericana FACT.⁷ Escala de la EORTC (del inglés *European Organization for the Research and Treatment of Cancer*).

Existen dos generaciones del cuestionario general. La primera QLQ-C36 consta de 36 ítems. La segunda QLQ-C30 de 30 preguntas que se reparten en los siguientes ámbitos: a) Capacidad funcional (aspecto físico, papel social, capacidad cognitiva, factores emocionales y sociales), b) Síntomas (astenia, dolor, náuseas/vómitos) y c) Valoración global de salud/calidad de vida. De este cuestionario existen tres versiones, en cada versión se han realizado cambios en el contenido de algunas escalas y alternativas de respuesta para algunos ítems individuales que evalúan síntomas adicionales de disnea, pérdida de apetito, insomnio, estreñimiento, diarrea e impacto financiero.

La EORTC define un módulo como un grupo de ítems que evalúa áreas que no se cubren o no lo suficientemente por el cuestionario general y que se consideran relacionadas con la población, objetivo y la pregunta de la investigación. Estas preguntas pueden referirse a: 1) síntomas de la enfermedad relacionadas con la localización del tumor (ej., mama, cabeza y cuello), 2) efectos secundarios y otros aspectos relacionados con el tratamiento (ej., cambios en la piel a consecuencia de la radioterapia y otros), 3) dimensiones de la calidad de vida adicionales, como la sexualidad, la imagen corporal o el miedo a la recaída.

La versión tercera EORTC QLQ-C30 versión 3.0, es la que está actualmente en uso internacional. Existen subescalas para los cánceres de pulmón, estómago, próstata, etc. Todas las escalas e ítems individuales se valoran en una puntuación de 0 a 100. La escala básica se llena en menos de un cuarto de hora.^{7,9,12-15}

En relación con la subescala para pulmón se elaboró el módulo EORTC QLQ-LC13 que consta de los siguientes ítems:

1. Síntomas de cáncer de pulmón.

Escalas de disnea, dolor. Ítems de hemoptisis, tos.

2. Efectos secundarios de la QT y RT

Ítems de pérdida de pelo, neuropatía, dolor en la boca y disfagia.

Escala FACT (del inglés Functional Assessment of Cancer Treatment)

Es un grupo de escalas basadas en un cuestionario principal de 33 preguntas que se agrupan en cuatro ámbitos: físico, funcional, social y emocional. Al grupo general se añaden otras preguntas dependiendo del tipo de tumor o situación, por lo que hay subescalas para los tumores de pulmón, cabeza y cuello, esófago, colon, hígado, cerebro, mama, ovario, próstata, vejiga y melanoma, así como para astenia, anemia, diarrea, incontinencia urinaria o fecal y neurotoxicidad.⁷

Existen otras escalas como la FLIC (del inglés *Functional-Living Index of Cancer*), una de las primeras escalas de calidad de vida validadas para pacientes con cáncer. Consta de 22 preguntas que se responden sobre una escala del 1 al 7. Se ha abandonado en beneficio de las escalas EORTC y FACT.⁷ Otra escala es la Q-TWIST (tiempo sin síntomas ni toxicidad), sólo sirve para tumores como el de mama o cerebro.⁷ El cuestionario MCGILL es usado para valorar el dolor, por consiguiente no puede clasificarse como una escala de calidad de vida.⁷

INDICACIONES DE LA CUANTIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN ENSAYOS CLÍNICOS

Hasta 1995 el estudio sobre calidad de vida en los ensayos clínicos era casi anecdótico. Hoy en día se llevan a cabo en muy diferentes campos y sirven para: a) valorar el punto de vista del paciente sobre su condición física, psicológica y social, b) ayudar a decidir el tratamiento, c) predecir la evolución de la enfermedad, d) detectar en forma temprana los pequeños cambios que se producen en el estado físico y psíquico del paciente en relación con la evolución del padecimiento.¹³

Los estudios sobre calidad de vida están indicados en ensayos clínicos comparativos, es decir, aquéllos en que se enfrentan dos opciones de tratamiento, como comparar un tratamiento quirúrgico con otro de radiotherapy, una quimioterapia corta e intensa con otra más prolongada y a menor dosis.

En ensayos de quimioterapia se considera adecuado hacerlo al comienzo del tratamiento, en medio y al final suponiendo un período total de 4 a 6 meses. Un requisito fundamental para obtener resultados con un cuestionario es que éste se llene correctamente.⁷

La valoración de la «calidad de vida relacionada con la salud» se ha aplicado fundamentalmente en enfer-

medades crónicas como la diabetes, la obesidad, la insuficiencia cardíaca o renal, teniendo en cuenta que estas enfermedades son la primera causa de muerte en América. En Cuba se realizó en enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebro-vasculares. Schwartzmann *et ál.* cuantificó la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal sometidos a hemodiálisis crónica.^{12,16}

Los estudios clínicos han permitido el desarrollo de muchos fármacos útiles para el dolor y la anemia, lo que ha contribuido a mejorar la calidad de vida de los enfermos. La principal crítica que recibe el estudio de la calidad de vida es que muy pocas veces ha contribuido a modificar la práctica clínica y que difícilmente inciden sobre aspectos emocionales o sociales. Parece más lógico centrarse en aspectos físicos que puedan ser modificados por el tratamiento.

En las enfermedades respiratorias tenemos la posibilidad de valorarla en las neumonías intersticiales, la enfermedad obstructiva crónica, la fibrosis pulmonar, el asma bronquial, el cáncer pulmonar y otras. Nos ha interesado esta última porque desde que se efectúa el diagnóstico el paciente se enfrenta a la muerte y esto cambia totalmente su calidad de vida.

LA CALIDAD DE VIDA EN EL CÁNCER PULMONAR

El cáncer de pulmón ocupa el primer lugar de incidencia en las enfermedades oncológicas y es una de las mayores causas de muerte en el mundo. Tiene un pronóstico pobre y la mayoría de las personas afectadas son de edad avanzada, encontrándose con vulnerabilidad al tener un menor acceso a recursos y apoyo social.

Habitualmente los pacientes piensan que el cáncer es sinónimo de muerte y sufren un choque emocional que implica incredulidad, angustia, impotencia, tristeza, desesperanza, depresión, ansiedad y enojo. En esa situación les es difícil comprender la información médica y tienen dificultad para formular las preguntas que les permitan conocer la enfermedad. Una cosa semejante sucede con sus familiares más cercanos. La curación no siempre es posible y el tratamiento se acompaña de una alta toxicidad que se manifiesta con astenia, dolor, náusea, vómitos, alopecia, tos, disnea, lo que hace de esta enfermedad un evento aún más doloroso, por lo que el paciente se encuentra sometido a un intenso estrés emocional durante todo el curso de la enfermedad, lo que afecta su calidad de vida.^{7,10,17-20}

Otro de los factores que acrecienta la preocupación del paciente es lo que sucede en las salas de espera de quimioterapia ambulatoria, en donde convive con otros enfermos que tienen necesidad de externar sus experiencias, temores y sentimientos, ocasionando una

situación de vulnerabilidad ante el intercambio negativo de experiencias, lo cual incrementa su angustia. Muchas veces los comentarios resultan más importantes y creíbles que lo externado por el médico u otro personal de salud.²¹

La desesperanza del paciente llega al máximo cuando: a) le falta el apoyo de sus familiares y amigos, b) cuando es incapaz de aceptar los efectos secundarios y los cambios físicos causados por la enfermedad o la quimioterapia, c) cuando el dolor no tratado interfiere con el apetito, el sueño y el estado de ánimo. Todo esto le lleva a tener una percepción deteriorada de su calidad de vida.²² La valoración de los tratamientos del cáncer se ha centrado históricamente en medidas de tipo biomédico, como la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. El que muchos tumores avanzados no puedan curarse ha determinado el interés por la calidad de vida del paciente oncológico incrementando su participación en la toma de decisiones, ya que los médicos persiguen prolongar la supervivencia en tanto los enfermos están más interesados en padecer menos síntomas.

La valoración del propio paciente sobre el impacto que desde su punto de vista le produce la toxicidad del tratamiento, puede ser un buen complemento a la valoración que el facultativo realice de esa área. Incrementar la supervivencia únicamente para que el paciente viva más, no es la finalidad del tratamiento, sino el que la vida se prolongue con sentido, por lo que el médico deberá buscar una mejor calidad de vida en un balance entre los beneficios esperables por el control del tumor y las toxicidades, con objeto de prolongar la vida en condiciones que permitan cierto grado de bienestar.

Con el objeto de disminuir la angustia del paciente debe realizarse un proceso progresivo de información en la medida que el propio paciente lo demande. Los familiares y en especial el cuidador primario, deben conocer el diagnóstico y el plan terapéutico con el objeto de obtener toda su colaboración.^{10,17,19}

Es conveniente revivir el ánimo del enfermo y sus familiares. Hay estudios que demuestran que un buen estado de ánimo produce el cumplimiento terapéutico y la adhesión a la consulta. Los estudios de calidad de vida en pacientes quirúrgicos de cáncer de pulmón demuestran que la cirugía constituye una fuente de estrés psicológico elevado, tanto para el paciente como para sus familiares; pero que están dispuestos a asumir el riesgo con tal de vivir más tiempo, aunque siempre desean saber cómo les va a afectar la cirugía, por lo que la medición de la calidad de vida en el cáncer pulmonar tiene también una función pronóstica.^{23,24}

En los pacientes con estadios avanzados de la enfermedad, situación altamente generalizada en nuestro

medio, observamos que la curación completa no siempre es factible, por lo que se buscará un balance entre los beneficios esperables para controlar el tumor y las toxicidades consecuentes con objeto de prolongar la vida en condiciones que permitan cierto grado de bienestar.

Si el paciente llega en estadios terminales de la enfermedad se le puede proporcionar el apoyo indispensable para aceptar el final con el menor daño posible. En esta condición de duelo se proporcionan los apoyos tanatológicos que ayuden al paciente terminal a tener una muerte adecuada o una buena muerte, como: a) la ausencia de sufrimiento, b) la persistencia de las relaciones significativas para el enfermo, c) un intervalo para el dolor permisible, d) el alivio de los conflictos restantes, e) el ejercicio de opciones y oportunidades factibles, f) la creencia en una oportunidad, g) la consumación de los deseos predominantes y de los instintivos, h) la comprensión de las limitaciones físicas, i) todo esto enmarcado en el ideal de cada ego. A los familiares del enfermo terminal y a sus amigos cercanos, la tanatología les ayuda a conservar la calidad de las relaciones intrafamiliares, los prepara a la muerte del ser querido y a hacer su trabajo de duelo en el menor tiempo, con el menor dolor posible.²⁵

En la actualidad hay un consenso sobre las características de la calidad de vida consideradas importantes en el cáncer de pulmón: a) la subjetividad de la evaluación, b) el nivel de información que tienen sobre su enfermedad, c) la temporalidad y la relación con el estado de salud, d) el área cultural de la que provienen, e) las diferentes opciones de tratamiento y f) los lugares donde pueden ser atendidos. Todo esto puede favorecer un mayor o menor optimismo sobre la adherencia y la eficacia de la terapéutica.

Antes señalamos que algunos autores consideran que la valoración de la calidad de vida del enfermo con cáncer pulmonar no ha contribuido a modificar la práctica clínica; sin embargo, efectuarla en nuestros pacientes permitirá elaborar algunos cambios en la atención médica con objeto de conseguir: a) establecer una mejor comunicación del paciente con el sistema de salud, b) aclarar sus dudas sobre el tratamiento propuesto, c) conseguir una mejor adherencia al tratamiento, d) disminuir los malestares producidos por la quimioterapia y e) sin prometer una curación, aminorar su desesperanza y obtener una mejor calidad de vida.^{7,17,19,25-27} Valorar la calidad de vida en los pacientes con cáncer de pulmón utilizando alguna de las escalas referidas antes permitirá conocer su situación física, su estado emocional, la relación con sus familiares, su aceptación o no de la realidad y sus esperanzas de alivio. Es conveniente revivir el ánimo del enfermo y sus familiares haciendo del cáncer pulmonar una enfermedad crónica con el sentido

de vida particular de cada enfermo. Consideramos en un siguiente estudio aplicar estos conceptos.

REFERENCIAS

1. Schwartzmann L. *Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales*. Cienc Enferm IX 2003;9:9-21.
2. Leplège A, Hunts S. *El problema de la calidad de vida en medicina*. JAMA (ed. esp.) 1998;7:19-23.
3. Ruffino NA. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia/Life quality: historical commitment of epidemiology*. En: Lima e Costa, Furtado MF, Paes de R, editores. *Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiología*. Anais do II Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte: COOPMED/Associação Brasileira de Saúde Coletiva; 1994.p.11-18.
4. Martin AJ, Stockler M. *Quality of life assessment in health care research and practice*. Eval Health Prof 1998;21:141-156.
5. Minayo MC, Hartz MA, Buss PM. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. Ciênc & Saúde Coletiva 2000;5:7-32.
6. Patrick D, Erickson P. *Health policy, quality of life: Health care evaluation and resource allocation*. New York: Oxford University Press 1993.
7. Espinoza E, Zamora P, Palomo I. *Cuestionario de calidad de vida*. En: González BM, Lacasta RMA, Ordóñez A, editores. *Valoración clínica en el paciente con cáncer*. España: Médica Panamericana 2006.p.17-29.
8. Naughton MJ, Shumaker SA, Anderson RT, Czajkowski SM. *Psychological aspects of health related quality of life measurement: tests and scales*. In: Spilker B, editors. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. New York: Lippincott-Raven 1996.p.117-131.
9. *The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Soc Sci Med 1995;41:1403-1409.
10. Coronado RL, García CMA, Velásquez MA, Morales BR, Alvarado AS. *Aspectos psicológicos del cáncer de pulmón*. GAMO 2007;6:104-108.
11. González BM, Lacasta RM, Ordóñez GA. *Prólogo*. En: *Valoración clínica en el paciente con cáncer*. España: Médica Panamericana; 2006.p.IX-XI.
12. Castillo GA, Arocha MC, Armas RNB, Castillo AI, Cueto CME, Herrera GML. *Calidad de vida relacionada con la salud en personas con enfermedades crónicas degenerativas*. Rev Cubana Invest Bioméd 2008;27:3-4.
13. Arrarás JI, Martínez E, Martínez M. *Avances en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de pulmón. El sistema de medida de la EORTC*. Psicooncología 2006;3:359-377.
14. Bjorner JB, Petersen MA, Groenvold M, et ál. and European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Group. *Use of item response theory to develop a shortened version of the EORTC QLQ-C30 emotional functioning scale*. Qual Life Res 2004;13:1683-1697.
15. Arraras JI, Dueñas T, Meiriño R, Prujá E, Villafranca E, Valerdi JJ. *La calidad de vida en el paciente oncológico*.

- co: *estudios del Servicio de Oncología del Hospital de Navarra en el Grupo de Calidad de Vida de la EORTC.* Fecha de acceso: 07 de marzo, 2011. Disponible en: <http://www.navarra.es/salud/anales/textos/vol21/n1/revis2a.html>
16. Schwartzmann L, Olaizola I, Guerra A, et ál. *Validación de un instrumento para medir calidad de vida en hemodiálisis crónica: perfil de impacto de la enfermedad.* Rev Med Urug 1999;15:103-109.
 17. Solá I, Subirana M. *Efecto de las intervenciones no invasivas en el bienestar y la calidad de vida de los pacientes con cáncer de pulmón: resultados de una revisión sistemática.* Psicooncología 2006;3:423-430.
 18. Velázquez MN, Vázquez TLG, Alvarado AS. *Ansiedad asociada al dolor agudo en pacientes oncológicos.* Cancerología 2009;4:19-29.
 19. Hospital ML. *La importancia del cuidado de enfermería para los pacientes de cáncer de pulmón.* Psicooncología 2006;3:431-438.
 20. Rodríguez-Lajusticia L, Villalobos ML, García-Paredes B, et ál. *Cáncer de pulmón no microcítico: quimioterapia y otros tratamientos sistémicos.* Psicooncología 2006;3:229-247.
 21. Rodríguez VAL, Alvarado AS. *Impacto psicológico de la comunicación en las salas de espera de quimioterapia ambulatoria.* Cancerología 2009;4:31-38.
 22. Barrón RBS, Alvarado AS. *Desgaste físico y emocional del cuidador primario en cáncer.* Cancerología 2009;4:39-46.
 23. Bringas S, Krikorian A, Hernando F, et ál. *Protocolo de intervención psicosocial en pacientes oncológicos sometidos a cirugía torácica.* Psicooncología 2006;3:407-422.
 24. Puente-Maestu L, Villar F. *Implicaciones de la calidad de vida en las decisiones quirúrgicas del cáncer de pulmón.* Psicooncología 2006;3: 393-406.
 25. Behar D. *Un buen morir: encontrando sentido al proceso de la muerte.* México: Pax 2003.
 26. Lacasta Ma, Soler SC. *Instrumentos de evaluación en duelo.* En: Poch C, Herrero O, editores. *La muerte y el duelo en el contexto educativo.* España: Paidós; 2003.p.53-96.
 27. Carranza-Sandin A, Arrieta-Pérez RT, Bautista-Samperio L. *El significado del bien morir en el adulto mayor.* Rev Fac Med UNAM 2008;51:120-124.

✉ Correspondencia:

Dr. Rufino Echegoyen Carmona.
Servicio Clínico de Neumología Oncológica. Instituto
Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael
Cosío Villegas. Calzada de Tlalpan Núm. 4502,
colonia Sección XVI. México, D.F., 14080
Teléfono 56 66 45 39 extensión 5133
Correo electrónico: quimi_iner@live.com.mx

Los autores declaran no tener conflictos de interés