

Estudio de la astenia tumoral: constitución del grupo ASTHENOS

M. Feyjóo Saus

Departamento Médico. Jansse-Cilag, S.A., España.

En el año 1996 se constituyó en EE. UU. un grupo multidisciplinar de médicos, investigadores y defensores de pacientes denominado *Fatigue Coalition*¹. Los objetivos de este grupo fueron desarrollar iniciativas educativas y de investigación, diseñadas para ayudar a pacientes, médicos y personal sanitario a entender mejor el inicio, duración y desarrollo de la astenia en pacientes con cáncer y sida. Publicaron los resultados de un estudio epidemiológico que intentaba describir las percepciones de pacientes, cuidadores y oncólogos sobre la astenia relacionada con el cáncer¹. Los resultados de este estudio pusieron de manifiesto la alta prevalencia de astenia y su impacto negativo en la vida de los pacientes con cáncer, así como la existencia de una falta de comunicación sobre este síntoma entre pacientes y médicos y como consecuencia, su infrecuente tratamiento.

Unos años más tarde y con el ánimo de intentar entender mejor la naturaleza de la astenia relacionada con el cáncer este grupo desarrolló un segundo estudio. Fue diseñado específicamente para confirmar los datos de prevalencia e impacto de la astenia, obtenidos con el primero, explorar su repercusión en la vida diaria de los pacientes y cuidadores y desarrollar conocimientos sobre cómo mejorar la comunicación médico-paciente². Los resultados confirmaron los datos obtenidos previamente y pusieron de manifiesto el impacto emocional, social, físico y económico que la astenia puede tener sobre pacientes y cuidadores. La constitución de este grupo multidisciplinar y la publicación de los resultados de sus estudios puede considerarse un punto de partida en la investigación de la astenia relacionada con el cáncer. Sin embargo, todavía hoy siguen existiendo importantes puntos de controversia, lagunas en el conocimiento de la prevalencia e incidencia real de este síntoma y en la sistemática de su diagnóstico y tratamiento.

El tratamiento de soporte del paciente con cáncer y su calidad de vida están adquiriendo en los últimos años una gran importancia en el ejercicio clínico de la Oncología y cada vez son mayores los esfuerzos en este contexto. Pero persisten la necesidad de estudio, investigación y consenso para mejorar el abordaje multidisciplinar del paciente con cáncer.

Del mismo modo que en el año 1996 nació en EE.UU. la *Fatigue Coalition*, se ha creado ahora en España un grupo de trabajo para el estudio de la astenia tumoral. El principal objetivo del grupo es la elaboración de guías clínicas de actuación. Sin duda se trata de un objetivo ambicioso, pero también con un enorme sentido práctico y adaptado al estado actual de la problemática de la astenia del paciente con cáncer.

Actualmente hay unas guías prácticas para el abordaje de la astenia del paciente con cáncer³. Se publicaron en el año 2001 por el *National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Fatigue Practice Guidelines Panel*. Fueron desarrolladas por un grupo multidisciplinario de clínicos e investigadores de 17 instituciones americanas.

Estas guías definieron la astenia relacionada con el cáncer como «una sensación subjetiva inusual y persistente de cansancio, relacionada con el cáncer o su tratamiento, que interfiere con el funcionamiento habitual». En este contexto el recientemente constituido grupo ASTHENOS ha realizado un análisis sobre la definición no sólo de este síntoma, sino de este término, que con frecuencia es ambiguo. De hecho González-Barón et al proponen con el ánimo de evitar confusiones que se emplee de forma rutinaria el término astenia y no los muy frecuentes términos de cansancio o fatiga, que sin duda son ambiguos. Sin embargo, no podemos olvidar que el disponer de una definición no resuelve todos los problemas. Tal vez uno de los aspectos críticos sean los criterios diagnósticos. Actualmente no existen unos criterios claramente establecidos. En el año 1998 el grupo de la *Fatigue Coalition* publicó un borrador inicial de criterios diagnósticos⁴. Éstos nunca han sido validados, aunque recientemente se han publicado los resultados de un estudio en el que se evaluaban dichos criterios en una muestra de pacientes con cáncer en remisión⁵. Los datos parecen indicar que estos criterios pueden considerarse una primera etapa para llegar a un lenguaje común y para mejorar nuestro conocimiento sobre la severidad y persistencia de la astenia asociada al cáncer.

De forma inevitable llegamos a otro punto de controversia: la evaluación de la intensidad de la astenia y la valoración de sus cambios. El grupo ASTHENOS en su primera reunión también analiza este tema. Se pone de manifiesto el desconocimiento sobre los instrumentos existentes y, sobre todo, su no utilización en la práctica clínica diaria. Los aspectos implicados en la medida de la astenia y su significación clínica han sido abordados recientemente por Schwartz et al⁶. Una de sus principales conclusiones, con importantes implicaciones prácticas, es que para los clínicos la utilización de escalas analógicas de 10 puntos puede ser útil y práctico en la valoración de la astenia y en la monitorización de sus cambios tras diferentes intervenciones terapéuticas. De hecho, en las guías publicadas en el año 2001, ya se hacía mención a este instrumento de medida, considerando astenia leve aquella con

intensidad entre 1-3, moderada entre 4-6 y severa entre 7-10³.

Desde el punto de vista clínico queda otro punto de interés crítico: el abordaje terapéutico de la astenia. Analizar esto obliga de forma inevitable a un análisis y revisión de la etiopatogenia de la astenia. González-Barón et al ponen de manifiesto el carácter multifactorial de la astenia. Proponen una división global de sus causas en dos grandes grupos: asociadas a la enfermedad y asociadas a los tratamientos. Sobre este tema existen varias publicaciones⁷⁻¹¹ que analizan bajo diferentes perspectivas las causas que confluyen en la génesis de astenia. No hay duda de que se trata de una etiopatogenia multicausal. Esta característica hace que su abordaje terapéutico sea complejo y multidisciplinar. Esto queda bien reflejado en las guías publicadas³. En cada enfermo es importante identificar los posibles factores causales que intervienen en la astenia, y en la medida de lo posible planificar un tratamiento etiológico. Será importante, por tanto, identificar la presencia de dolor, alteraciones del sueño, alteraciones de la nutrición, depresión o anemia, factores todos ellos abordables desde el punto de vista terapéutico.

Entre los que contribuyen a la astenia del paciente oncológico destaca la anemia, tal y como citan González-Barón et al. La astenia es por sí misma uno de los síntomas del síndrome anémico y una de las alteraciones hematológicas más frecuentes en el paciente con cáncer. Recientemente, Lind et al han publicado un estudio donde se pone de manifiesto la correlación entre niveles de hemoglobina en el paciente con cáncer y su calidad de vida¹².

Sin embargo, lo importante desde el punto de vista clínico es que se dispone de un tratamiento efectivo y seguro para esta anemia: la eritropoyetina humana recombinante. De hecho hay varios estudios publicados donde se pone de manifiesto que el tratamiento de la anemia con epoetinum alfa se asocia a mejoras clínicamente significativas en la calidad de vida, nivel de energía, capacidad de actividades diarias y calidad de vida global¹³⁻¹⁵.

En suma, es de gran relevancia que en España se haya constituido un grupo de trabajo para el estudio de la astenia del paciente con cáncer. A pesar de los datos existentes en la literatura siguen faltando datos sobre su prevalencia e incidencia y un consenso claro

sobre cómo medir este síntoma y cómo abordarlo. Sólo trabajando de forma multidisciplinar será posible analizar las diferentes áreas de investigación, clínicas, educativas y de divulgación que ayudarían a abordar este síntoma.

Sin duda hoy más que nunca el tratamiento del cáncer supone el tratamiento de un paciente con cáncer, y por ello es necesario considerar tanto el tratamiento oncológico específico dirigido al tumor como el tratamiento de soporte dirigido a los síntomas del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vogelzang NJ, Breitbart W, Cella D, Curt GA, Groopman JE, Horning SJ, et al. Patient, caregiver, and oncologist perceptions of cancer-related fatigue: results of a tripart assessment survey. *Seminars in Hematology* 1997;34(3 Suppl 2):4-12.
2. Curt GA, Breitbart W, Cella D, Groopman JE, Horning SJ, Itri LM, et al. Impact of cancer-related fatigue on the lives of patients: new findings from the fatigue coalition. *Oncologist* 2000;5:353-60.
3. Mock V. Fatigue management. Evidence and guidelines for practice. *Cancer Supplement* 2001;92(6):1699-707.
4. Cella D, Peterman A, Passik S, Jacobsen P, Breitbart W. Progress toward guidelines for the management of fatigue. *Oncology* 1998;12:369-77.
5. Cella D, Kimberly D, Breitbart W, Curt G. The fatigue coalition. Cancer-related fatigue: prevalence of proposed diagnostic criteria in a United States sample of cancer survivors. *J Clin Oncol* 2001;19(14):3385-91.
6. Schwartz AL, Meek PM, Nail LM, Fargo J, Lundquist M, Donofrio M, et al. Measurement of fatigue determining minimally important clinical differences. *J Clin Epidemiol* 2002; 5:239-44.
7. Gutstein HB. The biologic basis of fatigue. *Cancer Supplement* 2001; 92:1678-83.
8. Malik UR, Makower DF, Wadler S. Interferon-mediated fatigue. *Cancer Supplement* 2001;92:1664-8.
9. Kurzrock R. The role of cytokines in cancer-related fatigue. *Cancer Supplement* 2001;92:1684-8.
10. Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Yamawaki S, Uchimoti Y. Fatigue and its associated factors in ambulatory cancer patients: a preliminary study. *J Pain Symptom Management* 1999;17:42-8.
11. Wang XS, Giralt SA, Mendoza TR, Engstrom MC, Johnson BA, Peterson N, et al. Clinical factors associated with cancer-related fatigue in patients being treated for leukemia and non-Hodgkin's lymphoma. *J Clin Oncol* 2002;20:1319-28.
12. Lind M, Vernon C, Cruickshank D, Wilkinson P, Littlewood T, Stuart N, et al. The level of haemoglobin in anaemic cancer patients correlates positively with quality of life. *Br J Cancer* 2002;86:1243-9.
13. Glaspy J, Bukowsky R, Steinberg D, Taylor C, Tchekmedyan S, Vadhan-Raj S. Impact of therapy with epoetin alfa on clinical outcomes in patients with nonmyeloid malignancies during cancer chemotherapy in community oncology practice. *J Clin Oncol* 1997;15:1218.
14. Demetri GD, Kris M, Wade J, Degos L, Cella D. Quality-of-life benefit in chemotherapy patients treated with epoetin alfa is independent of disease response or tumor type: results from a prospective community oncology study. *J Clin Oncol* 1998;16:3412.
15. Littlewood TJ, Bajetta E, Nortier JW, Vercammen E, Rapoport B, Epoetin Alfa Study. Effects of epoetin alfa on hematologic parameters and quality of life in cancer patients receiving nonplatinum chemotherapy: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *J Clin Oncol* 2001;19:2865-74.