

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de pulmón

Y. Etxeberria^a / J. Pérez-Izquierdo^b / C. Badiola^b / J.M. Quintana^a / A. Padierna^c / I. Aróstegui^d / A. Capelastegui^b

^aServicio de Epidemiología. Hospital de Galdakao. Bizkaia.

^bServicio de Neumología. Hospital de Galdakao. Bizkaia.

^cServicio de Psiquiatría. Hospital de Galdakao. Bizkaia.

^dDepartamento de Matemática Aplicada y Estadística. Universidad del País Vasco UPV-EHU.

Correspondencia: Yarima Etxeberria. Servicio de Epidemiología. Hospital de Galdakao. Barrio Labeaga, s/n. 48960 Galdakao. Bizkaia.

Correo electrónico: uinvesti@hgda.osakidetza.net

Recibido: 4 de julio de 2000.

Aceptado: 24 de noviembre de 2000.

(Assessment of quality of life in lung cancer patients)

Resumen

Objetivo: El objetivo de este estudio ha sido describir la calidad de vida de los pacientes afectados de cáncer de pulmón, midiendo parámetros físicos, psíquicos, sociales, y síntomas generales y específicos de la enfermedad, por medio de cuestionarios, e investigar si existen diferencias en aspectos de la percepción de su calidad de vida según diagnóstico.

Métodos: Se incluyeron 103 pacientes con cáncer de pulmón primario con diagnóstico citohistológico de seguridad, con edades comprendidas entre 20 y 80 años, que fueron diagnosticados a lo largo de un año. Todos los pacientes rellenaron el cuestionario de calidad de vida genérico SF-36 y el cuestionario específico EORTC-C30, y se recogió información sobre variables sociodemográficas y clínicas relevantes. Se analizaron los resultados según grupo diagnóstico y estadificación.

Resultados: Los resultados obtenidos indican que los pacientes con un estadio de la enfermedad más elevado muestran una peor calidad de vida en comparación con los pacientes que se encuentran en estadios más bajos de la enfermedad. Asimismo, los pacientes con células pequeñas en su conjunto muestran peor calidad de vida que los pacientes con diagnóstico de células no pequeñas. Estas diferencias pueden observarse tanto en las puntuaciones del cuestionario genérico como en las del cuestionario específico.

Conclusiones: En conclusión, los resultados obtenidos en el estudio muestran que el SF-36 y el EORTC captan las diferencias existentes en la percepción de la calidad de vida de los pacientes según el diagnóstico y el estadio de evolución de la enfermedad. Todas las áreas de la calidad de vida están afectadas ya en el momento del diagnóstico. Las puntuaciones resultantes de estos 2 cuestionarios son coherentes con la valoración clínica según la estadificación, lo que apoya su validez discriminativa.

Palabras clave: Calidad de vida. Cáncer de pulmón. Cuestionarios. Estado de salud. Validez.

Summary

Objectives: The aim of this study was to describe lung cancer patients' quality of life, measuring physical, psychological and social parameters, and general and specific symptoms of the disease using different questionnaires.

Methods: 103 primary lung cancer patients who were between 20 and 80 years old and recruited during one year were included. All patients fulfilled the generic health related quality of life (HRQoL) questionnaire SF-36 and the specific EORTC-C30. Also sociodemographic and clinical important data were collected. Differences in aspects of perceived quality of life by diagnostic group and stage were analysed.

Results: The results indicate that the patients with a higher disease stage had worse perception of their quality of life in comparison with patients in a lower stage of the disease. Likewise, small cell lung cancer patients, overall, showed a worse perception of their quality of life than non-small cell lung cancer patients. These differences were shown either by generic and the specific questionnaire scores.

Conclusions: The results obtained in the study show that the SF-36 and EORTC capture the differences in the perceived quality of life in patients by diagnosis and evolution stage of the disease. All quality of life areas were already affected at the moment of the diagnosis of the disease. The scores of both questionnaires are coherent with clinical evaluation, based on the clinical stage, which support the discriminative validity of those instruments.

Key words: Quality of life. Lung cancer. Questionnaires. Health status. Validity.

Introducción

En nuestra sociedad, la presencia del cáncer de pulmón es una auténtica epidemia. Continúa siendo el tumor maligno más frecuente en varones y la causa más común de muerte, y su incidencia va en aumento¹.

Una de las metodologías de estudio que está cobrando más interés en este ámbito es la basada en la utilización de instrumentos que miden la calidad de vida de estos enfermos; estos nuevos estudios se basan en la recogida de información, por medio de cuestionarios, sobre la percepción que tienen los pacientes de su calidad de vida, en áreas físicas, psicológicas o sociales^{2,3}. El concepto de calidad de vida relacionada con la salud es relativamente reciente y se ha desarrollado a partir de la idea de que las consecuencias que se derivan de una determinada enfermedad no sólo incluyen el deterioro funcional, sino que abarcan las repercusiones sobre el estilo de vida del paciente, incluyendo su propia percepción e interpretación. Los instrumentos que se utilizan para evaluar la calidad de vida pueden ser genéricos, que incluyen la totalidad de dimensiones que componen la calidad de vida, o específicos, que se concentran en un aspecto particular de la calidad de vida o se dirigen a un grupo de población concreta. En este trabajo se ha combinado la evaluación de la calidad de vida a través de un cuestionario genérico y un cuestionario específico. Se ha utilizado como cuestionario genérico la versión traducida y validada al castellano del SF-36⁴, ampliamente utilizado en diversos contextos. Como cuestionario específico dirigido a pacientes con cáncer se ha utilizado el EORTC QLQ-C30⁵.

Actualmente, se encuentran pocas referencias en la bibliografía de habla hispana referentes a la calidad de vida en pacientes afectados de cáncer de pulmón^{6,7}. Ante esta escasa evidencia con relación a este aspecto, planteamos realizar este estudio descriptivo con el propósito de conocer cuál es la situación del paciente con cáncer de pulmón al comienzo de la enfermedad.

Metodología

Sujetos

Este estudio descriptivo incluyó a todos los pacientes diagnosticados de carcinoma bronquial evaluados por un Comité de Neoplasias Pulmonares. En este comité participan expertos en enfermedades neoplásicas pulmonares, neumólogos, oncólogos y cirujanos torácicos de los hospitales de Galdakao y de Cruces (Bizkaia). Su propósito es evaluar a todos los enfermos diagnosticados de carcinoma pulmonar o cualquier otra neo-

plasia intratorácica en los mencionados hospitales y sus áreas jerarquizadas. El hospital de Galdakao, sobre el que se centra este estudio, es un centro de ámbito secundario que abarca la comarca interior de Vizcaya, de aproximadamente 300.000 habitantes.

En este estudio se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón primario con diagnóstico citohistológico de seguridad, de entre 20 y 80 años de edad, que habían sido evaluados por el comité durante el período comprendido entre abril de 1996 y abril de 1997; en total, se incluyeron 117 pacientes. Se excluyeron del estudio pacientes con una alteración clínicamente significativa multiorgánica, neurológica y/o deterioro orgánico cerebral, y aquellos que, por razones de idioma o comprensión, no podían colaborar en la cumplimentación de los cuestionarios. Se consideraron pérdidas aquellos pacientes de los que no se conocía alguna de las variables clínicas relevantes para el estudio (14 pacientes). Todos los pacientes fueron informados de los objetivos de estudio y firmaron un documento de consentimiento informado aceptando su participación.

Métodos

Durante el período de abril de 1996 a abril de 1997, un investigador se encargaba de citar a todos los pacientes en una consulta –en la que éstos contestaban las encuestas– y de recoger los datos necesarios para el estudio. Siempre que era posible, los cuestionarios eran cumplimentados por el propio paciente. Si el paciente no estaba en condiciones de rellenar él solo los cuestionarios, recibía la ayuda del investigador o de familiares.

Se contactó con los pacientes en cuatro momentos: la entrevista inicial en el momento del diagnóstico y a los 3, 6 y 12 meses desde éste. En la visita inicial se recogieron datos de filiación, sociodemográficos, antecedentes médicos, enfermedades asociadas y medicación concomitante; se clasificaron las enfermedades asociadas según el índice de Charlson⁸, que mide el impacto de las enfermedades asociadas sobre la supervivencia. Paralelamente, se revisaron de la historia clínica variables clínicas relevantes (nivel de gravedad, datos anatomopatológicos, radiológicos y de laboratorio).

Instrumentos

En todas las visitas los pacientes cumplimentaron varios cuestionarios de calidad de vida. Como cuestionario genérico se utilizó el SF-36⁹, un instrumento que proporciona un perfil del estado de salud evaluando 8 dimensiones: funcionamiento físico, rol físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, salud mental

y rol emocional. Cada dimensión se puntúa sumando los valores de los ítems que la componen; las puntuaciones oscilan de 100 (máxima capacidad o bienestar) a 0 (mínima capacidad o bienestar). El SF-36 ha sido traducido y validado en castellano⁴. Los datos pueden presentarse normalizados, con relación a la media de la población general, y en 2 áreas resumen (física y mental), síntesis de las 8 originales. Para la estandarización se utilizaron las medias y desviaciones estándar obtenidas de una muestra de población general¹⁰. Estas puntuaciones fueron luego transformadas a las normativas (media, 50; DE, 10), basándonos en los datos de otros trabajos^{10,11}. Esto permite comparar los datos de la muestra con los de la población general. Además, se obtuvieron medidas resumen para las dimensiones física y mental, utilizando los coeficientes de puntuación del factor físico y mental de la población general española. Estas puntuaciones de las medidas resumen fueron también transformadas a los datos normativos (media, 50; DE, 10)¹².

El EORTC QLQ-C30^{5,13} es un cuestionario específico de calidad de vida para pacientes con cáncer. Fue creado por el Grupo de Calidad de Vida de la European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). Consta de 30 ítems que se agrupan en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, social, emocional, cognitivo y rol –15 ítems en total–), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos –7 ítems–), una escala global de calidad de vida (2 ítems), ítems individuales relacionados con los síntomas de la enfermedad y su tratamiento (5 ítems) y un ítem de impacto financiero. Las puntuaciones de cada una de las escalas son transformadas en un rango de 0-100. Una mayor puntuación en las escalas funcionales indica un mayor funcionalismo y una superior puntuación en las escalas de síntomas, mayor nivel de sintomatología. Se utilizó la versión traducida y validada al castellano por Arrarás et al y proporcionada por la propia organización⁷.

El HAD (The Hospital Anxiety and Depression Scale) es una escala compuesta por 14 ítems auto-contestados, siete de los cuales evalúan ansiedad y los otros siete depresión¹⁴. Una puntuación de 0-7 en cualquiera de las subescalas se considera un caso no psiquiátrico, entre 8-10 puntos dudoso, y ≥ 11 puntos sería un caso clínico. La escala ha sido adaptada al castellano por Tejero et al y estudiadas sus propiedades psicométricas^{15,16}.

En total, los pacientes necesitaban unos 20 minutos para completar todos los cuestionarios.

Análisis estadístico

Como indicadores estadísticos descriptivos de las características clínicas, sociodemográficas y puntuaciones de los cuestionarios, se utilizaron la frecuencia,

el porcentaje, la media y la desviación estándar. Fueron calculadas las puntuaciones en el SF-36 y EORTC QLQ-C30 para cada grupo diagnóstico y nivel de gravedad.

Se utilizó la *t* de Student y el test ANOVA para comparar los resultados obtenidos por los pacientes de los diferentes grupos diagnósticos y niveles de gravedad en el SF-36 y el EORTC-C30. Un resultado se consideraba estadísticamente significativo si $p < 0,05$.

Los datos fueron introducidos en el programa Epi-Info 6.02. Para el análisis estadístico se utilizó el paquete SAS para Windows[®], versión 6.12.

Resultados

De los 103 pacientes estudiados, 99 (96%) fueron varones, con una edad media de 64,56 años (DE, 9,77). De ellos, 85 (82,5%) tenían un diagnóstico de células no pequeñas y 18 (17,5%) de células pequeñas. En cuanto a las enfermedades asociadas, valoradas según el índice de Charlson, 90 pacientes (87,4%) entran en las categorías de no-enfermo o moderadamente enfermo (Charlson ≤ 2) (tabla 1).

Se estudiaron los resultados del SF-36 en 2 escalas resumen: física y mental (fig. 1). En la subescala

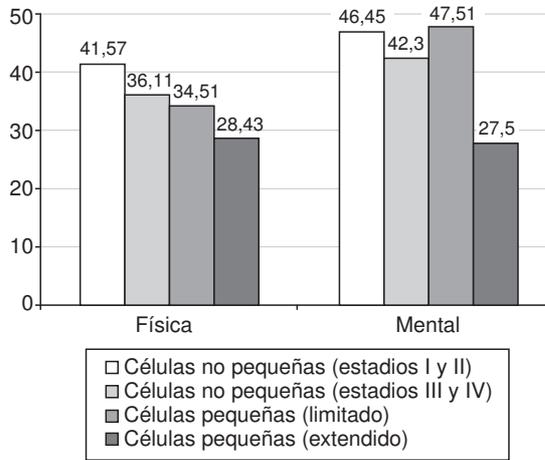
Tabla 1. Variables sociodemográficas y algunas características clínicas de pacientes con cáncer de pulmón

	<i>n</i> = 103 (%)
Varones, <i>n</i> .º (%)	99 (96)
Edad (media \pm DE)	64,56 \pm 9,77
Gravedad: ECOG (índice de Charlson)*	
0	15 (14,6)
1	62 (60,2)
2	26 (25,2)
Células no pequeñas	85 (82,5)
Estadio I	24 (28,2)
Estadio II	3 (3,5)
Estadio IIIa	12 (14,1)
Estadio IIIb	24 (28,2)
Estadio IV	22 (25,9)
Células pequeñas	18 (17,5)
Limitado	15 (83,3)
Extendido	3 (16,7)
Enfermedades asociadas (I. Charlson)*	
0	24 (23,5)
1	40 (39,2)
2	26 (25,5)
3	7 (6,9)
4	5 (4,9)

ECOG: índice del Earsten Collaborative Oncology Group.

*Un dato perdido.

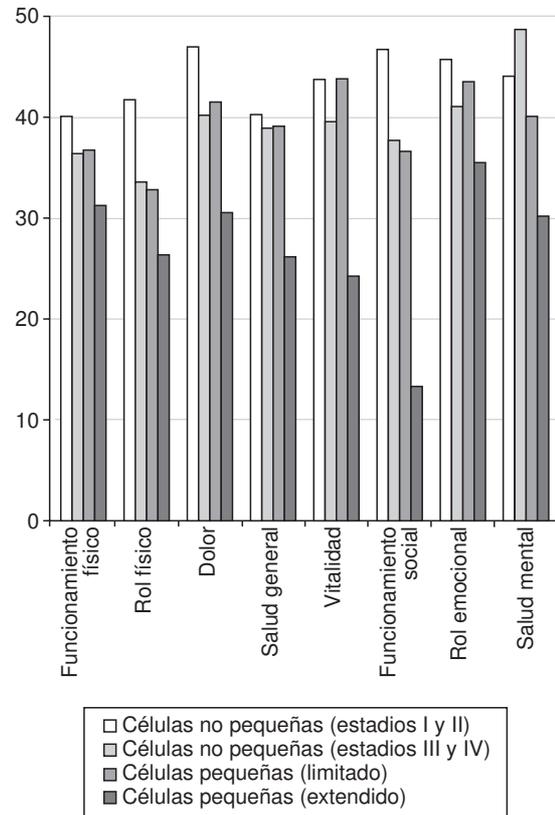
Figura 1. Puntuaciones resumen en las 2 subescalas del SF-36 (física y mental) en pacientes con cáncer de pulmón por diagnóstico y gravedad. El valor 50 señala el valor medio normalizado de la población general de referencia, obtenido a partir de la estandarización y desviaciones estándar obtenidas de una muestra de población general y la transformación de éstas a las normativas (media, 50; DE, 10).



física, los pacientes del grupo de células no pequeñas presentan una mejor calidad de vida (37,85) que los de células pequeñas (33,5), aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. Asimismo, en cada grupo diagnóstico, a mayor nivel de gravedad (estadios III y IV en el grupo de células no pequeñas y extendido en el de células pequeñas) peor calidad de vida. En la subescala mental, los pacientes con células pequeñas y estadio extendido son los que presentan peor calidad de vida (27,5) en comparación con los otros 3 grupos. En comparación con la población general española, hay diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones de todos los grupos en las subescalas física y mental, excepto en la subescala mental para los grupos de células no pequeñas y estadio I y II, y para el grupo de células pequeñas y estadio limitado.

También se analizaron los resultados del SF-36 en sus 8 áreas (fig. 2). El grupo de células pequeñas y estadio extendido es el que presenta peor calidad de vida en todas las áreas, especialmente en funcionamiento social (13,3), vitalidad (24,2) y salud general (26,1). Los pacientes del grupo de células no pequeñas y estadios I y II obtienen una mayor puntuación en todas las áreas, excepto en salud mental, en comparación con los otros 3 grupos. Comparando las puntuaciones de cada uno de los grupos diagnósticos, dentro del grupo de células no pequeñas, existen diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes en estadios I-II y III-IV en rol físico y dolor. En el grupo de células pequeñas, se dan diferencias significativas entre

Figura 2. Resultados del cuestionario de Calidad de Vida SF-36 en pacientes con cáncer de pulmón por diagnóstico y gravedad. Puntuaciones normalizadas con la población general española. El valor 50 señala el valor medio normalizado de la población general de referencia, obtenido a partir de la estandarización de las medias y desviaciones estándar obtenidas de una muestra de población general y la transformación de éstas a las normativas (media, 50; DE, 10).



los pacientes con un estadio limitado o extendido en salud general, salud mental, vitalidad y funcionamiento social. En comparación con la población general española, existen diferencias estadísticamente significativas en todos los grupos y áreas, excepto en salud mental en el grupo de células pequeñas y estadio limitado, y en dolor, funcionamiento social y rol emocional en el grupo de células no pequeñas y estadios I y II.

Analizando las puntuaciones en el EORTC QLQ-C30 (tabla 2) en cada grupo diagnóstico, en todas las escalas y en todos los ítems de síntomas, excepto para la diarrea, los pacientes con mayor nivel de gravedad reflejan peor calidad de vida que los de menor nivel de gravedad. En las escalas funcionales se observan diferencias significativas entre los pacientes con células no pequeñas de los estadios I-II y III-IV en función rol, y en los ítems de síntomas se observan diferencias entre

Tabla 2. Valor medio de las áreas del cuestionario de Calidad de Vida EORTC QLQ-C30 en pacientes con cáncer de pulmón, globales y por diagnóstico y gravedad; media (DE)

	Células no pequeñas (n = 85)		Células pequeñas (n = 18)	
	Estadio I-II (n = 27)	Estadio III-IV (n = 58)	Limitado (n = 15)	Extendido (n = 3)
<i>Escalas funcionales^a</i>				
Función física	69,6 (23,8)	60,7 (30,4)	58,6 (23,3) ^b	20,0 (0)
Función social	90,7 (18,7)	80,7 (25,3)	91,1 (15,3)	38,9 (34,7)
Función emocional	75,6 (20,0)	67,2 (23,2)	71,1 (27,6)	44,4 (37,6)
Función cognitiva	85,2 (18,7)	83,3 (21,8)	87,7 (19,4) ^b	38,9 (19,2)
Función rol	74,7 (28,6) ^b	56,3 (35,3)	62,2 (24,8) ^b	11,1 (19,2)
<i>Síntomas</i>				
Pérdida de apetito	13,6 (23,1)	37,3 (34,2)	35,5 (44,5)	77,8 (38,4)
Estreñimiento	14,8 (21,3)	35,0 (37,2)	33,3 (43,6)	66,7 (33,3)
Diarrea	2,5 (8,9)	2,3 (8,5)	6,6 (25,8)	0,0 (0)
Disnea	18,5 (21,3)	24,1 (31,7)	40,0 (36,1)	66,7 (0)
Fatiga	22,2 (14,1) ^b	43,3 (29,6)	44,4 (26,9) ^b	85,2 (6,4)
Náuseas y vómitos	0,6 (3,2)	9,5 (18,8)	8,9 (15,3) ^b	33,3 (16,7)
Dolor	19,1 (22,0)	35,9 (33,6)	31,1 (28,1) ^b	77,8 (9,6)
Problemas de sueño	29,6 (32,5)	47,4 (34,7)	35,5 (38,8)	55,6 (50,9)
Impacto económico	6,2 (20,7)	11,5 (26,9)	8,8 (23,5)	22,2 (19,2)
Escala global de calidad de vida	62,3 (19,9) ^b	49,6 (21,3)	53,3 (24,8)	44,4 (26,8)

^aUna mayor puntuación en las escalas funcionales indica mayor funcionalismo y superior puntuación en las escalas de síntomas, mayor nivel de sintomatología.

^bIndican diferencias estadísticamente significativas, $p < 0,05$, entre las puntuaciones de estadios leve-moderado y grave en cada uno de los grupos diagnósticos, según la *t* de Student.

estos dos niveles de gravedad en la fatiga y en la escala global de calidad de vida. En el grupo de pacientes con células pequeñas, se observan diferencias significativas entre los pacientes con estadio limitado y extendido en las escalas de función física, cognitiva y rol, y en los ítems de fatiga, náuseas y vómitos, y dolor. La desviación estándar de las puntuaciones de los pacientes de los 4 grupos en prácticamente todas las escalas de este cuestionario indica una gran variabilidad en sus respuestas.

Para valorar el grado de impacto psicológico de la enfermedad en estos pacientes, se utilizó el cuestionario HAD. El porcentaje de pacientes que obtuvieron puntuaciones que reflejan patología clínica (> 10 en cada una de las escalas del HAD) fue bajo en todos los grupos. En el grupo de células no pequeñas y en la escala de ansiedad, 14 pacientes (16,47%) obtuvieron puntuaciones sugestivas de caso clínico y 12 (14,12%) en la escala de depresión. En el grupo de pacientes con células pequeñas, tres reflejaron sintomatología de ansiedad (16,67%) y dos de depresión (11,11%).

Aunque uno de los objetivos del estudio era realizar un seguimiento hasta el año después del momen-

to del diagnóstico, el número de pérdidas fue elevado debido a la gravedad de la patología que se estaba estudiando. En los 3 periodos de seguimiento (a los 3, 6 y 12 meses desde el diagnóstico) se perdió, en cada ocasión, alrededor de un 50% de los pacientes que habían respondido en la anterior fase, y se consideró que estas pérdidas tan abundantes no permitían aprovechar los datos para un análisis estadístico.

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que los pacientes con una estadificación de la enfermedad más alta (estadio III-IV en células no pequeñas y estadio extendido en células pequeñas) muestran una peor calidad de vida en comparación con los pacientes que se encuentran en estadios más bajos de la enfermedad en el momento del diagnóstico. Asimismo, los pacientes con células pequeñas en su conjunto muestran una peor calidad de vida que los de células no pequeñas. Estas diferencias pueden observarse en las puntuaciones del cuestionario genérico y del específico.

Se puede resaltar la diferencia que muestran las puntuaciones de los pacientes con células pequeñas y estadio extendido en comparación con los otros 3 grupos, lo cual indica que la percepción de la calidad de vida de estos pacientes es significativamente peor que en cualquier otro grupo de pacientes con cáncer de pulmón, a pesar de que esta percepción negativa no se refleja en los niveles de ansiedad y depresión de este grupo. En todo caso, es necesario tener en cuenta que la muestra de este grupo era únicamente de 3 pacientes, lo que limita la potencia estadística a la hora de generalizar las conclusiones al conjunto de los pacientes de este diagnóstico y estadio.

Se intentó comparar los resultados obtenidos en este estudio con datos de otros trabajos en los que se utilizara el QLQ-C30 en pacientes con cáncer de pulmón en España, pero los 2 trabajos localizados no incluyen los valores del cuestionario desgranados por áreas, sino que estudian principalmente propiedades psicométricas de la adaptación del cuestionario a la población española, en sus dos versiones^{7,17}. No se utilizó el módulo QLQ-LC13 específico para cáncer de pulmón por no estar validado en español en el momento de realizarse el estudio⁶.

No se han encontrado estudios realizados en España en los que se valorara la calidad de vida en estos pacientes con cuestionarios genéricos, por lo que no podemos comparar nuestros resultados con otros trabajos. En cuanto a estudios realizados en otros países con el SF-36, Kurtz et al¹⁸ analizan las puntuaciones en la escala de funcionamiento físico y rol físico de 130 pacientes con cáncer de pulmón y las comparan con

las obtenidas por pacientes con otros tipos de cáncer. Los resultados que se obtienen muestran que los pacientes con cáncer de pulmón son el grupo que muestra peor calidad de vida en comparación con los otros grupos. Mangione et al¹⁹ comparan las puntuaciones obtenidas con el SF-36 en 3 tipos de cirugía: prótesis total de cadera, cirugía torácica y tratamiento quirúrgico en pacientes con cáncer de pulmón y células no pequeñas, y analizan los cambios 1, 6 y 12 meses después de la intervención. En este estudio también encuentran que las subescalas de funcionamiento y rol físico se hallan afectadas de manera importante en los pacientes con cáncer de pulmón.

Estos trabajos previos confirman nuestra hipótesis sobre la gran afectación de la calidad de vida en este grupo de pacientes. Esta idea queda corroborada en nuestro trabajo al mostrar que esta afectación, que se manifiesta cuando se utilizan cuestionarios específicos, también se refleja cuando valoramos la calidad de vida a partir de genéricos, por lo que los resultados obtenidos aún son más fiables.

Pueden identificarse varias limitaciones en nuestro estudio. En primer lugar, el diseño descriptivo no permite disponer de datos de seguimiento de estos pacientes y, por tanto, no permite saber si las puntuaciones en los cuestionarios genérico y específico pudieran tener un valor predictivo de la evolución clínica de los pacientes con cáncer de pulmón. El objetivo inicial de nuestro estudio era realizar un seguimiento a los 3, 6 y 12 meses, pero debido a la elevada mortalidad y al deterioro que acompaña a esta patología no obtuvimos una muestra suficiente como para poder extraer conclusiones sobre la evolución en la calidad de vida de ninguno de los 4 grupos. Este problema ya se había observado anteriormente en otras series⁷. Por otro lado, el grupo de pacientes con células no pequeñas era suficientemente numeroso (n = 85) y las conclusiones que se obtienen de las puntuaciones de los pacientes en este grupo pueden ser generalizables. En cuanto al grupo de pacientes con diagnóstico de células peque-

ñas (n = 18) y, en especial, aquellos con estadio extendido, suponen una muestra muy pequeña, por lo que los resultados obtenidos en estos grupos deben interpretarse teniendo en cuenta esta limitación. También podría considerarse como una limitación del estudio el hecho de que un 96% de los pacientes fueran varones, pero este ratio varones/mujeres es parecido al que se ha detectado en otros estudios realizados en España^{6,17}.

Junto con esto, deben tenerse en cuenta las limitaciones propias de la utilización de cuestionarios de calidad de vida en pacientes con un alto deterioro de su salud. Finalmente, los cuestionarios genéricos no evalúan síntomas específicos asociados con una patología concreta y, en ocasiones, presentan el denominado efecto techo –en los pacientes con mejores puntuaciones no pueden captarse mejorías– y efecto suelo –en los pacientes con peores puntuaciones no puede observarse el empeoramiento²⁰.

En resumen, los resultados obtenidos en el estudio muestran que el SF-36 y el EORTC QLQ-C30 captan las diferencias existentes en la percepción de la calidad de vida de los pacientes según el diagnóstico y el estadio de evolución de la enfermedad. Las puntuaciones resultantes de estos 2 cuestionarios son coherentes con la valoración clínica, es decir, los pacientes con un diagnóstico más grave (células pequeñas) o en una estadiificación más avanzada (estadios III y IV o extendido) muestran una peor calidad de vida en sus puntuaciones. La evaluación de la calidad de vida a través de estos cuestionarios genérico y específico permite conocer qué áreas están más afectadas en cada grupo y proporcionan al clínico una información muy importante con relación al diagnóstico y la evolución del paciente.

Agradecimientos

Este trabajo se ha realizado con la ayuda económica de la Beca del Fondo de Investigación Sanitaria FIS 96/0641.

Bibliografía

1. Franceschi S, Bidoli E. The epidemiology of lung cancer. *Ann Oncol* 1999; 10 (Supl 5): 3-6.
2. Hollen PJ, Gralla RJ. Comparison of instruments for measuring quality of life in patients with lung cancer. *Seminars in Oncology* 1996; 23 (Supl 5): 31-40.
3. Montazeri A, Gillis CR, McEwen J. Quality of life in patients with lung cancer: a review of literature from 1970 to 1995. *Chest* 1998; 113 (2): 467-481.
4. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin (Barc)* 1995; 104 (20): 771-776.
5. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Curran D, Groenvold M. EORTC QLQ-C30. Scoring manual (2.^a ed.). Bruselas: EORTC Quality of Life Study Group, 1999.
6. Arrarás JI, Prujá E, Marcos M, Tejedor M, Illarramendi JJ, Vera R et al. El cuestionario de calidad de vida para cáncer de pulmón de la EORTC QLQ-LC13. Estudio de validación para nuestro país. *Oncología* 2000; 23 (3): 127-134.
7. Arrarás JI, Prujá E, Tejedor M, Illarramendi JJ, Domínguez MA, Valerdi JJ. El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC, QLQ-C30 (versión 2.0). Estudio estadístico de validación para nuestro país con pacientes con cáncer de pulmón. *Rev Oncol* 1999; 1: 257-263.
8. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal stu-

- dies: development and validation. *J Chron Dis* 1987; 40 (5): 373-383.
9. Ware JE Jr, Snow KK, Kosinski MA. SF-36 Health Survey, manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.
 10. Alonso J, Regidor E, Barrio G, Prieto L, Rodríguez C, De la Fuente L. Valores poblacionales de referencia de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36. *Med Clin (Barc)* 1998; 111 (11): 410-416.
 11. Anitua C, Quintana JM. Valores poblacionales del índice de salud SF36 en el País Vasco: importancia y aplicación en la práctica clínica. *Osasunkaria-Revista Vasca de Salud Pública y Gestión Sanitaria* 1999; 17: 10-17.
 12. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36. Physical & mental health summary scales: a user's manual. Boston: The Health Institute, 1994.
 13. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993; 85 (5): 365-376.
 14. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983; 67 (6): 361-370.
 15. Comeche MI, Díaz MI, Vallejo MA. DMVM. Cuestionarios, inventarios y escalas. Ansiedad, depresión y habilidades sociales. Madrid: Fundación Universidad-Empresa, 1995; 82-86.
 16. Tejero A, Guimerà EM, Farré JM, Perri JM. Uso clínico del HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) en población psiquiátrica: un estudio de su sensibilidad, fiabilidad y validez. *Rev Depto Psiquiatría Facultad de Med Barna* 1986; 13: 233-238.
 17. Arrarás JI, Illarramendi JJ, Valerdi JJ. El cuestionario de calidad de vida de la EORTC. Estudio estadístico de validación con una muestra española. *Revista de Psicología y Salud* 1995; 7: 13-33.
 18. Kurtz ME, Kurtz JC, Stommel M, Given CW, Given B. Loss of physical functioning among geriatric cancer patients: relationships to cancer site, treatment, comorbidity and age. *Eur J Cancer* 1997; 33 (14): 2352-2358.
 19. Mangione CM, Goldman L, Orav EJ, Marcantonio ER, Pedan A, Ludwig LE et al. Health-related quality of life after elective surgery: measurement of longitudinal changes. *J Gen Intern Med* 1997; 12 (11): 686-697.
 20. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med* 1993; 118 (8): 622-629.
-