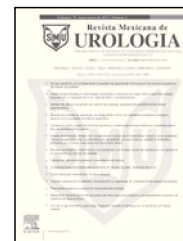




Revista Mexicana de  
**UROLOGIA**

ÓRGANO OFICIAL DE DIFUSIÓN DE LA SOCIEDAD MEXICANA DE UROLOGÍA  
Y COLEGIO DE PROFESIONISTAS, A. C.

www.elsevier.es/uromx



## ARTÍCULO ORIGINAL

# Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica

K. L. Sierra-Guerra<sup>a,\*</sup>, C. Viveros-Contreras<sup>b</sup>, G. Martínez-Carrillo<sup>a</sup>, O. Hernández-León<sup>a</sup> y G. Caballero-Ambríz<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Urología, Hospital Juárez de México, México D.F., México

<sup>b</sup>Jefatura de la Unidad de Enseñanza, Hospital Juárez de México. Profesor Titular del Curso Universitario de Urología, Universidad Nacional Autónoma de México, México D.F., México

<sup>c</sup>Servicio de Urología, Hospital General de Zona/Unidad de Medicina Familiar N° 76, Instituto Mexicano del Seguro Social, México D.F., México

### PALABRAS CLAVE

Cáncer de próstata;  
Prostatectomía  
radical laparoscópica;  
Calidad de vida;  
México.

### KEYWORDS

Prostate cancer;  
Laparoscopic radical  
prostatectomy;  
Quality of life;  
Mexico.

### Resumen

**Introducción:** La prostatectomía radical laparoscópica (PRL) es una opción terapéutica para el cáncer de próstata localizado, es importante conocer el impacto en la calidad de vida de pacientes manejados con ella, por las consecuencias quirúrgicas o por la necesidad de terapias adyuvantes.

**Material y métodos:** Se aplicaron 2 cuestionarios validados, uno para determinar la presencia de síntomas urinarios, intestinales y/o disfunción eréctil, y otro para determinar su impacto en la calidad de vida a pacientes operados de PRL.

**Resultados:** Se entrevistaron a 32 pacientes de 57 a 79 años de edad, postoperados de PRL. El 53.12% requirió radioterapia adyuvante, el 6.25% hormonoterapia adyuvante y el 3.12% requirió ambas; 6.25% con incontinencia urinaria. En la evaluación de síntomas urinarios el 15.62% presentó síntomas leves, 34.37% moderados y 34.37% severos; 81.25% con disfunción eréctil.

**Conclusiones:** Existe un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes operados de PRL, debido a síntomas urinarios posquirúrgicos, incontinencia urinaria y efectos secundarios de terapias adyuvantes (hormonoterapia y/o radioterapia). Los resultados proveen información relevante para determinar los efectos adversos que más impactan a la calidad de vida del paciente y, así facilitar y compartir con él la toma de decisión terapéutica para personalizarla.

### Quality of life in prostate cancer patients that have undergone

#### Abstract

**Background:** Laparoscopic radical prostatectomy (LRP) is a therapeutic option for localized prostate cancer. It is important to know the impact of surgical consequences or adjuvant therapies on the quality of life of patients managed with this procedure.

\* Autor para correspondencia: Calle Río Bamba N° 827, esq. Av. Lindavista, Colonia Lindavista, Delegación Gustavo A. Madero, C.P. 07300, México D.F., México. Teléfono: 5586 3000. Correo electrónico: klsierrag@yahoo.com.mx (K. L. Sierra-Guerra).

**Material and methods:** Two validated questionnaires were applied; one for determining the presence of urinary and bowel symptoms and/or erectile dysfunction, and the other for establishing their impact on the quality of life of patients that underwent LRP.

**Results:** Thirty-two patients from 57 to 79 years of age that had undergone LRP were interviewed. A total of 53.12% required adjuvant radiotherapy, 6.25% required adjuvant hormone therapy, and 3.12% required both. A total of 6.25% of the patients presented with urinary incontinence. In the urinary symptom evaluation, 15.62% presented with mild symptoms, 34.37% with moderate symptoms, and 34.37% with severe symptoms. A total of 81.25% of the patients presented with erectile dysfunction.

**Conclusions:** Patients that underwent LRP experienced a negative impact on quality of life due to postoperative urinary symptoms, urinary incontinence, and side effects from adjuvant therapies (hormone therapy and/or radiotherapy). The results provide relevant information for determining the adverse effects that have the most impact on patient quality of life. Therapeutic recommendations can thus be shared with the patient, facilitating and personalizing the final management decision.

0185-4542 © 2014. Revista Mexicana de Urología. Publicado por Elsevier México. Todos los derechos reservados.

## Introducción

El cáncer de próstata ocupa el segundo lugar como causa de muerte por neoplasias malignas en pacientes mayores de 50 años de edad. En el año 2003, en México se obtuvieron 2,536 registros de cáncer de próstata, lo cual junto con el cáncer de piel, lo ubica como uno de los tumores más frecuentes en la población masculina. Se observa que después de los 40 años de edad la incidencia se incrementa en forma progresiva, alcanzando una máxima incidencia alrededor de los 60 años de edad, los casos en menores de 40 años son poco frecuentes. La tasa de mortalidad para este padecimiento en 2003 fue de 9.9 por cada 100,000 habitantes. En Estados Unidos (EUA) se calcularon 186,320 nuevos casos en 2008, con 28,660 muertes el mismo año<sup>1,2</sup>. Los casos aumentan en 2.8 veces a los 50 años, más de 14 veces a los 60 años y más de 19 veces a los 65 años de edad. Con los cambios demográficos, el aumento en la esperanza de vida y la detección oportuna del cáncer de próstata, se logra el diagnóstico en estadios tempranos y en edad productiva, lo que ha conducido a un dramático aumento en el número de hombres diagnosticados con cáncer de próstata<sup>3</sup>.

Actualmente existe un consenso entre la comunidad urológica, el cual dice que la detección temprana y el tratamiento radical del cáncer de próstata clínicamente localizado en hombres con una esperanza de vida  $\geq 10$  años, son beneficiosos. Estadísticas recientes de la *American Cancer Society* demuestran que la tasa de mortalidad por cáncer de próstata está disminuyendo a pesar del envejecimiento de la población masculina, presumiblemente debido a un control basado en la cirugía radical<sup>4</sup>.

Anteriormente, la prostatectomía radical retropúbica fue el procedimiento más comúnmente realizado para el manejo de cáncer de próstata localizado. La introducción de la cirugía radical laparoscópica y/o robótica ha cambiado las expectativas en el manejo quirúrgico. Con el decremento logrado en el tiempo operatorio, los días de estancia hospitalaria y el bajo índice de transfusión, la prostatectomía radical laparoscópica (PRL) ha ganado terreno ante la prostatectomía radical retropúbica<sup>5</sup>. Schuessler et al. fue el

primero en describirla, mientras que Guillonnet y Vallancien demostraron por primera vez, de manera objetiva, las ventajas de ésta con respecto a la técnica convencional. En Europa, gracias a los esfuerzos realizados por el grupo de la Clínica Montsouris, quienes en el año 2000 publicaron su experiencia inicial: redujeron los tiempos quirúrgicos a 4-5 horas, mejoraron los índices de continencia (72%-84%) y de erección (45%) posteriores a la cirugía. En EUA, esta técnica ha sido criticada por su prolongada curva de aprendizaje, y actualmente superada por la cirugía robótica<sup>5</sup>. En el Hospital Juárez de México, se realiza la PRL extraperitoneal antórgrada con colocación de 5 puertos en forma de "v" invertida; las complicaciones serán descritas exclusivamente relacionadas con tal abordaje. Estas complicaciones y dificultades técnicas la convierten en un reto para el urólogo en beneficio del paciente<sup>6</sup>, las más frecuentes e importantes son el tiempo quirúrgico, el índice de transfusión, índice de conversión a cirugía abierta, complicaciones vasculares, digestivas, urinarias, márgenes positivos y resultados funcionales en cuanto a control oncológico, continencia urinaria y potencia sexual.

El tiempo quirúrgico depende de la experiencia del cirujano y el ayudante, la necesidad o no de realizar linfadenectomía, la preservación de las bandeletas neurovasculares, el volumen prostático y el reducido espacio de la cavidad pélvica. El índice de conversión a cirugía abierta depende de la experiencia y habilidad desarrollada por el cirujano para evitar accidentes y solucionarlos de forma laparoscópica. El sangrado transoperatorio y el índice de transfusión se disminuye debido a la amplificación de la visión de los tejidos y por el efecto de la presión del CO<sub>2</sub>, cuyas presiones de 10-14 mmHg contienen el sangrado venoso. Las complicaciones digestivas son fundamentalmente por íleo o lesión incidental de la cara anterior del recto; la primera en relación con efectos secundarios farmacológicos y la segunda presente de un 1%-3% por tracción mecánica, transmisión eléctrica o sección accidental. Así como, la lesión de la porción intramural del uréter sea durante la disección o anastomosis del cuello vesical.

Se trata de una cirugía oncológica y radical, por lo que en cuanto a márgenes positivos existe variabilidad respecto a la experiencia del cirujano, la técnica empleada, el Gleason (11% de márgenes positivos con Gleason menor de 7 y 50% con Gleason de 7) y el estadio tumoral. La localización más frecuente de los márgenes positivos en el abordaje anterógrado es de localización posterolateral. Guillonnet tras 1,000 casos presenta una serie de márgenes positivos de 6.9% para pT2a, 18.6% pT2b, 30% pT3a y 34% pT3b.

La continencia urinaria tras la PRL, por regla general tiene excelentes resultados en las publicaciones superiores a los de cirugía abierta. La potencia sexual mantiene una relación directamente proporcional con el tiempo de evolución posquirúrgico e indirectamente proporcional con la edad del paciente. Definiéndose como erecciones suficientes para penetrar y mantener relación sexual con o sin fármacos vía oral<sup>6,7</sup>.

Los resultados oncológicos, la necesidad de terapias adyuvantes, la potencia sexual y la continencia urinaria son factores que influyen directamente en la calidad de vida de los pacientes.

La calidad de vida en los pacientes con cáncer de próstata no ha sido muy estudiada. Debiendo enfocarse en los síntomas físicos de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Para pacientes con enfermedad temprana y tratados con prostatectomía radical, la complicación primaria en la disfunción eréctil, la cual ocurría en todos los pacientes antes del desarrollo de procedimientos neopreservadores. Incluso con la experiencia actual, la disfunción ocurre de un 20%-50% aún con cirugía neopreservadora. Del 15% al 20% de los pacientes posterior a la cirugía pueden experimentar varios grados de incontinencia urinaria, siendo permanente en menos de un 2%. La disfunción eréctil es una complicación primaria en aquellos pacientes tratados con radioterapia. La necesidad de terapias adyuvantes como la castración médica o quirúrgica y la radioterapia, también tienen repercusión en la calidad de vida de los pacientes<sup>7</sup>.

El término "calidad de vida" apareció por primera vez en la *National Library of Medicine* en EUA en 1966. Únicamente un artículo apareció en ese año, y se titulaba "Medicina y calidad de vida" (Elkinton, 1966). Para marzo del 2004 la búsqueda en PubMed de la *National Library of Medicine* arrojaba 38,341 artículos con la expresión "calidad de vida", y de éstas, 7,937 se referían a investigaciones relacionadas con el cáncer. A pesar de su inclusión en los puntajes de estudios clínicos, la calidad de vida sigue siendo una noción bastante variable, definido conceptual y operativamente de numerosas maneras<sup>8</sup>.

Las definiciones globales de calidad de vida se han centrado en: a) el ajuste de las esperanzas y ambiciones de uno con sus experiencias; b) el bienestar como producto de la satisfacción o insatisfacción con algunos aspectos de la vida; c) evaluaciones personales basadas en juicios que pesan atributos positivos y negativos de la vida; d) aspectos multidimensionales de la vida en el contexto del sistema de valores, la cultura del individuo, metas personales, expectativas, niveles de vida y preocupaciones de una persona. En relación a la calidad de vida relacionada con la salud (CDVRS), se pone de manifiesto las representaciones de las respuestas físicas, psicológicas y sociales hacia la enfermedad y su tratamiento, así como la satisfacción con el desempeño social, el control sobre la enfermedad y/o los síntomas relacionados

con el tratamiento. En un inicio, la CDVRS incluía sólo la función física (Karnofsky et al., 1947). Desde entonces, se han expandido multidimensiones de función y bienestar<sup>8,9</sup>.

En términos de cáncer de próstata, todos los tratamientos potenciales tienen ventajas y desventajas; las recomendaciones que se hacen para la elección de éstos se basan en factores como edad, expectativa de vida, condición general de salud, preferencias personales y, estado y grado del cáncer.

Las consecuencias del tratamiento elegido pueden tener una incidencia negativa en los diferentes dominios de la calidad de vida del paciente, debido a la disminución del sentido de bienestar físico, psicológico y social. En cuanto al factor psicológico específicamente, el paciente puede verse afectado dadas las reacciones emocionales negativas causadas por los efectos secundarios del tratamiento, como la vergüenza en el caso de la incontinencia urinaria y disfunción intestinal. En el caso de la disfunción eréctil, es posible que el hombre se sienta incómodo con su pareja y evite ciertas conductas de intimidad y privacidad que posteriormente lleven a una relación sexual. De igual forma, es posible que la percepción de masculinidad que tiene el paciente de sí mismo se vea afectada. Socialmente, es posible que se den cambios en las relaciones interpersonales del paciente, dado el estado de tensión y tristeza en el que puede encontrarse. Por esta razón, el paciente puede intentar aislarse y perder el interés en el establecimiento y mantenimiento de vínculos satisfactorios con quienes lo rodean<sup>9,10</sup>. Actualmente, docenas de cuestionarios para evaluar la calidad de vida y CDVRS se encuentran disponibles. Algunos son genéricos, como el SF-36 (*36-Item Short-Form Health Survey*), el cual es un instrumento estandarizado y validado que mide la CDVRS en 8 aspectos (funcionamiento físico, de rol y social, salud mental, vitalidad, percepción de la salud, rol emocional y dolor corporal). Otros cuestionarios son específicos a enfermedades o condiciones, y otros son una combinación de genéricos y específicos a enfermedad o condición, tales como el *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30*. Estos cuestionarios proporcionan puntajes de subescala cuando se mide más de un campo, y puntajes globales o resúmenes cuando se requieren valoraciones generales de la CDVRS<sup>11-13</sup>. El Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata (CAVIPRES), es un cuestionario desarrollado y validado en España, en lenguaje español, éste constituye en la actualidad una herramienta manejable, fiable, sensible y específica para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata. Además, es adecuado para la investigación clínica de la patología prostática oncológica<sup>14</sup>. El *Expanded Prostate Cancer Index (EPIC)* es un cuestionario específico para la evaluación del impacto de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata. Contiene 50 ítems divididos en 4 sumarios: urinario, intestinal, sexual y hormonal. Actualmente, la versión en castellano del EPIC es fiable y se encuentra validado, presenta una sensibilidad al cambio de idioma excelente, por lo que resulta una herramienta útil para evaluar el impacto en la calidad de vida en cualquier tratamiento de cáncer de próstata<sup>15,16</sup>. En términos generales, las exploraciones teóricas realizadas acerca del tema en la literatura internacional, hace referencia al impacto que causa el cáncer de próstata localizado en la calidad de

vida de los pacientes tratados con PRL, y la relación con los efectos producidos por la cirugía; sin embargo, en nuestro país no existen estudios que evalúen lo anterior.

El objetivo del presente artículo es determinar el impacto en la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata postoperados de PRL, mediante la aplicación de cuestionarios específicos y validados, en entrevista directa con el paciente. Secundariamente, se pretende establecer la incidencia de incontinencia urinaria y disfunción eréctil posterior a la cirugía radical laparoscópica. Así como describir las características clínico-patológicas de los pacientes con cáncer de próstata del estudio y detallar la incidencia de tratamientos adyuvantes posteriores a la cirugía radical.

## Material y métodos

Se incluyeron pacientes con cáncer de próstata de 50 a 75 años, con un mínimo de 6 meses hasta 2 años de postoperados de prostatectomía radical en el Hospital Juárez de México, de agosto de 2010 a agosto de 2012. No se incluyeron pacientes con seguimiento incompleto a través de la Consulta Externa del Servicio de Urología, pacientes que no acepten responder los cuestionarios para evaluar la calidad de vida, pacientes que previo a la cirugía presenten disfunción eréctil y/o incontinencia urinaria.

La obtención de los datos se realizó en entrevista estructurada directa con el paciente, a través de la aplicación de cuestionarios específicos y genéricos validados en español, para evaluar la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata postoperados de PRL.

## Definición de variables

- Calidad de vida: según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000), abarca los siguientes indicadores: a) estatus funcional, el cual mide la presencia y el grado de interferencia de daños físicos en la realización de actividades diarias, de autocuidado, movilidad, actividades físicas propias y cotidianas, síntomas tanto físicos y particulares, como efectos secundarios de tratamientos; b) estatus psicológico, definido por los dominios actuales en regulación emocional, solución de problemas y toma de decisiones; c) funcionalidad social, referida a redes de apoyo formales e informales. También hace referencia a las creencias religiosas de las personas y al funcionamiento global, en el cual se resumen las evaluaciones realizadas por la persona acerca de su bienestar y estado de satisfacción general.
- Efectos secundarios del tratamiento: efectos en la función sexual: a) impotencia sexual, definida como la incapacidad de lograr o mantener la erección del pene para tener una relación sexual; b) aneyaculación. Efectos en la función urinaria: a) polaquiuria; b) nicturia; c) urgencia urinaria; d) incontinencia urinaria. Efectos en la función intestinal: disfunción intestinal, que puede manifestarse por diarrea, urgencia rectal y hemorragia. Pueden presentarse otros efectos secundarios como: reducción o abolición del deseo sexual, bochornos,

letargo, dolor, ginecomastia, asociados especialmente al manejo adyuvante con bloqueo hormonal.

## Instrumentos de medición

- *Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice* (EPIC-CP): cuestionario específico para la evaluación del impacto de los tratamientos en la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata. Contiene 16 ítems divididos en 4 dominios: continencia urinaria, obstrucción/irritación urinarias, función intestinal, función sexual, función hormonal/vitalidad. Validado para su aplicación en español. Cada dominio contiene 3 preguntas con opciones de respuesta escala tipo *Likert* de 0 a 4 puntos. Puntajes más bajos indican mejor percepción de la calidad de vida relacionada con la enfermedad.
- CAVIPRES: cuestionario que consta de 30 preguntas, en su versión extendida, los ítems se dividen en 5 dominios del paciente que corresponden a aspectos psicológicos, esperanza y futuro, vida sexual, apoyo social y de pareja, información y comunicación. Los dominios contienen preguntas con opciones de respuesta en escala tipo *Likert* de 5 puntos (1: siempre, 5: nunca). A mayor puntuación, mejor es la percepción de calidad de vida en los pacientes.

Se utilizó estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

## Resultados

Se eliminaron 3 pacientes de los 35 estudiados, ya que no contaban con seguimiento completo en el posquirúrgico.

De los 32 pacientes estudiados, se encontró que el rango de edad fue de 57 a 79 años, con una moda, media y mediana de 67, y una desviación estándar (DE) de 5.53. Con lo anterior, dado que los valores de la moda, media y mediana son iguales, podemos asumir que la distribución de la muestra es homogénea. En cuanto al antígeno prostático específico (APE) preoperatorio, encontramos que el promedio fue 14.37 ng/mL con una moda de 7.7, media y mediana de 10.45, y una DE de 11.56.

Las condiciones anatomopatológicas y clínicas preoperatorias se presentan en la tabla 1.

En la tabla 2 se describe la estadificación anatomopatológica y el puntaje Gleason posquirúrgico de los pacientes incluidos en el estudio.

De los 32 pacientes operados de PRL, 17 (53.12%) de ellos requirieron radioterapia adyuvante, 2 (6.25%) hormonoterapia intermitente adyuvante, y uno (3.12%) hormonoterapia intermitente y radioterapia (tabla 3).

En cuanto a la incidencia de incontinencia urinaria posquirúrgica se tienen 2 pacientes (6.25%) con incontinencia total, y 7 pacientes con incontinencia urinaria leve, que no impacta la calidad de vida, y que requieren de uno o menos apósitos en 24 horas.

En la evaluación de los síntomas urinarios de almacenamiento/vaciamiento se encontró que 5 pacientes (15.62%)

**Tabla 1** Características preoperatorias de 32 pacientes operados de prostatectomía radical laparoscópica en el Hospital Juárez de México

Características	N° de pacientes n=32
Antígeno prostático específico sérico prequirúrgico, ng/mL	
• 0-4	0 (0)
• 4.1-10	15 (46.8)
• 10.1-20	11 (34.37)
• +20	6 (18.75)
Promedio	14.37
Moda	7.7
Media	10.45
Mediana	10.45
DE	11.56
Clasificación TNM	
• T1a	4 (12.5)
• T1b	2 (6.25)
• T1c	12 (37.5)
• T2a	6 (18.75)
• T2b	5 (15.62)
• T2c	3 (9.37)
Puntaje Gleason de la biopsia	
• 2-4	0 (0)
• 5	0 (0)
• 6	14 (43.75)
• 7	17 (53.12)
• 8-10	1 (3.12)

DE: desviación estándar.

no presentan síntomas, 5 (15.62%) refieren síntomas leves, 11 (34.37%) síntomas moderados y 11 (34.37%) síntomas urinarios severos. Los pacientes con síntomas severos, principalmente 8 de ellos, se asociaron a fibrosis en la anastomosis uretrovesical; y los pacientes con síntomas urinarios leves y moderados, se asociaron a efectos secundarios de la radioterapia adyuvante.

Solo 2 pacientes presentaron síntomas intestinales severos secundarios a la radioterapia adyuvante; y los 3 pacientes manejados con hormonoterapia adyuvante refirieron sintomatología severa asociada a la terapia hormonal (bochornos, depresión, falta de energía).

La función eréctil se evaluó en el ítem señalado en el cuestionario de EPIC-CP, para lo cual tenemos que 3 pacientes (9.37%) presentan un grado de función eréctil que les permite mantener relación sexual con su pareja, otros 3 pacientes (9.37%) presentan erecciones pero no logran mantener una relación sexual, y el resto, 26 pacientes (81.25%) sin presencia de erecciones (tabla 4).

Con el cuestionario de CAVIPRES se evaluaron aspectos psicológicos de cómo el paciente enfrenta y acepta su enfermedad y sus complicaciones, cómo impacta la función eréctil a la calidad de vida, así como el apoyo social y el acceso a la información médica acerca de su padecimiento.

**Tabla 2** Puntaje Gleason y estadio patológico de 32 pacientes operados de prostatectomía radical laparoscópica en el Hospital Juárez de México

Características N° de pacientes (%), n=32	
Estadio patológico	
• Órgano confinado	16 (50)
• Penetración capsular con Gleason < 7	0
• Penetración capsular con Gleason 7	4 (12.5)
• Invasión a vesículas seminales	12 (37.5)
Puntaje Gleason posquirúrgico	
• 5	0 (0)
• 6	4 (12.5)
• 7	17 (53.12)
• 8-10	10 (31.25)
• PIN de alto grado	1 (3.12)
Márgenes quirúrgicos positivos	15 (46.76)

**Tabla 3** Necesidad de terapias adyuvantes en los pacientes operados de prostatectomía radical laparoscópica

N° de pacientes	(%)
Radioterapia externa	17 (53.12)
Hormonoterapia	2 (6.25)
Radioterapia + hormonoterapia	1 (3.12)
Total	20 (62.5)

En este cuestionario mientras mayor sea el puntaje, mejor es la percepción de la calidad de vida por parte del paciente. En total se tienen 30 ítems, con respuestas que van de 1 a 5 puntos cada una, teniendo como menor puntuación 30 y mayor 150 puntos.

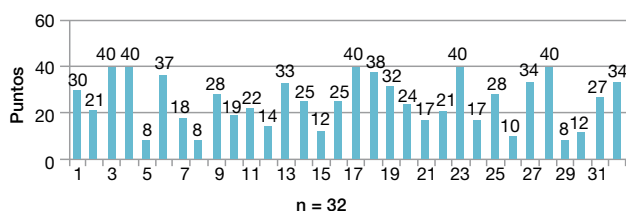
El puntaje de los diferentes ítems del CAVIPRES en su versión extendida, para la evaluación de la calidad de vida en los pacientes postoperados de prostatectomía radical se muestra en la tabla 5.

En cuanto a los aspectos psicológicos en general, la puntuación obtenida fue de 25.09 con una DE de 10.77, lo que muestra que la mayoría de los pacientes presenta un estado de ansiedad generado por la enfermedad, con preocupaciones y pensamientos constantes acerca de la misma, tanto por el estado actual de salud, y por cómo evolucionará la enfermedad. Cinco pacientes obtienen la puntuación máxima de 40, lo que traduce que no existe un impacto en los aspectos psicológicos de la calidad de vida, y en el otro extremo, 3 pacientes obtienen el puntaje mínimo de 8, teniendo la percepción de que el estado de salud impacta de manera importante su vida (fig. 1).

Por el contrario, en el ítem que evalúa la esperanza y futuro, con el cual el paciente enfrenta su presente, el promedio de puntuación fue 5.45 con una DE de 2.7, lo que se

**Tabla 4** Resultados del cuestionario de EPIC-CP a los pacientes operados de prostatectomía radical laparoscópica en el Hospital Juárez de México

Ítem evaluado	N° de pacientes (%)
Incontinencia urinaria total	2 (6.25)
Síntomas urinarios	
• Asintomáticos	5 (15.62)
• Leves	5 (15.62)
• Moderados	11 (34.37)
• Severos	11 (34.37)
Síntomas intestinales severos	2 (6.25)
Síntomas hormonales	3 (9.37)
Función eréctil	
• Erección firme para tener relación sexual	3 (9.37)
• Erección que no permite tener relación sexual	3 (9.37)
• Sin erecciones	26 (81.25)

**Figura 1** CAVIPRES ítem: aspectos psicológicos.

traduce en que a pesar de las condiciones de salud del paciente, a pesar de las consecuencias o efectos adversos derivados de la cirugía, los pacientes muestran optimismo ante su situación y refieren que son capaces de apreciar las cosas de su vida, así como enfrentar el presente con ilusión (fig. 2).

En el aspecto sexual, el promedio del puntaje fue de 8.6 con una DE de 5.47. Los pacientes se ven impactados de manera sustancial en su calidad de vida, en relación con el grado de función eréctil posquirúrgica (fig. 3).

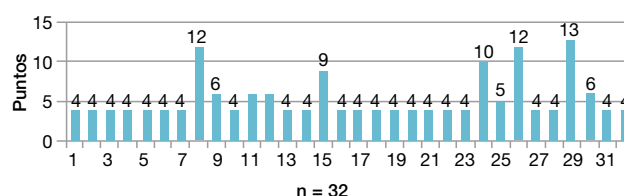
Todos los pacientes contestan que son apoyados y ayudados por la pareja, así como por los amigos y su entorno social en general, con un promedio de puntaje obtenido de 6.29 y una DE de 3.21 (fig. 4).

Los resultados obtenidos en el ítem de la información médica acerca del padecimiento, así como de la cirugía y las consecuencias de la misma, se tiene que el puntaje promedio obtenido fue de 7.12 con una DE 3.21. Todos los pacientes están de acuerdo en que les gustaría que existiera un servicio de apoyo para las personas que tienen cáncer de próstata dentro del hospital (figs. 5 y 6).

**Tabla 5** Cuestionario español de calidad de vida CAVIPRES, en pacientes operados de prostatectomía radical laparoscópica en el Hospital Juárez de México

Ítems evaluados	Puntaje obtenido
Aspectos psicológicos (8-40 puntos)	
• Promedio	25.09
• Mediana	25
• DE	10.77
Esperanza y futuro (4-20 puntos)	
• Promedio	5.45
• Mediana	4
• DE	2.7
Vida sexual (6-30 puntos)	
• Promedio	8.06
• Mediana	6
• DE	5.47
Apoyo social y pareja (6-30 puntos)	
• Promedio	6.29
• Mediana	11
• DE	1.13
Información y apoyo médico (6-30 puntos)	
• Promedio	7.12
• Mediana	6
• DE	3.21

DE: desviación estándar.

**Figura 2** CAVIPRES ítem: esperanza y futuro.

## Discusión

Desde los años noventa, en el mundo se ha incrementado en forma exponencial la incidencia de cáncer de próstata. Esto debido a la utilización del APE como marcador tumoral y prueba de tamizaje. Los factores determinantes de la disminución de la mortalidad corresponden al diagnóstico y tratamiento tempranos.

Existen múltiples tratamientos para los pacientes con cáncer de próstata, la terapéutica empleada tiene que evaluar el estadio clínico asociado a los niveles del APE y el Gleason, además de la edad cronológica y el estado funcional del paciente. El tratamiento de estos pacientes debe entenderse desde un punto de vista multidisciplinario, donde la actuación conjunta o secuencial del urólogo, oncólogo, radiooncólogo, patólogo y/o oncólogo médico, proporcionen al paciente la mejor de las alternativas disponibles según el

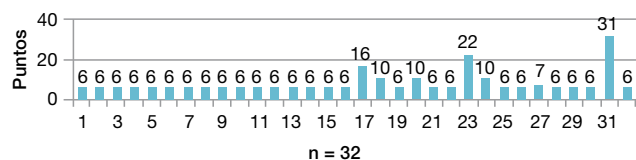


Figura 3 CAVIPRES ítem: vida sexual.

estadio de la enfermedad y las características del paciente. Sin embargo, y pese a lo anterior, el paciente la mayoría de las veces queda excluido de la toma de decisiones en lo referente a su tratamiento.

Por su incidencia, pero principalmente por su prevalencia, el cáncer de próstata representa actualmente un problema de Salud Pública, y debiera ser considerado como tal. Afortunadamente, cada vez se cuenta con un mayor armamentario para su manejo, tanto en técnicas quirúrgicas como en tecnología en el campo de la farmacología y la medicina nuclear. Las cifras globales de prevalencia de pacientes con cáncer de próstata con una supervivencia relativamente alta, hacen plantearnos seriamente la calidad de vida que presentarán estos pacientes en los años posteriores a la terapia instaurada.

A todo lo anterior se le tiene que sumar, que los pacientes mayores tienen características particulares que los hacen más sensibles y susceptibles a los efectos adversos de las diferentes opciones terapéuticas para el cáncer de próstata. Aunque la edad cronológica no necesariamente es igual a la edad biológica y al estado funcional, es un aspecto que debe ser tomado muy en cuenta en el momento de la toma de decisiones terapéuticas.

“Calidad de vida” apareció por primera vez como un término investigable en la *National Library of Medicine* de los EUA en 1966. En la práctica clínica entendemos a la “calidad de vida” como el mantenimiento de las funciones físicas de los pacientes junto con un aceptable control sintomático, sin embargo la evaluación de la calidad de vida no deja de ser una percepción subjetiva del paciente, y su evaluación debe incluir no sólo aquellos síntomas o funciones orgánicas producidas por la enfermedad o sus tratamientos, sino que también debe darnos información sobre la influencia psicológica y social de la enfermedad y el impacto que represente.

En el presente estudio se destaca que la calidad de vida de los pacientes operados de PRL se ve deteriorada, debido a las consecuencias de la cirugía o la necesidad de terapias

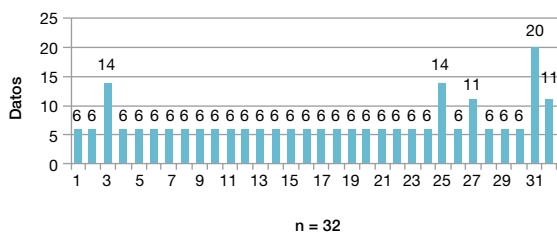


Figura 5 CAVIPRES ítem: información médica.

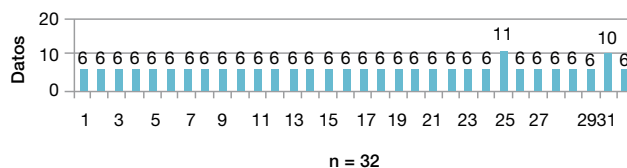


Figura 4 CAVIPRES ítem: apoyo social y de pareja.

adyuvantes y su toxicidad (radioterapia y hormonoterapia), el mayor impacto se tiene en pacientes que presentan incontinencia urinaria posquirúrgica y/o síntomas urinarios de llenado o de vaciamiento severos, asociados a fibrosis de la anastomosis uretrovesical.

Pese a lo anterior, la psicología del mexicano ante la enfermedad demostrada en el cuestionario CAVIPRES, dicta que el objetivo del paciente operado de prostatectomía radical es sobrevivir y liberarse del cáncer, por lo cual tiende a caer en una aceptación ficticia de los efectos secundarios de la cirugía o de las terapias adyuvantes, en esta etapa el apoyo familiar es fundamental. Por otro lado, específicamente en los ítems que evalúan los aspectos psicológicos y de la función eréctil, los pacientes tienden a tener un mayor impacto en la calidad de vida debido a las consecuencias quirúrgicas. Los hombres describen el estado comórbido a partir de la limitación funcional, incapacidad e interferencia que causan en las actividades habituales de la vida cotidiana. Menciona un paciente “*el dolor, los síntomas urinarios y la disfunción eréctil me acabaron, no sabía qué hacer, necesitaba ayuda y no me atreví a solicitarla*”.

Los pacientes de mayor edad justifican sus síntomas utilizando mecanismos compensatorios de la edad, por ejemplo en la función eréctil, y en el caso de la incontinencia urinaria algunos creen que es el precio que tienen que pagar por librarse de la enfermedad.

Los pacientes más jóvenes se preocupan de forma importante por la función eréctil, y esto genera mayor ansiedad e impacto en la calidad de vida. Algunos se perciben como mutilados y mencionan “*si hubiera sabido no me opero*”, esto a pesar de haber sido informados acerca de las consecuencias de la cirugía.

El estado de salud genera respuestas adaptativas y respuestas no adaptativas, dependiendo de cada caso en particular. Generalmente, las personas jóvenes gestionan un plan de cuidado efectivo, mientras que las personas mayores muestran una mayor resignación.

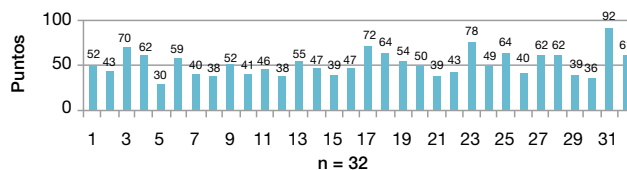


Figure 6 CAVIPRES puntaje global.

Los pacientes justifican el impacto negativo en la dimensión de los síntomas, porque además identifican a los síntomas como crónicos, con menor posibilidad de revertirse y el impacto en la calidad de vida diaria es mayor. Los resultados confirman que el impacto real de los síntomas en la calidad de vida varía en relación al individuo y la edad.

Es importante determinar que todos los pacientes contestaron que desearían que existiera un servicio de apoyo en el hospital, para las personas que tienen esta enfermedad. En realidad, la presente investigación arroja que la calidad de vida se ve impactada de forma importante, y que la sugerencia por parte de los pacientes de que existiera este servicio de apoyo no sería una mala idea. Podría formarse dentro del hospital un Servicio de Psicooncología, teniendo como objetivo único a los pacientes con cáncer de próstata, y en el caso de la población operada de cirugía radical, implementar terapias para adaptar mecanismos de reconceptualización una vez que la enfermedad este estable. Estos mecanismos permitirán a los pacientes adaptar su vida a los efectos de la enfermedad o de la cirugía de forma satisfactoria, logrando el inicio de una nueva etapa postenfermedad con nuevos propósitos de vida, describiendo un nuevo concepto de salud y calidad de vida.

El estudio y evaluación de la calidad de vida en México resulta infrecuente, hay pocos estudios acerca de ello, enfocados a los pacientes con cáncer de próstata operados de PRL.

Las limitaciones del presente estudio incluyen que la medición de la calidad de vida se hizo en una sola ocasión (en forma transversal). No obstante, se abren líneas de investigación para realizar nuevas mediciones de la calidad de vida en los mismos pacientes y determinar el impacto a largo plazo; la evaluación del impacto económico en el paciente y en la institución de salud. En tanto que la calidad de vida la define el individuo en forma subjetiva, otra línea de investigación podría implicar la diferente percepción de la calidad de vida del médico y el paciente.

## Conclusiones

Este estudio muestra la calidad de vida que viven los pacientes operados de PRL, la repercusión de la misma, así como de las terapias adyuvantes. Los resultados proveen información relevante para determinar los efectos adversos que más impactan a la calidad de vida de los pacientes y, así facilitar y compartir con el paciente la toma de decisión terapéutica y personalizarla según las expectativas individuales y etarias.

En las últimas décadas, la participación ciudadana adquiere relevancia en muchos aspectos sociales, incluido el ámbito de Salud Pública, y son el nuevo rol del paciente, como agente activo y generador de su salud, así como el paradigma de la atención centrada en el paciente, algunos de los hitos más importantes en la mejora continua de la atención médica, tema central importantísimo para mejorar la calidad de vida en nuestros pacientes. La participación del paciente para la toma de decisiones terapéuticas, supone un nuevo modo de entender la relación con nosotros, sus médicos tratantes, y en el caso del presente tema, ofrecerle al paciente la información relevante que lo prepare para la toma de decisiones, generar sentimiento de apoyo y la sensación de disponibilidad de información.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Financiamiento

No se recibió patrocinio para llevar a cabo este artículo.

## Bibliografía

1. Grönberg H. Prostate cancer epidemiology. *Lancet* 2003;361:859-864.
2. Hsing AW, Chokkalingam AP. Prostate cancer epidemiology. *Frontiers in Bioscience* 2006;11:1388-1413.
3. Jemal A, Siegel R, Ward E, et al. Cancer statistics, 2008. *CA Cancer J Clin* 2008;58:71-96.
4. Bill-Axelsson A, Holmberg L, Ruutu M, et al. Radical prostatectomy versus watchful waiting in early prostate cancer. *N Engl J Med* 2011;364:1708-1717.
5. Guillonnet B, Vallancien G. Laparoscopic radical prostatectomy The Montsouris experience. *J Urol* 2000;163:418-422.
6. Guillonnet B, Rozet F, Cathelineau X, et al. Perioperative complications of laparoscopic radical prostatectomy: the Montsouris 3-year experience. *J Urol* 2002;167:51-56.
7. Cansino JR, Alvarez M, Cabrera PM, et al. Prostatectomía radical laparoscópica. Revisión de la literatura. Nuestra experiencia. *Actas Urol Esp* 2006;30:517-530.
8. Esper P, Mo F, Chodak G, et al. Measuring quality of life in men with prostate cancer using the functional assessment to cancer therapy prostate instrument. *Urology* 1997;50:920-928.
9. VanAndel G, Bottomley A, Fossa SD, et al. An international field study of the EORTCQLQ-PR25: A questionnaire for assessing the health-related quality of life of patients with prostate cancer. *Eur J Cancer* 2008;44:2418-2424.
10. Litwin MS, Hays RD, Fink A, et al. The UCLA Prostate Cancer Index: Development, reliability, and validity of a health related quality of life measure. *Med Care* 1998;36:1002-1012.
11. Wei JT, Dunn RL, Litwin MS, Sandler HM, et al. Development and validation of the Expanded Prostate Cancer Index Composite (EPIC) for comprehensive assessment of health-related quality of life in men with prostate cancer. *Urology* 2000;56:899-905.
12. Tannock IF, Osoba D, Stockler MR, et al. Chemotherapy with mitoxantrone plus prednisone or prednisone alone for symptomatic hormone-resistant prostate cancer: A Canadian randomized trial with palliative endpoints. *J Clin Oncol* 1996;14:1756-1764.
13. Osoba D, Tannock IF, Ernst DS, et al. Health-related quality of life in men with metastatic prostate cancer treated with prednisone alone or mitoxantrone and prednisone. *J Clin Oncol* 1999;17:1654-1663.
14. Gómez-Veiga F, Cozar-Olmo JM, Günthner S, et al. Desarrollo y validación del primer cuestionario español de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, basado en la percepción del paciente. *Actas Urol Esp* 2009;33:623-634.
15. Ferrer M, Garin O, Pera J, et al. Evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata localizado: validación de la versión española del cuestionario EPIC. *Med Clin* 2009;132:128-135.
16. Chang P, Szymanski KM, Dunn RL, et al. Expanded Prostate Cancer Index Composite for Clinical Practice: Development and Validation of a Practical Health Related Quality of Life instrument for Use in the Routine Clinical care of Patients with Prostate Cancer. *J Urol* 2011;186:865-872.