



ORIGINAL

Percepción de la calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida en un grupo de pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en un hospital de Zaragoza, España



Estela Hernández-Bello^{a,*}, Manuel Bueno-Lozano^b, Paola Salas-Ferrer^c
y Manuel Sanz-Armunia^d

^a Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^b Departamento de Fisiatría y Enfermería. Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España

^c Servicio de Urgencias y Emergencias 061, Aragón, España

^d Centro sociosanitario de alta resolución, Fraga, Huesca, España

Recibido el 31 de mayo de 2015; aceptado el 5 de abril de 2016

Disponible en Internet el 2 de julio de 2016

PALABRAS CLAVE

Calidad de vida;
Cuidados paliativos;
Cáncer;
Satisfacción;
EORTC

Resumen

Fundamento y objetivo: Mediante este estudio se buscó conocer la calidad de vida percibida por pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos, así como la influencia que tiene la satisfacción con la asistencia sanitaria en la calidad de vida de estos pacientes. Se utilizaron escalas de la EORTC para conseguir esta información.

Material y método: Estudio descriptivo transversal con 47 pacientes oncológicos terminales con cuidados paliativos en la unidad de hospitalización de oncología del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza (España), durante febrero, marzo y abril de 2014. Se evaluó la calidad de vida y la satisfacción con la asistencia sanitaria a través de los cuestionarios EORTC QLQ C15-PAL y EORTC INPATSAT32.

Resultados: Los participantes fueron en un 57,4% hombres, con 64 años de edad media, y todos tuvieron una persona principal de apoyo, siendo la pareja sentimental en un 74,5%. Los diagnósticos más frecuentes fueron: cáncer de pulmón, mama y colon. Los pacientes consideraron que tenían una calidad de vida buena con una media de 51,77 puntos, medida con el cuestionario EORTC QLQ C15-PAL. La satisfacción con la asistencia sanitaria medida con el cuestionario EORTC INPATSAT32 mostró una satisfacción media con la asistencia de medicina, enfermería y con los servicios y organización con 57,78, 57,54 y 52,2 puntos respectivamente. En general, los pacientes estuvieron muy satisfechos con la asistencia, con una media de 83 puntos.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estela.hb2@hotmail.com (E. Hernández-Bello).

Conclusiones: Los pacientes obtuvieron una calidad de vida buena, y estuvieron muy satisfechos con la asistencia sanitaria en general, sin establecer relación entre esta y la calidad de vida.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Quality of life;
Palliative care;
Cancer;
Satisfaction;
EORTC

Perceived quality of life and satisfaction with health care received in a group of terminal cancer patients receiving palliative care in a hospital in Zaragoza, Spain

Abstract

Background and objective: The aim of this study is to determine the perceived quality of life of terminal cancer patients receiving palliative care, and the influence of health care satisfaction in the quality of life of these patients. EORTC scales were used to collect this information.

Patients and methods: Descriptive cross-sectional study was conducted on 47 terminal cancer patients on palliative care in the Oncology Unit of the «Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa», Zaragoza (Spain), during February, March and April 2014. The quality of life and the satisfaction with the health care were evaluated using the EORTC QLQ C15-PAL and EORTC INPATSAT32 questionnaires.

Results: The participants had a mean age of 64 years, and included 57.4% males. All participants had a main support person, being their partner in 74.5% of cases. The most frequent diagnoses were lung, breast and colon cancer. Patients considered they had a good quality of life with a mean of 51.77 points, calculated with EORTC QLQ C15-PAL questionnaire. The satisfaction with health care, calculated with EORTC INPATSAT32, showed a good satisfaction with the medication and nursing care, as well as with the services and organisation, with 57.88, 57.54, and 52.2 points, respectively. In general, patients were very satisfied with the health care provided, with a mean score of 83 points.

Conclusions: The patients obtained a good quality of life, and they were very satisfied with the health care in general, although there was no relationship between the two.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL) considera enfermedad terminal como: la enfermedad avanzada, progresiva e incurable, en ausencia de posibilidades razonables de respuestas al tratamiento específico. Incluye numerosos problemas físicos intensos, multifactoriales y cambiantes que generan gran impacto emocional en el paciente, familia y equipo terapéutico como consecuencia de la presencia explícita o no de la muerte y con un pronóstico de vida limitado inferior a seis meses^{1,2}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1990 los cuidados paliativos como: «el cuidado total y activo de los pacientes cuyas enfermedades no responden al tratamiento curativo y es primordial el control del dolor y otros síntomas, así como de los problemas psicológicos, sociales y espirituales. El objetivo de los cuidados paliativos es la consecución de la mejor calidad de vida para los pacientes y sus familias»^{1,3,4}. La Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) añade a la familia como receptora de cuidados, dados por un equipo multidisciplinar compuesto de personal sanitario, trabajadores sociales y familia. La finalidad es una alta calidad de vida en pacientes y familiares, ayudando a afrontar la enfermedad y el duelo⁵⁻⁸.

Está demostrado que prestar cuidados paliativos a pacientes terminales desde el momento del diagnóstico, como recomienda la OMS: mejora la calidad de vida y reduce el uso innecesario de hospitales, pruebas e intervenciones, disminuyendo los días de estancia, los ingresos y el gasto farmacéutico⁸⁻¹¹. En pacientes oncológicos los cuidados paliativos pueden proporcionarse junto a otros tratamientos, lo que mejora tanto el bienestar físico y emocional como la calidad de vida^{6,8,11-13}.

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud es un fenómeno subjetivo y multidimensional que se presta a diversas interpretaciones, desde el bienestar, placer y comodidad hasta la dignidad de la persona¹⁴⁻¹⁶. Existen diversos instrumentos, desarrollados y validados en cuidados paliativos que son empleados en investigación, práctica clínica y programas de calidad^{4,17,18} y que evalúan la calidad de vida^{4,17,18}.

La fuente preferida de información sobre síntomas y funcionalidad son los propios pacientes, pero por ser enfermos terminales se les debe tratar con cuidado y presentar cuestionarios breves. El cuestionario EORTC (*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*) QLQ C15-PAL¹⁹ fue creado para pacientes con cáncer avanzado e incurable. Cuenta con 15 ítems que cubren 9 de las 10 cuestiones más identificadas en pacientes paliativos. Este cuestionario puede reforzarse con el EORTC INPATSAT32²⁰,

que aborda la satisfacción de los pacientes con cáncer con la asistencia sanitaria recibida en el hospital. La información recogida en ambos puede utilizarse para mejorar la atención sanitaria, haciendo hincapié en aquellos aspectos que demuestren peores niveles²¹⁻²³.

Los objetivos que nos planteamos al realizar este estudio fueron:

- Conocer la calidad de vida percibida por los pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos.
- Valorar la influencia del nivel de satisfacción con la asistencia sanitaria sobre la calidad de vida percibida por los pacientes de este estudio.

Conocer características tan subjetivas como la calidad de vida percibida o la satisfacción con la asistencia sanitaria, puede permitir desarrollar nuevas líneas de trabajo y de cuidados enfermeros más específicos. En España estos trabajos son escasos, y los autores consideran que, debido a las características demográficas de la población y las demandas actuales en cuestiones de salud, es necesaria la formación en cuidados paliativos y terminales así como la inclusión de las características que se pueden estudiar en programas de calidad que sirvan para mejorar la asistencia sanitaria en niveles basados en la evidencia.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo transversal en el que se analizó la calidad de vida y la satisfacción con la asistencia sanitaria de los pacientes oncológicos terminales que reciben cuidados paliativos en la unidad de hospitalización de oncología del Hospital Clínico Universitario (HCU) Lozano Blesa de Zaragoza durante febrero a abril de 2014. Esta unidad contaba con 25 camas de ingreso. En 2014, el total de pacientes ingresados en esta unidad fueron 998²⁴. Durante los tres meses que duró el estudio 89 pacientes estuvieron ingresados en la unidad de hospitalización de oncología del HCU Lozano Blesa y de los cuales únicamente 47 cumplieron los criterios de inclusión para participar en nuestra investigación y aceptaron formar parte del estudio.

Hipótesis

- La calidad de vida es percibida como buena por pacientes oncológicos terminales sometidos a cuidados paliativos.
- Los pacientes están satisfechos con la asistencia sanitaria recibida en el hospital durante su ingreso y esta está relacionada con la calidad de vida percibida.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes diagnosticados de enfermedad terminal que recibían cuidados paliativos en el momento del estudio.
- Pacientes que accedieron a participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- Pacientes inhábiles para contestar a la entrevista por encontrarse en fase agónica de la enfermedad o presentar alteraciones cognitivas.

El estudio fue aprobado por la Dirección de enfermería del hospital, con consentimiento de la Comisión de Calidad e Investigación, y el permiso de la supervisora del servicio de hospitalización de oncología del mismo, cumpliendo los aspectos éticos de protección de datos reglamentados por la Ley Orgánica 15/1999 y posteriores modificaciones. Se solicitó el consentimiento y el manual de uso de las versiones validadas en población española de los cuestionarios EORTC QLQ-C15-PAL¹⁹ y EORTC INPATSAT 32²⁰ a la EORTC, para la realización del estudio y la publicación de los resultados. A los participantes se les entregó un consentimiento informado, explicando el estudio de manera verbal y escrita, asegurándoles la confidencialidad de los datos. La selección de los pacientes se realizó a través de las historias clínicas y fueron entrevistados de manera personal. Se les aseguró su confidencialidad e intimidad al ser ellos las fuentes de información, como indican las recomendaciones de expertos²¹. Los datos sociodemográficos se obtuvieron con un cuestionario *ad hoc*.

La escala EORTC QLQ-C15-PAL es una versión reducida del EORTC QLQ-C30, utilizada en investigación de pacientes con cáncer, pero excesivamente larga para personas en situación de terminalidad. Se prefirió utilizar la versión reducida, por ser de la misma organización y ser adecuada para pacientes con cáncer avanzado e incurable, como los del estudio. Es un instrumento de ensayo validado con subescalas de escalas funcionales física, emocional y sintomática que incluye: fatiga, náuseas/vómitos, dolor, insomnio, disnea, pérdida de apetito y estreñimiento. Estas cuestiones se miden según una escala de Likert en 5 niveles que se codifican de la siguiente forma: en absoluto=1; un poco=2; bastante=3; mucho=4. La escala va de 0-100, muy buen control a pésimo control. La suma de algunas preguntas permite medir la capacidad funcional física, obteniendo la media de las preguntas 1, 2 y 3; y la capacidad funcional emocional con la media de las preguntas 13 y 14. La última pregunta, número 15, hace referencia a la autopercepción de la calidad de vida del entrevistado y tiene 7 niveles, siendo 1 pésima y 7 excelente.

La escala EORTC INPATSAT32 es también un instrumento validado desde 2005, que sirve para evaluar la percepción que tienen los pacientes con cáncer sobre la calidad de la atención sanitaria que están recibiendo en el hospital. La versión española fue evaluada en 80 pacientes con cáncer de diferente localización. Cuenta con tres subescalas que hacen referencia al: trato recibido por el personal de medicina a evaluar en 11 preguntas; trato recibido por el personal de enfermería que se evalúa con 11 preguntas; trato recibido por la organización asistencial con 9 preguntas; y por último una pregunta para que el paciente puntúe la atención recibida en general durante su estancia en el hospital. Todas las cuestiones se miden según una escala de Likert que se codifica: mal=1; regular=2; bien=3; muy bien=4; excelente=5.

Para el análisis estadístico se utilizó el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)© para

Windows©. El análisis descriptivo univariante se realizó con tablas de frecuencias para las variables sociodemográficas, datos clínicos y puntuaciones medias de los cuestionarios. El estudio bivariante utilizó el coeficiente de correlación no paramétrico de Spearman para la comparación de dos variables cuantitativas, previa comprobación de la normalidad de las variables mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Resultados

Características sociodemográficas y clínicas

Los pacientes estudiados fueron en su mayoría hombres, en un 57,4%. Las mujeres constituyeron el 42,6% de la población.

Las edades estuvieron comprendidas entre 32 y 89 años, con una media de 64 años. Se presentan la mayoría de los casos entre los 65 y 70 años.

Todos tuvieron una persona principal de apoyo, la mayoría, 74,5% era su cónyuge/pareja sentimental. El 14,9% eran sus hijos/as. El 8,5% correspondió a «otros». El menor porcentaje, 2,1% fueron su padre/madre.

Se obtuvieron 16 localizaciones diferentes de cáncer. El más frecuente fue el cáncer de pulmón con un 23,4%. Seguido está el cáncer de mama con un 17%. El tercer diagnóstico fue el cáncer de colon representando el 10,6%. El 6,4% del total lo obtuvieron los cánceres de ovario, páncreas y próstata. Con un 4,3% estuvieron representados los cánceres de esófago, hígado, riñón y útero. Los cánceres menos frecuentes obtuvieron un 2,1% y fueron los de boca, cavum, encéfalo, estómago, laringe, melanoma. El cáncer más frecuente en hombres fue el de pulmón y en mujeres el de mama.

Eortc-QLQ-C15-PAL

El síntoma mejor controlado fue la disnea obteniendo 34,75 puntos de media y el peor controlado con 53,2 puntos de media fueron las «náuseas y vómitos», pese a que su control fue considerado bueno. El resto de síntomas obtuvieron un buen control.

La capacidad funcional física fue 33,33, que indica ser muy buena, y la capacidad funcional emocional obtuvo una media de 51,44, indicativo de buena.

Para que todas las subescalas del cuestionario QLQ-C15-PAL vayan en el mismo sentido, modificamos la dirección de la pregunta de calidad de vida, obteniendo una media de 51,77 (IC95%: 42,22; 61,43), que corresponde con una calidad de vida buena (fig. 1).

Eortc INPATSAT32

La puntuación media de los pacientes entrevistados en su satisfacción con la asistencia recibida por medicina fue 57,78 (IC95%: 52,67; 63,85), que corresponde con una satisfacción media. Las subescalas incluyen satisfacción con habilidades técnicas, interpersonales, disponibilidad, y provisión de información. Se obtiene la mejor puntuación para las habilidades interpersonales con una puntuación

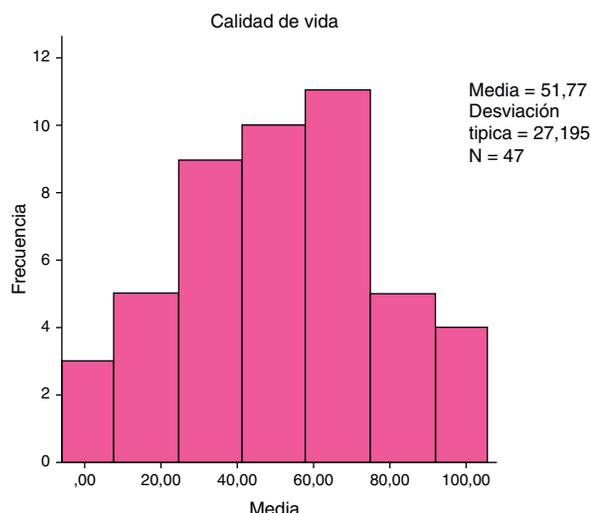


Figura 1 Calidad de vida percibida por los pacientes entrevistados.

media de 61,88 (IC95%: 57,62; 68,7); y la peor la disponibilidad, con una media de 48,67 (IC95%: 42,36; 56,11).

La puntuación media que obtuvo la satisfacción de los pacientes con la asistencia recibida por el personal de enfermería fue 57,54 (IC95%: 53,12; 61,07), una satisfacción media. Las subescalas miden las mismas características que para el personal de medicina, obteniéndose la mejor puntuación para las habilidades interpersonales con una media de 63,65 (IC95%: 57,5; 69,1), y la peor para la provisión de información con una media de 46,63 (IC95%: 41; 50,48) (fig. 2).

La satisfacción de los pacientes con los servicios y la organización del hospital obtuvo una puntuación media de 52,2 (IC95%: 48,25; 55,24), que es una satisfacción media. Las subescalas miden satisfacción con: el intercambio de información; la amabilidad del personal; el tiempo de espera para pruebas o resultados; el acceso al hospital, y el confort

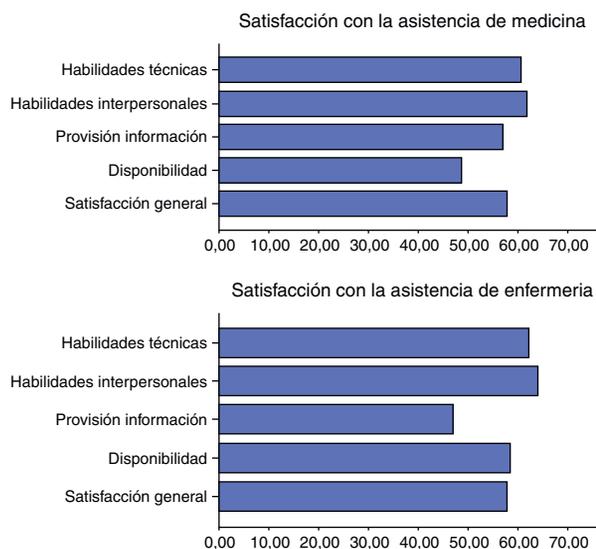


Figura 2 Análisis de la satisfacción de los pacientes con la asistencia sanitaria recibida por parte de Medicina y Enfermería.

y la limpieza. La mejor puntuación fue el intercambio de información con una media de 63,3 (IC95%: 57,44; 69), y la peor el acceso al hospital con un 46,8 (IC95%: 43,68; 50,46).

Los encuestados evaluaron la satisfacción general con la asistencia recibida en el hospital con una puntuación media de 83 (IC95%: 70,25; 86,7), considerándose como muy buena.

Relación de la calidad de vida percibida con la satisfacción con la asistencia sanitaria recibida

Para poder conocer la posible relación entre las variables calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria recibida, se cambió el orden de interpretación de esta última variable, porque las escalas van en direcciones opuestas, de más a menos y de menos a más calidad de vida y satisfacción con la asistencia, respectivamente. Así se facilitó el análisis comparativo. Se aplicó el coeficiente de correlación de Spearman, obteniendo como resultado un valor de -0,039 (IC95%: -0,334; 0,256) que determinó que existe una baja relación entre ambas variables y esta fue indirecta, siendo además no significativa. Así, la calidad de vida percibida por los pacientes del estudio no está relacionada con el nivel de satisfacción que tienen respecto a la asistencia sanitaria recibida durante el ingreso.

Discusión

En los estudios realizados por K. Koo *et al.* en Canadá, K. Hermann *et al.* en Alemania y A. Brédart *et al.* (2007) en Francia, Italia, Alemania, España y Taiwan²⁵⁻²⁷, la población mayoritaria fueron hombres con un 60%, 61,5% y 53% respectivamente, como obtenemos en el presente estudio con un 57,4%. En los realizados por L.M.A. Balderas Peña *et al.* en México, J.I. Arraras *et al.* en Navarra (España) y A. Brédart *et al.* (2005) en nueve países diferentes^{20,23,28} la población mayoritaria fueron mujeres con porcentajes de 84,7%, 56,2% y 59% respectivamente.

La media de edad de nuestro estudio (64 años) fue ligeramente superior a la obtenida por A. Brédart *et al.* (2007)²⁷ cuya media de edad fueron 61 años, e inferior al realizado por K. Hermann *et al.*²⁶ que fueron 69 años.

No se encontró ningún estudio en la bibliografía consultada que midiera la existencia de una persona principal de apoyo, por lo que no se pudo realizar una comparación con los resultados que se obtuvieron al medir esta característica.

Las tres localizaciones más frecuentes de cáncer entre los pacientes (pulmón, mama y colon) coinciden con exactitud con el estudio realizado por K. Hermann *et al.*²⁶ El proyecto GLOBOCAN²⁹ tiene como objetivo proporcionar estimaciones de la incidencia, mortalidad y prevalencia de cáncer a nivel nacional en 184 países. Los datos del 2012 establecen que los tres tipos de cáncer más frecuentes en España fueron: mama, próstata y colon.

En el estudio de K. Koo *et al.*²⁵ se encuentra que las puntuaciones de sintomatología son más extremas que las que obtuvimos, siendo su síntoma mejor controlado las «náuseas y vómitos» con 5,6 puntos de media, y el peor valorado la «fatiga» con 38,5 puntos de media, obteniendo un mejor control de todos los síntomas respecto a nuestros pacientes.

El rango de puntuaciones para los síntomas de nuestro estudio (34,75-53,2) coinciden de manera muy similar con los de K. Hermann *et al.*²⁶, a excepción de los valores mínimo y máximo que son más extremos con un 23,1 para las «náuseas y vómitos» y 75,9 para la «fatiga».

Los resultados de funcionalidad física (33,33) y emocional (51,44) de nuestros pacientes difieren de los obtenidos en el estudio de K. Koo *et al.*²⁵ que indican peor funcionalidad en ambos aspectos, con 72,9 puntos para la física, y 84,4 para la emocional. Los resultados obtenidos en el estudio de K. Hermann *et al.*²⁶ son más cercanos a los obtenidos, con 30,5 puntos de media para la función física y 45,6 la emocional.

Los resultados obtenidos en el presente estudio sobre la calidad de vida percibida (51,77) difieren de los conseguidos por K. Koo *et al.*²⁵, y K. Hermann *et al.*²⁶. Los primeros obtienen una puntuación media de 70 puntos; y los segundos obtienen 37,7 puntos de media. Consiguen tener una calidad de vida mejor y peor, respectivamente, en comparación con nuestro estudio.

Las diferencias identificadas respecto a calidad de vida y sintomatología entre el presente estudio y los citados de K. Koo *et al.*²⁵, y K. Hermann *et al.*²⁶ pueden deberse a varias causas.

- Los sujetos estudiados en esta investigación son diferentes en número, características sociodemográficas y clínicas, respecto a los de los estudios con los que realizamos comparación.
- K. Koo *et al.*²⁵ utilizaron una muestra de 30 pacientes con diagnóstico exclusivo de cáncer de mama, y aunque no indica el contexto demográfico, se entiende que se realizó en Canadá, lugar de trabajo de los investigadores.
- K. Hermann *et al.*²⁶ utilizaron una muestra mayor, con 76 pacientes, con múltiples diagnósticos de cáncer, que como ya se mencionó, los tres más frecuentes fueron los mismos que en nuestra investigación.
- El número de participantes de los estudios comparativos y del nuestro es diferente, pudiendo darse diferencias en los resultados.
- Las diferencias más importantes en la calidad de vida percibida obtenida en la comparación de resultados con los de K. Koo *et al.*, quienes sólo incluyeron sujetos con cáncer de mama y obtuvieron mejor nivel de calidad de vida percibida. Esto podría revelar que la mejor calidad de vida percibida que obtuvieron fue consecuencia de haber incluido exclusivamente sujetos con diagnóstico de cáncer de mama, y los pacientes con otras localizaciones de tumor consideraron tener una peor calidad de vida, como ocurre en el estudio de K. Hermann, cuyos resultados se asemejan más a los obtenidos en este estudio.

Respecto a la satisfacción con la asistencia sanitaria, se determinó que los resultados que obtienen en su estudio J. I. Arraras *et al.*²⁸ son mejores que los del presente estudio, dado que en él participaron 80 pacientes diagnosticados de cáncer con diferentes localizaciones ingresados en el hospital de Navarra. Fue el único estudio revisado en el que se aplica el cuestionario EORTC INPATSAT32 en población española. Los autores obtienen alta satisfacción con la asistencia sanitaria, donde lo peor considerado fue el acceso

al hospital con 43,9 puntos, y lo mejor la satisfacción en general con 83,1 puntos.

Las diferencias de resultados obtenidos en este estudio podrían deberse al distinto número de sujetos, y la subjetividad que supone la satisfacción con la asistencia sanitaria que tiene cada individuo según su experiencia.

Los resultados presentados también indican peor satisfacción que los obtenidos en el estudio de A. Buda *et al.* realizado en Milan (Italia) con pacientes diagnosticadas de cáncer de ovario³⁰. Sus resultados de 78 puntos para la satisfacción con medicina, 75 puntos para la satisfacción con enfermería y 71 puntos para los servicios y organización, distan mucho de los obtenidos en el presente estudio. En este caso, también se puede establecer que la diferencia demográfica y la diferencia del sistema sanitario, podría incurrir las desigualdades observadas con respecto a lo obtenido en esta investigación.

Los rangos de satisfacción con la asistencia sanitaria del presente estudio son parecidos al de H. Jayasekara *et al.*³¹ realizado en Asia. También se asemejan nuestros resultados con el realizado por L. M. A. Balderas Peña *et al.*²³ en México con pacientes diagnosticados de linfoma no Hodgkin, cáncer de mama y colon. En el estudio de A. Brédar *et al.* (2005)²⁰ también se obtienen resultados que concuerdan con lo observado en nuestro estudio, obteniendo la mejor puntuación las habilidades técnicas del personal de enfermería, con 76 puntos. El mismo autor junto a otros autores realiza un estudio similar en 2007²⁷ en Francia, Italia, Alemania, España y Taiwan. Los resultados de la población española se agrupan con la italiana, siendo la mejor puntuación para la satisfacción general con 70 puntos y la peor para provisión de información de enfermería con 52 puntos.

En general, la satisfacción con la asistencia sanitaria es subjetiva y depende en gran medida de: la experiencia personal de cada sujeto, del sistema sanitario y los servicios de cada región estudiada.

En el presente estudio se buscó conocer la influencia de la calidad de vida percibida por los pacientes en la satisfacción con la asistencia sanitaria recibida durante el ingreso de los mismos. Para ello se realizó un análisis de la relación lineal entre la calidad de vida y la satisfacción general. Tras aplicar el coeficiente de correlación de Spearman se obtuvo que: la relación existente entre ambas variables es muy baja, indirecta y no es significativa.

No se encuentra ningún estudio previo en el que se relacione la calidad de vida de los pacientes medida con el cuestionario EORTC QLQ C15-PAL y la satisfacción con la asistencia sanitaria medida con el cuestionario EORTC INPAT-SAT32. Lo más similar es el estudio de A. Brédart *et al.* (2005)²⁰ en el que se comparó la calidad de vida de los pacientes encuestados medida con el cuestionario EORTC QLQ C-30 con la satisfacción con la asistencia sanitaria medida con el cuestionario que también se aplicó en esta investigación. Su resultado es que no existe relación entre la calidad de vida percibida con la satisfacción con la asistencia sanitaria, al igual que en este estudio.

En definitiva, se encontraron algunas debilidades como son el número de participantes. Como se ha nombrado anteriormente en la metodología, la investigación del presente artículo se realizó en tres meses en una unidad de hospitalización que contaba con 25 camas de ingreso, y no todos los pacientes ingresados cumplían los criterios de inclusión,

en especial el diagnóstico clínico de enfermedad terminal. Por esta razón, se decidió incluir a todos los pacientes que cumplieran nuestros criterios de inclusión/exclusión y no realizar muestreo aleatorio. Respecto a los criterios, no se obtuvo ninguna pérdida, ya que todos los pacientes, 47 totales, aceptaron participar en la investigación.

La realización de la discusión se vio limitada debido a la escasez de este tipo de estudios realizados en España. Sin embargo, al tratarse de un estudio novedoso por la utilización conjunta de las dos escalas, que no se encontró en las referencias bibliográficas, y por la comparación final de los dos ítems más importantes de ambos cuestionarios, calidad de vida y satisfacción con la asistencia sanitaria, tampoco encontrado en la bibliografía. También es importante señalar la escasa investigación que se encontró realizada en España, y ninguna en Zaragoza.

Es muy importante para la ciudad de Zaragoza, que cuenta con varias facultades de estudios sanitarios, así como dos grandes hospitales de referencia en la Comunidad Autónoma de Aragón, uno de ellos el HCU Lozano Blesa, que se realicen este tipo de estudios, puesto que se requiere desarrollar nuevas líneas de trabajo y de cuidados enfermeros específicos que puedan paliar las alteraciones producidas en la calidad de vida y la autonomía de los pacientes estudiados.

Para concluir, en este estudio se observó que los pacientes incluidos en el mismo fueron en su mayoría hombres, con una edad media de 64 años, teniendo todos una persona principal de apoyo que en la mayoría fue la pareja/cónyuge, y siendo los diagnósticos más frecuentes los cánceres de pulmón, mama y colon. Su calidad de vida fue percibida como buena; y la satisfacción con la asistencia sanitaria estuvo considerada como muy buena, sin presentar relación significativa con la calidad de vida.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que se han seguido los protocolos del centro sanitario citado sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflictos de intereses

Los autores declaramos que no tenemos conflictos de intereses ni ninguna financiación relevante con este artículo.

Agradecimientos

A los profesionales que forman parte del equipo sanitario del servicio de oncología del HCU Lozano Blesa, Zaragoza, España. Por su saber hacer diario, y por la labor de ayuda para la realización de este trabajo.

Referencias

- Espinar Cid V. Los cuidados paliativos: acompañando a las personas en el final de la vida. *Cuad Bioét.* 2012;23:169-76.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos (SECPAL). Guía de Cuidados Paliativos [Madrid]: SECPAL; 2010 [consulta el 10 de noviembre de 2013]. Disponible en: <http://www.secpal.com/guiacp/guiacp.pdf>.
- World Health Organization. Executive summary: national cancer control programmes: policies and managerial guidelines. Geneva: WHO; 2002. [consulta el 10 de noviembre de 2013.] Disponible en: <http://www.who.int/cancer>.
- Toscano Murillo F, Bernabeu Wittel M, Ollero Batoro M. Calidad de vida y características en pacientes oncológicos que recibe cuidados paliativos en un hospital de tercer nivel. *Med Pal (Madrid)*. 2009;16:272-8.
- Lucha López AC, Lucha López MO, Tricás Moreno JM, Vidal Peracho C, Estébanez de Miguel E, Bernués Vázquez L. La importancia del trabajo multidisciplinar en los cuidados al enfermo terminal. En: *Anales de la Escuela Universitaria de Ciencias de la salud de Zaragoza*. 2007;10:111-22.
- Hennesy JE, Lown BA, Landzaat L, DO, Porter-Williamson K. Practical Issues in Palliative and Quality-of-Life Care. *J Oncol Pract.* 2013;9:78-80.
- Smith TJ, Coyne PJ, Cassel JB. Practical guidelines for developing new palliative care services: resource management. *Ann Oncol.* 2012;23:70-5.
- Bruera E, Yennurajalingam S. Palliative care in advanced cancer patients: how and when. *Oncologist.* 2012;17:267-73.
- Robles Agudo F, Sanz Segovia F, González Polo J, Beltrán de la Ascensión M, López Arrieta JM. Alivio del dolor como parte de los cuidados al final de la vida. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2005;40:357-64.
- Meier DE, Brawley OW. Palliative care and the quality of life. *J Clin Oncol.* 2011;29:2750-2.
- Parikh RB, Kirch RA, Smith TJ, Temel JS. Early specialty palliative care-translating data in oncology into practice. *N Engl J Med.* 2013;369:2347-51.
- Cowall DE, Yu BW, Heineken SL, Lewis EN, Chaudhry V, Daugherty JM. End-of-Life care at a community cancer center. *J Oncol Pract.* 2012;8:40-4.
- Dyar S, Lesperance M, Shannon R, Sloan J, Colon Otero G. A nurse practitioner directed intervention improves the quality of life of patients with metastatic cancer: results of a randomized pilot study. *J Pall Med.* 2012;15:890-5.
- Turriziani A, Attanasio G, Cogliandolo S, Scarcella F, Sangalli L, de Gennaro E, et al. Improving the quality of life of terminally ill oncological patients: the example of palliative care at Hospice Villa Speranza. *Future Oncol.* 2013;9:771-6.
- Nabal Vicuña M, Palomar Naval C, Trujillano Cabello J, Juvero Sancho MT, Jiménez Vilchez A, Mariné Jove P. Calidad de vida y cuidados paliativos: ¿qué dimensiones podemos mejorar? *Med Pal (Madrid)*. 2008;15:351-6.
- Sanz Rubiales A, Blanco Toro L, Librada Flores S, Julián Caballero MM, del Valle Rivero ML, Rocafort Gil J. El concepto de calidad de vida en los profesionales de Cuidados Paliativos. *Med Pal (Madrid)*. 2008;15:165-70.
- Ribeiro Correira F, Rodrigues do Prado de Carlo MM. Evaluación de la calidad de vida en contexto de los cuidados paliativos: revisión integradora de literatura. *Rev Latino-Am. Enfermagen.* 2012;20.
- Catania G, Costantini M, Beccano M, Bagnasco A, Sasso L. Does quality of life assessment in palliative care look like a complex screening program? *Health Qual Life Outcomes.* 2013;11:1-8.
- Groenvold M, Petersen MA, EORTC Quality of Life Group. Scoring of the EORTC QLQ-C15-PAL. 2006.
- Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, Conroy T, Coens C, Haese SD, et al. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer Care.* 2005;41:2120-31.
- Groenvold M, Petersen MA, Aaronson NK, Arraras JL, Blazeby JM, Bottomley A, et al. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: a shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur J Cancer.* 2006;42:55-64.
- Pita Fernández S, Pértega Díaz S, López Calviño B, Seoane Pillado T, Gago García E, Seijo Bestilleiro R, et al. Diagnostic and treatment delay, quality of life and satisfaction with care in colorectal cancer patients: a study protocol. *Health Qual Life Out.* 2013;11:117-23.
- Balderas Peña LMA, Sat Muñoz D, Contreras Hernández I, Solano Murillo P, Hernández Chávez GA, Mariscal Ramírez I, et al. Análisis de la Satisfacción con los Cuidados en Salud a través del cuestionario EORTC IN-PATSAT32 en pacientes con Cáncer de Mama, Linfoma no Hodgkin y Cáncer Colo-Rectal en diferentes etapas clínicas. Relación con las características socio-demográficas, estados co-mórbidos y variables del proceso de atención en el Instituto Mexicano del Seguro Social. *Value Health.* 2011;14:96-9.
- Memorias Actividad Asistencial 2014, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. Web intranet del sistema sanitario.
- Koo K, Kerba M, Zeng L, Zhang L, Chen E, Chow E, et al. Quality of life in patients with brain metastases receiving upfront as compared to salvage stereotactic radiosurgery using the EORTC QLQ-C15-PAL and the EORTC QLQ-BN20 + 2: a pilot study. *J Radiat Oncol.* 2013;2:217-24.
- Hermann K, Engeser P, Szecsenyi J, Miksch A. Palliative patients cared for at home by PAMINO-trained and other GPs-health-related quality of life as measured by QLQ-C15-PAL and POS. *BMC Palliat Care.* 2012;11:1-7.
- Brédart A, Coens C, Aaronson N, Chie WC, Efficace F, Conroy T, et al. Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: Preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. *Eur J Cancer Care.* 2007;43:323-30.
- Arraras JI, Vera R, Martínez M, Hernández B, Laínez N, Rico M, et al. The EORTC cancer in-patient satisfaction with care questionnaire: EORTC IN-PATSAT32. Validation study for Spanish patients. *Clin Transl Oncol.* 2009;11:237-42.
- Globocan.com, GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012: IARC CancerBase [sede Web]. Lyon (Francia): International Agency for Research on Cancer (IARC); 2014. [consulta el 21 de mayo de 2014]. Disponible en: http://globocan.iarc.fr/Pages/bar_sex_pop_prev_sel.aspx.
- Buda A, Cuzzocrea M, Montanelli L, Passoni P, Bargossi L, Baldo R, et al. Evaluation of patient satisfaction using the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire and surgical outcome in single-port surgery for benign adnexal disease: observational comparison with traditional laparoscopy. *Diagn Ther Endosc.* 2013:1-5.
- Jayasekara H, Rajapaksa L, Brédart A. Psychometric evaluation of the European Organization for Research and Treatment of Cancer in-patient satisfaction with care questionnaire (Sinhala version) for use in a South-Asian setting. *Int J Qual Health Care.* 2008;20:221-6.