

## Implicaciones de la calidad de vida en las decisiones quirúrgicas del cáncer de pulmón

L. Puente-Maestu e Y. Martínez Abad

Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

En un artículo de esta Revista en el que revisábamos el papel de las pruebas de esfuerzo en la resección pulmonar, considerábamos que al decidir la operabilidad deberían tenerse en cuenta la calidad de vida (CV) posquirúrgica, particularmente en los pacientes con menor esperanza de supervivencia<sup>1</sup>. La cuestión podría formularse del siguiente modo: ¿merece la pena hacer una resección pulmonar por cáncer de pulmón aun a riesgo de que la CV sea pobre en pacientes en los que la supervivencia esperada es baja? Aunque ningún estudio se ha planteado esta cuestión tal cual, sí hay en la bibliografía información que permite extraer algunas conclusiones. Para enfocar el problema es preciso dejar claro que la CV es una valoración subjetiva del paciente y que es erróneo asumir, sobre la base de nuestra experiencia, lo que a otra persona le merece la pena; por ejemplo, en pacientes operados de cáncer pulmonar la valoración externa de la CV hecha por un psiquiatra dedicado a estos pacientes guardaba una correlación muy pobre ( $r = 0,41$ ) con la valoración hecha por el paciente<sup>2</sup>.

Antes de entrar en materia, parece relevante mencionar que, cuando se pregunta a pacientes de la edad de los que padecen habitualmente cáncer de pulmón, muchos estarían dispuestos a aceptar tratamientos agresivos o tóxicos si éstos les prolongaran la supervivencia, y en general prefieren vivir más incluso cuando se les plantean situaciones en las que la CV será pobre por la disnea, la inmovilidad o la dependencia extrema de otros. Ésta es al menos la conclusión de un estudio de 388 adultos mayores a los que se les plantearon 17 situaciones terminales o no terminales<sup>3</sup>. Otro factor que parece influir en el deseo de aceptar tratamientos agresivos es el grado de bienestar; en una serie los sujetos que consideraban que tenían un alto grado de bienestar social eran más propensos a aceptar tales tratamientos<sup>4</sup>.

Entrando ya en el tema de este artículo, Dales et al<sup>5</sup> valoraron la CV antes de la intervención y en los meses 1, 3, 6 y 9 en una cohorte de 117 sujetos consecutivos sometidos a toracotomía. El 14% refería disnea moderada o intensa antes de la intervención, cifra que llegó al

34% al tercer mes, para reducirse al 10% en los meses sexto y noveno. De forma similar, las actividades de la vida diaria estaban reducidas en el 11% de los pacientes en el preoperatorio, proporción que pasó al 21% a los 3 meses, para volver a las cifras preoperatorias a los 6 y 9 meses. Zieren et al<sup>2</sup> evaluaron la CV en pacientes sometidos a una resección presumiblemente curativa de cáncer de pulmón. La CV se valoró con el EORTC QLQ-C30 en 20 pacientes en el preoperatorio y luego cada 3 meses tras la cirugía hasta el primer año. En el momento del alta los pacientes tenían unas puntuaciones de CV menores que las preoperatorias, pero a los 6 meses se habían recuperado. Por el contrario, Handy et al<sup>6</sup> encontraron en 131 pacientes sometidos a resección pulmonar que a los 6 meses la CV era peor que antes de la intervención, fundamentalmente en lo referente a los índices de función social y de dolor. Utilizaron el Quality of Life Index y el SF-36 antes de la cirugía y a los 6 meses. Un dato interesante de este estudio es que la mortalidad quirúrgica intrahospitalaria fue de 5,8%, y un 12,2% adicional murió en los primeros 6 meses. El factor de transferencia de monóxido de carbono, pero no la espirometría ni la prueba de marcha, guardaba relación con la CV. En este estudio se observó que a los pacientes les preocupaba más cómo la cirugía iba a cambiar su vida que la mortalidad postoperatoria.

En otro estudio muy reciente<sup>7</sup> se compararon los resultados de CV de 132 pacientes operados de carcinoma broncogénico que habían sobrevivido al menos un año (mediana de 23 meses) con los de 121 pacientes operados de derivación aortocoronaria. Ambos grupos tenían puntuaciones de CV (SF-36) inferiores a la población sana, pero no hubo diferencias entre ellos salvo en el dominio de "función física", mientras que las puntuaciones de ansiedad o depresión eran similares. De nuevo, la menor CV se obtuvo a los 3 meses y las puntuaciones preoperatorias se habían recuperado a los 12 meses. Los resultados de este estudio son algo sorprendentes, ya que cabría esperar más ansiedad y depresión asociadas al dolor con la toracotomía lateral que con la estereotomía media<sup>8</sup>. Por otro lado, se ha comunicado que los pacientes operados de cáncer de pulmón puntúan peor su CV que los intervenidos de colon y de próstata<sup>9</sup>.

Sarna et al<sup>10</sup> midieron la CV en 142 sujetos con cáncer de pulmón que habían vivido más de 5 años (QOL-Survivor y SF-36). La mayoría de los supervivientes

Correspondencia: Dr. L. Puente-Maestu.  
Servicio de Neumología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón.  
Dr. Ezquerdo, 46. 28007 Madrid. España.  
Correo electrónico: lpuente@separ.es

Recibido: 21-6-2004; aceptado para su publicación: 31-8-2004.

(71%) se describió como esperanzado y el 50% veía el cáncer como una experiencia positiva. Este estudio muestra un cuadro sorprendentemente positivo: muchos pacientes mostraban una CV razonablemente elevada incluso a pesar de que la mayoría tenía alteraciones funcionales pulmonares. La causa principal de una CV pobre entre los que presentaban las puntuaciones más bajas era la depresión, potencialmente mejorable, no la limitación física. Los supervivientes de cáncer de pulmón tenían una situación mental mejor que los pacientes con otras enfermedades respiratorias crónicas. Estos mismos autores, en otro trabajo, no encontraron relación entre las alteraciones funcionales y la CV<sup>11</sup>.

Otro aspecto interesante es si existen diferencias entre la resección convencional y la videotoracoscopia (VAT). Lee et al<sup>12</sup> estudiaron a pacientes intervenidos por cáncer de pulmón en China que habían sobrevivido a largo plazo (mediana de 37 meses en el grupo con VAT y 39 meses en el grupo de toracotomía). El grupo de VAT estaba compuesto por 27 pacientes y el de toracotomía por 24. La CV se midió con las versiones chinas del EORTC QLQ-C30 y el EORTC QLQ-LC13. Ambos grupos tenían puntuaciones de CV similares, aunque los intervenidos por VAT tenían mejores puntuaciones de función y menos síntomas, sin que las diferencias alcanzaran significación estadística. La puntuación de función fue elevada a pesar de la frecuencia bastante elevada de síntomas.

Sugiura et al<sup>13</sup> estudiaron a 44 pacientes con cáncer de pulmón en estadio I, 22 de ellos intervenidos por VAT y los otros 22 por toracotomía. El dolor agudo se valoró por la necesidad de uso de opiáceos o analgesia epidural, y la CV preguntando al paciente por la existencia de dolor torácico crónico, limitación de la función del brazo, tiempo que habían tardado en recuperar la actividad preoperatoria y satisfacción con la intervención. Los pacientes intervenidos con VAT tuvieron menos dolor agudo postoperatorio, tardaron menos en recuperar su actividad, les preocupaba menos la cicatriz y tenían mejor impresión global de la intervención.

De la información proporcionada en estos estudios parecen deducirse las siguientes conclusiones:

1. La CV se deteriora tras la intervención, particularmente durante los 3 a 6 primeros meses, pero a los 6-12 meses los pacientes se recuperan. Es posible que esto ocurra porque desaparezca el dolor torácico o porque la función pulmonar y la capacidad de esfuerzo se recuperen<sup>14</sup>, pero también puede ser un sesgo de selección debido a que los pacientes en peor situación funcional no superen dicho período<sup>6</sup>.

2. Los escasos datos disponibles indican que la CV postoperatoria no se pueda predecir con la evaluación funcional preoperatoria.

3. En el único estudio en el que se hace mención de este aspecto, los pacientes echaron en falta más infor-

mación sobre cómo la cirugía iba a cambiar su vida<sup>6</sup>. La mayoría parecía dispuesta a asumir el riesgo si suponía vivir más, pero les habría gustado que les hubiesen informado de los cambios en la capacidad física y en su vida social, y de la posibilidad de que estas alteraciones tardaran algún tiempo en recuperarse.

4. Existe un período entre uno y 6 meses en los que podría haber un exceso de mortalidad relacionada con la cirugía, no con el tumor, que no se contempla en los estudios de mortalidad postoperatoria.

5. La medición de la CV puede facilitar la evaluación por parte de los que cuidan al paciente de sus síntomas (dolor) y de la existencia de problemas corregibles (depresión).

6. La intervención por VAT parece mejorar la CV en los primeros meses, pero no a largo plazo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Puente-Maestu L, Ruiz Martón JJ. Prueba de esfuerzo en la cirugía resectiva pulmonar. Arch Bronconeumol. 2003;39:126-32.
2. Zieren HU, Muller JM, Hamberger U, Pichlmaier H. Quality of life after surgical therapy of bronchogenic carcinoma. Eur J Cardiothorac Surg. 1996;10:233-7.
3. Cicirelli VG. Relationship of psychosocial and background variables to older adults' end-of-life decisions. Psychol Aging. 1997; 12:72-9.
4. Yellen SB, Cella DF. Someone to live for: social well-being, parenthood status, and decision making in oncology. J Clin Oncol. 1995;13:1255-62.
5. Dales RE, Belanger R, Shamji FM, Leech J, Crepeau A, Sachs HJ. Quality-of-life following thoracotomy for lung cancer. J Clin Epidemiol. 1994;47:1443-9.
6. Handy JR Jr, Asaph JW, Skokan L, Reed CE, Koh S, Brooks G, et al. What happens to patients undergoing lung cancer surgery? Outcomes and quality of life before and after surgery. Chest. 2002;122:21-30.
7. Myrdal G, Valtysdottir S, Lambe M, Stahle E. Quality of life following lung cancer surgery. Thorax. 2003;58:194-7.
8. Asaph JW, Handy JR Jr, Grunkemeier GL, Douville EC, Tsen AC, Rogers RC, et al. Median sternotomy versus thoracotomy to resect primary lung cancer: analysis of 815 cases. An Thorac Surg. 2000;70:373-9.
9. Schag CAC, Ganz PA, Wing DS, Sim MS, Lee JJ. Quality of life in adult survivors of lung, colon, and prostate cancer. Qual Life Res. 1994;3:127-41.
10. Sarna L, Padilla G, Holmes C, Tashkin D, Brecht ML, Evangelista L. Quality of life of long-term survivors of non-small-cell lung cancer. J Clin Oncol. 2002;20:2920-9.
11. Sarna L, Evangelista L, Tashkin D, Padilla G, et al. Impact of respiratory symptoms and pulmonary function on quality of life of long-term survivors of non-small cell lung cancer. Chest. 2004; 125:439-45.
12. Li WW, Lee TW, Lam SS, Ng CS, Sihoe AD, Wan IY, et al. Quality of life following lung cancer resection: video-assisted thoracic surgery vs thoracotomy. Chest. 2002;122:584-9.
13. Sugiura H, Morikawa T, Kaji M, Sasamura Y, Kondo S, Katoh H. Long-term benefits for the quality of life after video-assisted thoracoscopic lobectomy in patients with lung cancer. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 1999;9:403-8.
14. Bolliger CT, Jordan P, Soler M, Stulz P, Tamm M, Wyser C, et al. Pulmonary function and exercise capacity after lung resection. Eur Respir J. 1996;9:415-21.