

INVESTIGACIÓN DE RESULTADOS TRAS DERIVACIÓN URINARIA (CALIDAD DE VIDA)

J.M^a Martínez-Sagarra Ocejá
C. Conde Redondo

Servicio de Urología.
Hospital Universitario Río Hortega.
Valladolid.

En la elección entre distintas alternativas de tratamiento, con frecuencia se sopesa cantidad y calidad de vida, la supervivencia considerada de una forma aislada puede no responder a las expectativas del paciente¹.

La calidad de vida es una consideración importante para los pacientes cuando se escoge tratamiento después de la cistectomía radical.

La falta de evidencia en cuanto a esperanza de vida en estos pacientes, o incluso siendo pesimistas y considerando que la esperanza de vida sea corta, hace que debamos centrarnos en la calidad más que en la cantidad de vida (al fin y al cabo, si la esperanza de vida puede ser corta, que el paciente viva con cierta calidad). No cabe duda que en el caso de que la esperanza de vida pudiera considerarse como larga el final del razonamiento sería el mismo: no sólo cantidad sino calidad.

El término calidad de vida aparece ya en los escritos de Hipócrates y aparece mencionada por Pigou en 1920 en un libro sobre economía y bienestar, no reapareciendo hasta después de la segunda guerra mundial, cuando fue utilizado por la Comisión Presidencial de O. Eisenhower en 1960².

La Organización Mundial de la Salud definió la Salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente como la ausencia de enfermedad³.

La calidad de vida es difícil de definir, depende de la escala de valores por los que cada individuo ha optado libremente y de los recursos emocionales y personales de cada uno. Además está sometida a determinantes económicos, sociales, culturales y se modifica con el paso del tiempo. De una manera específica en el ámbito de la medicina, la calidad de vida, integra aspectos relacionados con el funcionamiento físico, mental y con el estado de bienestar, de forma que para valorar la calidad de vida de nuestros pacientes debe tenerse en cuenta el estado objetivo de salud, de funcionamiento del individuo y la percepción por éste de su propia salud, siendo ésta última apreciación, a fin de cuentas, la más importante para el paciente^{4,5}.

Si en 1978 aparecieron 273 publicaciones referenciadas en la base de datos de Medline como calidad de vida, en 1998 la cifra alcanzó los 3.135 artículos, lo que da una clarísima idea de la importancia e interés del tema. A su vez cientos de test o instrumentos de medida de la calidad de vida se han desarrollado en el mismo tiempo, a veces la misma vaguedad del término calidad de vida, así como lo inapropiado de los métodos empleados o su análisis estadístico ha hecho que el análisis de los resultados sea difícil de interpretar⁶.

La calidad de vida es medida empleando cuestionarios conocidos como instrumentos de medida de la calidad de vida. Estos instrumentos son siempre desarrollados empleando principios psicométricos, el desarrollar un nuevo instrumento no debe tomarse a la ligera y deberían emplearse siempre que fuera posible cuestionarios validados y de confianza.

En este sentido es importante conocer que la mayoría de los existentes se han desarrollado en el mundo anglosajón y que su aplicación a otra sociedad, como pudiera ser la española, no siempre es factible. Los instrumentos deben de ser culturalmente adaptados y no simplemente traducidos⁷.

Los instrumentos contienen preguntas que están organizadas en escalas, cada escala mide un aspecto diferente o campo. Los campos pueden ser generales o específicos de determinada enfermedad.

Campos generales refieren sus preguntas a aspectos genéricos de la calidad de vida, mientras los campos específicos se focalizan en el impacto que determinadas disfunciones orgánicas tienen sobre la calidad de vida⁵. Todos estos cuestionarios deben ser adecuados al problema de salud que se quiere medir; deben ser precisos, deben ser capaces de detectar los cambios entre los diferentes individuos y los cambios de respuesta de un mismo individuo a lo largo del tiempo, deben basarse en los datos obtenidos de los pacientes y finalmente estar compuestos de preguntas aceptables por los pacientes.

Cuando se pretende evaluar una intervención terapéutica específica los campos específicos son más apropiados para el estudio, si bien no pueden omitirse los campos generales. A pesar del elevado número de cuestionarios existentes ninguno es específico del problema ocasionado con la cistectomía radical, aunque existe una modificación del EORTC QOL C30 referente al cáncer vesical. Esto hace difícil la evaluación de la calidad de vida después de diferentes alternativas de derivación urinaria y hace preciso combinar diversos cuestionarios relacionados dentro de la esfera de impacto de la cistectomía radical.

REFERENCIAS

1. Outcomes of cancer treatment for technology Assessment and cancer treatment guidelines. American Society of Clinical Oncology. *J.Clin.Onc.* 1996; **14**: 671-9.
2. WOOD-DAUPHINEE S. Assessing quality of life in clinical research from where have we come and where are we going?. *J Clin Epidemiol* 1999; **52**: 355-63.
3. Constitution of the World Health Organization. En *World Health Organization. Handbook of basic documents* (5 ed). Ginebra Palais des Nations 1952; 3-20.
4. WAREJ, E. Standards for validating health measures: definition and content. *J Chron Dis* 1987; **40**: 473-80.
5. TESTA MA. SIMONSON DC. Assessment of quality of life outcomes. *New Engl J Med* 1996; 334: 835-40.
6. FALLOWFIELD L. Quality of quality of life data. *Lancet* 1996; **348**: 421-2
7. BULLINGUER M, ALONSO J, APOLONE G, LEPLIGE A, SULLIVAN M WOOD-DAUPHINEE S, GANDEK B, WAGNER A, AARONSON N, BECH P, FAKUHARA S, KAASA S, WARE JE JR. Translating health status questionnaires and evaluating their quality. The IQOLA Project Approach International Quality of Life Assessment. *J Clin Epidemiol* 1998; **51**: 913-23.
8. DONOVAN K, SANSON FISHER RW, REDMAN S. Measuring quality of life in cancer patients. *J Clin Oncol* 1989; **7**: 959-68.