

# Evaluación de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata bajo terapia de deprivación androgénica mediante el cuestionario CAVIPRES-30

## *Quality of life assessment in patients with prostate cancer on androgen deprivation therapy using the CAVIPRES-30 questionnaire*

Agustín Nazar, Agustín Gonzalez, Nicolás Capponi, Nicolás Frías, Marcos Dalvit, Fernando Santomil y cols.

*Servicio de Urología. Hospital Privado de Comunidad. Mar del Plata, Argentina.*

### RESUMEN

**Objetivo:** Determinar el nivel de calidad de vida (CDV) de pacientes con cáncer de próstata (CP) que reciben terapia de deprivación androgénica (TDA). Evaluar factores clínicos, patológicos y socio-demográficos que puedan influir en ella.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo, observacional, corte transversal. Incluimos pacientes que recibieron análogos GnRH o combinados con antiandrogénos en el período abril-junio 2018 en nuestra institución. Se excluyeron aquellos sin conocimiento de enfermedad, datos insuficientes y que rechazaron participar. CDV se evaluó mediante cuestionario CAVIPRES-30. Se divide en escala: muy mala, mala, regular, buena y muy buena. Análisis estadístico con programa StatsDirect v3.0.13. Test de Mann-Whitney y Chi-cuadrado. Se estableció  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

**Resultados:** Se incluyeron 61 pacientes. Mediana de edad: 79 años (r59-87); 51% tenía TDA con análogo, 13% presentaba metástasis. Mediana de tiempo de TDA fue 12 meses (r3-72). El 63% presentaba nivel escolar inicial, 90% vivienda propia y 66% pareja estable. Mediana CDV: 76 puntos (r45-144). El 72% pertenecía a categoría regular y mala. El tiempo de exposición a TDA demostró ser estadísticamente significativo ( $p = 0,02$ ) con RR de 0,28 (IC95% 0,21-0,34), siendo peor CDV en pacientes con mayor tiempo de deprivación. Punto de corte: período  $\geq 12$  meses ( $p < 0,0001$ ) con un RR de 0,16 (IC95% 0,12-0,26). El tiempo desde el diagnóstico de CP fue mayor en pacientes con peor CDV, sin embargo no fue estadísticamente significativo.

**Conclusión:** El 72% de nuestra población tiene CDV regular y mala. Empeora a partir de los 12 meses de tratamiento con TDA. No influyen la presencia de metástasis, el tiempo desde diagnóstico de CP, ni el rango etario. La mayoría de los pacientes tiene nivel educacional básico, vivienda propia y pareja estable.

**Palabras clave:** calidad de vida, deprivación androgénica, cáncer de próstata, cuestionario.

### ABSTRACT

**Objective:** Determine the level of quality of life (QoL) of patients with prostate cancer (PC) who receive androgen deprivation therapy (ADT). Evaluate clinical, pathological and socio-demographic factors that may influence it.

**Material and methods:** Descriptive, observational, cross-sectional study. We include patients who received GnRH analogues or combined with antiandrogens in the period April-June 2018 in our institution. Those without knowledge of disease, insufficient data and who refused to participate were excluded. QoL was evaluated through a CAVIPRES-30 questionnaire. It is divided into scale: very bad, bad, regular, good and very good. Statistical analysis with StatsDirect program v3.0.13. Mann-Whitney and Chi-square test.  $P < 0.05$  was established as statistically significant.

**Results:** Sixty-one patients were included. Median age: 79 years (r59-87); 51% had ADT with analog, 13% had metastases. Median time of ADT was 12 months (r3-72). 63% presented primary school level, 90% own housing and 66% stable couple. Medium QoL: 76 points (r45-144). 72% belonged to the regular and bad category. The exposure time to ADT proved to be statistically significant ( $p = 0.02$ ) with a RR of 0.28 (95% CI 0.21-0.34), with QoL being worse in patients with longer ADT time. Cut-off point: period  $\geq 12$  months ( $p < 0.0001$ ) with a RR of 0.16 (95% CI 0.12-0.26). The time of affection by PC was greater in patients with worse QoL, however it was not statistically significant.

**Conclusion:** 72% of our population has regular and poor QoL. It worsens after 12 months of treatment with ADT, the presence of metastasis and longer time of affection by PC does not influence. Neither does it affect the age range. Most of the patients have a basic educational level, their own home and a stable partner.

**Key words:** quality of life, deprivation androgen, questionnaire, prostate cancer.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define calidad de vida como la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes<sup>1</sup>.

La introducción del antígeno prostático específico (APE) como método de screening en la década del 90, contribuyó a incrementar, el número de pacientes que son diagnosticados con cáncer de próstata (CP), siendo cada vez más jóvenes<sup>2</sup>.

Existen múltiples esquemas de tratamiento, cada uno con indicaciones precisas y efectos secundarios que pueden afectar la calidad de vida (CDV) del paciente. Uno de ellos, incluye la terapia de deprivación androgénica (TDA), la cual es utilizada, tanto en pacientes con enfermedad localizada como metastásica<sup>3</sup>.

La Calidad de Vida Relacionada a la Salud (CVRS), se ha posicionado como uno de los principales criterios de valoración en Oncología, midiendo el impacto global de la enfermedad y/o tratamiento en estos pacientes, a través de instrumentos tales como encuestas específicas del sitio del cáncer<sup>4</sup>.

El Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata-30 (CAVIPRES-30), desarrollado y validado en lenguaje español, constituye una herramienta manejable, fiable, sensible y específica para evaluar CDV de pacientes con CP<sup>5</sup>.

## OBJETIVO

Determinar el nivel de calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata que reciben terapia de deprivación androgénica. Evaluar factores clínicos, patológicos y socio-demográficos que puedan influir en ella.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, observacional de corte transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de CP que se encontraban en tratamiento con TDA farmacológica en nuestra institu-

ción. Se excluyeron pacientes sin conocimiento de su enfermedad, sin condiciones de afrontar una entrevista, ni de responder cuestionario autoadministrado, también aquellos con datos insuficientes en historia clínica y los que no quisieron participar del estudio. Se contactó a los pacientes durante la consulta urológica. Si accedían a participar se firmaba un consentimiento informado.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de nuestra institución bajo el registro N°2919/1673/2018. Se respetó la Declaración de Helsinki.

La recolección de datos se realizó entre los meses de abril y junio de 2018, los socio-demográficos se obtuvieron a partir de una entrevista personal con el médico, mientras que los datos clínicos se los tomó a partir de la historia clínica electrónica del Hospital.

La CDV se evaluó mediante el cuestionario autoadministrado CAVIPRES-30, que está validado para evaluar calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata y el cual fuimos autorizados a utilizar para el presente estudio por parte de la Asociación Española de Urología<sup>5</sup>.

Una vez firmado el consentimiento, para determinar si el paciente se encontraba en condiciones de responder el cuestionario se utilizó el Mini-Mental State Examination. Si el paciente superaba la prueba, se le entregaba el cuestionario en sobre cerrado y numerado.

El CAVIPRES-30 consta de 30 ítems y evalúa 5 dominios distribuidos de la siguiente manera: aspectos psicológicos (8 ítems), apoyo social y de la pareja (6 ítems), esperanza y futuro (4 ítems), vida sexual (6 ítems), información y comunicación (6 ítems). Tiene un tiempo promedio de 20 minutos para su realización con un nivel de dificultad fácil.

La escala utilizada para la valoración de la CVRS va de 30 a 150 puntos, y clasifica los resultados en: muy mala (30 - 54 puntos), mala (55 - 78), regular (79 - 102 puntos), buena (103 - 126 puntos) y muy buena (127 - 150 puntos).

A cada paciente se le asignó un número (desde el 01 en adelante). Cada cuestionario tenía el número impreso, para luego poder correlacionarse con la base

de datos del paciente. Se entregó el mismo en sobre cerrado y se recibió de la misma manera.

Las variables clínicas estudiadas fueron edad, APE y score de Gleason al momento del diagnóstico, estadio TNM y tratamiento inicial que recibieron los pacientes. Enfermedad localizada o metastásica al momento de iniciar el bloqueo hormonal farmacológico y duración del mismo. Se evaluó el tiempo desde el diagnóstico de enfermedad hasta iniciar TDA. También si la privación fue completa o parcial. Los pacientes que presentaban factores de morbilidad asociadas fueron agrupados mediante el índice de Charlson (el cual mide la esperanza de vida a los 10 años). Las características socio-demográficas que se analizaron son: estudios finalizados, actividad laboral, tipo de salario (sueldo, pensión, jubilación), tipo de vivienda (propia, alquiler, hogar), si recibían ayuda económica y con quien vivían.

Todos los datos se recopilaron en una tabla Excel. El análisis estadístico se realizó con el programa StatsDirect v3.0.13. Variables cuantitativas: test de Mann-Whitney. Variables dicotómicas: test de Chi-cuadrado. Se estableció un valor  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

## RESULTADOS

De un total de 137 pacientes que se encuentran bajo TDA en nuestra institución, se pudieron contactar a 93 de ellos, de los cuales 61 cumplían los criterios de inclusión (45%). La mediana de edad fue 79 años (r 59 - 87), y la mediana de tiempo del diagnóstico hasta iniciar TDA 4 años (r 0.5 - 13). Grado de Gleason 7 (3+4) en el 43% de los pacientes (n=26), seguido de grado 8 (4+4) en el 26% (n=16). La mediana de APE al diagnóstico fue 10 ng/ml (r 4.16-244). El estadio más frecuente fue el T1c N0 M0 con el 28% (n=17). La combinación de radioterapia con privación androgénica neo-coadyuvante se realizó en el 52% (n=32). En el 87% de los casos, se inició privación por recaída bioquímica. La mediana del tiempo de TDA fue de 12 meses (r3-72). La mitad de los encuestados se encuentra sólo con análogo GnRH. El 69% de la población (n=42) presenta un índice de Charlson de entre 2 y 3 puntos (mortalidad a los 3 años de entre 26 y 53%).

Con relación al nivel educacional, el 63% (n=39) contaba con nivel primario completo solamente. El 16% (n=10) de la población encuestada trabaja actualmente. Alrededor del 90% cuenta con vivienda propia (n=55). El 75% (n=46) afirma que sólo vive de su jubilación, mientras que un 10% (n=6) debe recibir algún tipo de ayuda económica para subsistir. El 66% (n=40) mantiene pareja estable. (Tabla 1).

Con respecto a la CVRS global de la población, la mediana fue de 76 puntos, ubicándose en la categoría mala. En cuanto al análisis de grupos, el 38% de los encuestados (n=23) presentaba una CDV mala, seguido de CDV regular, con el 34% (n=21). A la hora de analizar los aspectos del cuestionario CAVIPRES-30, en el psicológico la mediana fue de 30 puntos (r8-40), en el ítem de esperanza y futuro, fue de 6 puntos (r4-18), en cuanto a vida sexual la mediana fue 10 puntos (r6-30), apoyo social y de pareja de 28 puntos (r12 -60) y en información y comunicación de 23 puntos (r6 -30) (Tabla 2). De esta forma podemos observar que tanto la vida sexual como el apoyo social son los aspectos mayormente impactados en nuestra población.

En el análisis univariable para detectar factores que influyen en la calidad de vida se puede ver que aquellos que estuvieron expuestos a mayor tiempo de TDA presentan peor CDV (mala y muy mala) en comparación con los que estuvieron menos tiempo expuestos (Tabla 3) con una relación estadísticamente significativa ( $p=0,02$ ), RR de 0,28 (IC95% 0,21 - 0,34). Al buscar un punto de corte, aquellos pacientes que estuvieron expuestos a TDA por un período igual o mayor a 12 meses, tuvieron peor CDV ( $p<0,0001$ ), RR de 0,16 (IC95% 0,12 - 0,26). Se debe destacar que aquellos pacientes que se ubicaron en categoría mala y muy mala, también son aquellos que llevan mayor tiempo de diagnóstico de CP, sin embargo, esta asociación no fue estadísticamente significativa.

## DISCUSIÓN

Los primeros estudios sobre la CVRS en pacientes oncológicos datan del año 1949, cuando Karnofsky y Burchenal desarrollaron una escala clínica

para cuantificar el rendimiento funcional de estos pacientes<sup>6,7</sup>.

El creciente interés en la evaluación sistemática de la CVRS en pacientes ha surgido en las últimas tres décadas<sup>8</sup> y se ha convertido en un importante indicador para evaluar resultados de nuevas terapias<sup>9</sup>. La valoración de la misma, a través de medidas estandarizadas y autoadministradas, nos brinda una visión centrada de los pacientes que complementa a las tasas tradicionales como las de mortalidad y morbilidad. Añade información al sistema de salud, permitiendo el diseño de políticas y distribución de recursos de manera racional para lograr un mayor impacto en la población<sup>10</sup>.

En Argentina, el CP es el más frecuente entre los hombres con una incidencia del 20,4%, mientras que la mortalidad alcanza un 11,8% (por detrás del cáncer de pulmón y colorrectal)<sup>11</sup>.

Teniendo en cuenta la supervivencia a largo plazo que presenta la enfermedad localizada, el 50 % de los pacientes estará expuesto a TDA en algún momento<sup>12</sup>. El impacto que puede producir en la CDV de los pacientes que padecen esta patología, es de una importancia considerable, dada la historia natural prolongada en algunos pacientes y los efectos secundarios significativos de los tratamientos empleados; a todo esto, debe sumarse que los pacientes añosos presentan características propias, que los vuelven particularmente más sensibles y susceptibles a los efectos adversos<sup>13</sup>.

Son pocos los estudios realizados a la fecha que evalúan el impacto en la CDV de pacientes con CP sometidos a TDA. Uno de los primeros trabajos realizados, fue el de Litwin & cols. en pacientes metastásicos, en él no se encontraron diferencias en cuanto a la afección de CDV en aquellos tratados con orquiectomía versus bloqueo hormonal farmacológico después del año de tratamiento<sup>14</sup>. En nuestro trabajo fueron incluidos tanto pacientes metastásicos como por recaída bioquímica. Con respecto al tiempo de exposición, pudimos observar que aquellos con un período igual o mayor a 12 meses de TDA, presentaban peor CDV que los que tuvieron menor tiempo expuestos.

Resultados contrarios se vieron en el trabajo publicado por Cheung S. & cols. llevado a cabo en Australia<sup>12</sup>, donde evaluaron la CDV en 63 pacientes bajo TDA y se demostró que en los primeros 12 meses existía peor CDV que los que estaban mayor tiempo expuestos, a esto último se suma el resultado del estudio publicado por Sanda en el año 2008, donde la TDA coadyuvante se asoció a una peor CDV, afectando múltiples dominios de aquellos pacientes que recibieron braqui o radioterapia como tratamiento inicial del CP en comparación con pacientes prostatectomizados<sup>15</sup>.

Herr & cols. publicaron en el año 2000, los resultados sobre afección de CDV en pacientes con CP localizado que fueron tratados con bloqueo hormonal, donde demostraron que tenían peores resultados aquellos que presentaban TDA con análogo combinado con antiandrógeno en comparación con aquellos que estaban tratados con análogos GnRH solamente<sup>16</sup>. En nuestra serie no encontramos diferencias con respecto al tipo de bloqueo.

En el año 2014, Sierra-Guerra y cols. publicaron los resultados de un trabajo similar al nuestro llevado a cabo en pacientes post-prostatectomía radical utilizando el cuestionario CAVIPRES<sup>17</sup>. Si bien el número de pacientes corresponde a la mitad de los incluidos en nuestro estudio, y la mediana de edad fue menor a la de nuestra población (67 años), se puede apreciar que aquellos sometidos a cirugía presentan una mejor CDV en comparación con los pacientes tratados con TDA.

En nuestra revisión, el ítem correspondiente al aspecto psicológico demuestra que la mayoría de los encuestados puede llevar adelante una vida normal y sin preocupación por la enfermedad que les afecta, la angustia no es un predominante en ellos; esto también se refleja en el ítem de esperanza y futuro donde el paciente vive el presente con optimismo apreciando las cosas buenas de la vida; con respecto al apoyo social podemos ver que un gran número de los participantes no se encuentran contenidos afectivamente por su núcleo familiar, por último, los encuestados ven impactados su sexualidad, posiblemente se deba al bloqueo hormonal al que se encuentran sometidos, aunque también debe tenerse en cuenta la pre-

sencia de factores orgánicos presentes en esta población (arteriopatías, diabetes).

Es conocido que el hipogonadismo consiguiente a la TDA se asocia a condiciones metabólicas tales como diabetes, enfermedades cardiovasculares, obesidad y osteoporosis<sup>15</sup>. Sin embargo, en nuestro estudio no encontramos diferencias, en cuanto a la CDV, en aquellos pacientes que presentaban alguna de las condiciones anteriormente mencionadas. Un trabajo realizado en Australia, demostró que la presencia de 1 factor presupone una mejor CDV que aquellos que presentan 2 o más, también se vio que el ejercicio físico mejora la CDV global en algunos aspectos<sup>18</sup>, sin embargo, esto último no fue considerado en nuestro estudio.

Un aspecto a destacar es el bloqueo androgénico intermitente, algo que no fue incluido en nuestra investigación, en donde existe evidencia que esta terapia presenta una CDV superior, en comparación con aquellos pacientes bajo bloqueo androgénico completo<sup>13, 19, 20, 21</sup>.

Con respecto a los datos sociodemográficos, los resultados del estudio realizado por Sanda & cols en España sobre pacientes con CP bajo TDA, demostraron que casi el 50% de los encuestados contaba

con estudios primarios completos y el 80% tenían una vivienda propia<sup>15</sup>, algo muy similar a lo encontrado en nuestra población, donde el 90% cuenta con hogar propio, mientras que más del 60% tiene escolaridad primaria completa.

Una limitante que encontramos, fue el desconocimiento de la calidad de vida que presentaban los pacientes, previo a iniciar la deprivación androgénica, aunque esto tampoco fue considerado en estudios similares que también evaluaron CDV<sup>1,2,12,14,16</sup>

## CONCLUSIÓN

En nuestra población, el 72% tiene Calidad de Vida regular y mala. La misma empeora a partir de los 12 meses de iniciada la deprivación androgénica. No se encontró asociación estadísticamente significativa en aquellos pacientes con presencia de metástasis o que presenten mayor tiempo desde el diagnóstico de cáncer de próstata. Tampoco se vio en el rango etario, ya que a esta edad es esperable encontrar ciertas comorbilidades que pueden influir en la calidad de vida.

La mayoría de los pacientes tiene nivel educacional básico, vivienda propia y pareja estable.

## Anexos

**Tabla 1. Análisis descriptivo de la población**

CARACTERÍSTICAS SOCIO-DEMOGRÁFICAS		N = 61
Edad, mediana		79 años (r 59-87)
Nivel educacional	- Primario - Secundario - Terciario	n=38 (62%) n=20 (33%) n=3 (5%)
Trabajo actual	- no - si	n=50 (82%) n= 11 (18%)
Tipo de vivienda	-Propia -Alquila -Hogar de ancianos	n=55 (90%) n=4 (6%) n =2 (4%)
Sueldo	-Jubilación -Salario -Pensión	n=46 (75%) n=10 (16%) n = 5 (9%)
vive con	-esposa -familia -solo	-n=40 (66%) -n=16 (26%) -N=5 (8%)

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS		
Mediana Tiempo diagnóstico de enfermedad		4 años (r 0.5 - 13)
APE al diagnóstico (mediana)		10 ng/ml (r4.16 - 244)
Tratamiento inicial	-Prostatectomía -RDT -RDT + TDA -TDA	n=7 (11%) n=14 (23%) n=32 (52%) n=8 (13%)
Al momento del bloqueo	-Recaída Bioquímica -Metástasis	n=53 (87%) n=8 (13%)
Terapia de deprivación	-Análogo -Análogo + AA	N=31 (51%) n=30 (49%)
Índice de Charlson	-1 punto -2 puntos -3 puntos -4 puntos -5 puntos -6 puntos	n = 2 n = 28 n = 16 n = 13 n = 4 n = 1
Mediana de tiempo de TDA, meses		12 (r 3 - 72)

**Tabla 2. Análisis descriptivo de calidad de vida**

CALIDAD DE VIDA		N=61
Muy mala, n (%)		9 (15%)
Mala, n (%)		23 (38%)
Regular, n (%)		21 (34%)
Buena, n (%)		7 (11%)
Muy Buena, n (%)		1 (2%)
CUESTIONARIO CAVIPRES		
Puntuación global, mediana		76 puntos (r 45 - 144)
Aspecto psicológico, mediana		30 pts (r 8-40)
Esperanza y Futuro, mediana		6 pts (r 4 - 18)
Vida Sexual, mediana		10 pts (r 6- 30)
Apoyo social y pareja, mediana		28 pts ( r 12 - 60)
Información y comunicación		23 pts ( r 6 - 30)

**Tabla 3. Análisis univariable de probables factores que influyen en la calidad de vida.**

Probable predictor	Mala y muy mala calidad de vida, n=32	Regular, buena y muy buena calidad de vida, n=29	Valor p
Edad, mediana en años	77	82	0,28 <sup>1</sup>
Tiempo diagnóstico, mediana en años	7	3	0,15 <sup>1</sup>
Tiempo de TDA, mediana en meses	18	10	0,02 <sup>1</sup>
Índice de Charlson, mediana en puntos	3	2	0,44 <sup>1</sup>
Deprivación androgénica: Análogo	18	13	0,54 <sup>2</sup>
Análogo + AA	14	16	
Pareja			0,47 <sup>2</sup>
Con esposa	20	20	
Sin esposa	10	11	

1 - Test de Mann-Whitney / 2 - Test de Chi-cuadrado

## Consentimiento informado:

*Por la presente, declaro que he leído el Consentimiento Informado y que se me ha debidamente detallado sobre la naturaleza del estudio. El médico investigador me ha contestado personalmente, a mi entera satisfacción, todas las preguntas respecto a esta investigación. Mi identidad será preservada, y mi nombre no será dado a conocer en ninguna presentación, ni publicación, **resguardando el principio de confidencialidad.***

Basándome en esta información, **acepto voluntariamente la participación en esta investigación**, por lo que firmo el presente consentimiento, reteniendo una copia de éste.

NOTA: En el presente estudio nos comprometemos a explicar a los pacientes, (en un lenguaje adecuado).

### **Paciente**

Nombre.....

DNI.....

Firma.....

### **Testigo**

Nombre.....

DNI.....

Firma.....

### **Médico**

Nombre.....

DNI.....

Firma.....

### **Fedatario**

Nombre.....

DNI.....

Firma.....

**Lugar y fecha**.....

Ante cualquier consulta comunicarse con Dr Nazar Agustín, TE 4990000 (int. 5345). Servicio de Urología HPC. Córdoba 4545. Mar del Plata. O con el CIREI (Consejo Institucional de Revisión de Estudios de Investigación) del Hospital Privado de Comunidad, Dr. Esteban Gándara. TE 4990033 – FAX 4990155.

## Cuestionario Español de Calidad de Vida en Pacientes con Cáncer de Próstata (CAVIPRES)

Marque con un círculo lo que considere correcto. Al finalizar la encuesta, favor de entregar a la señorita María José Artero (servicio de enfermería calle Azcuenaga) en su próxima visita para colocarse la medicación.

Valore las siguientes situaciones, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

### Aspectos psicológicos

	En las últimas cuatro semanas, ¿con qué frecuencia se ha encontrado con esta situación?				
	Siempre	Muchas veces	La mitad de las veces	Pocas veces	Nunca
1. Mi enfermedad me preocupa	1	2	3	4	5
2. Mi enfermedad me impide hacer una vida normal	1	2	3	4	5
3. Pienso en mi enfermedad	1	2	3	4	5
4. Necesito hablar de las preocupaciones o miedo que me causa mi enfermedad	1	2	3	4	5
5. Me preocupa cómo evolucionará mi enfermedad	1	2	3	4	5
6. Me preocupa encontrarme peor	1	2	3	4	5
7. Mi enfermedad afecta negativamente a mi vida	1	2	3	4	5
8. Me molesta que me consideren un enfermo de cáncer	1	2	3	4	5

### Esperanza y futuro

9. Vivo el presente con ilusión	1	2	3	4	5
10. Veo el futuro con optimismo	1	2	3	4	5
11. A pesar de mi enfermedad, soy capaz de disfrutar la vida	1	2	3	4	5
12. Mi enfermedad hace que aprecie más algunas cosas de la vida	1	2	3	4	5

### Vida sexual

13. Tengo problemas de erección	1	2	3	4	5
14. Tengo problemas para alcanzar el orgasmo	1	2	3	4	5
15. Tengo problemas para eyacular	1	2	3	4	5
16. Siento que mi vida sexual se ha acabado debido a mi enfermedad	1	2	3	4	5
17. He perdido el interés por el sexo a causa de mi enfermedad	1	2	3	4	5
18. "Me quedo a medias" en mis relaciones sexuales	1	2	3	4	5

### Apoyo social y pareja

19. La familia me ayuda con mi enfermedad y su tratamiento	1	2	3	4	5
20. A pesar de la enfermedad y sus consecuencias me siento unido a mi pareja	1	2	3	4	5
21. Aunque mi pareja me comprende, a mi me sigue preocupando mi problema de erección	1	2	3	4	5
22. Mi pareja me ayuda y colabora para solucionar mis problemas sexuales	1	2	3	4	5
23. Me siento entendido y apoyado por mis amigos	1	2	3	4	5
24. Los profesionales sanitarios me apoyan respecto a mi problema de impotencia	1	2	3	4	5

Indique su grado de acuerdo o desacuerdo con las siguientes afirmaciones, teniendo en cuenta cómo se ha encontrado en las últimas cuatro semanas.

	¿En qué medida esté de acuerdo o en desacuerdo con las siguientes afirmaciones?				
	Totalmente de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
25. En general, creo que necesito más información sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
26. En general, creo que necesito más información sobre las secuelas que me quedarían	1	2	3	4	5
27. Me gustaría que hubiera un servicio de apoyo para las personas que tenemos esta enfermedad	1	2	3	4	5
28. He tenido la necesidad de hablar de mi enfermedad con alguien	1	2	3	4	5
29. Creo que intercambiar experiencias con otras personas me daría un poco más de confianza	1	2	3	4	5
30. Me gustaría poder estar a solas con mi médico para preguntarle todas mis dudas	1	2	3	4	5

Por favor: entregar a la Señorita María José Artero (servicio de Enfermería calle Azcuenaga)

### Agradecimientos

A la Asociación Española de Urología por otorgar el permiso necesario para utilizar el cuestionario CAVIPRES-30 para la confección de dicho artículo.

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Minayo M., Hartz Z., Buss P. Quality of life and Health: a necessary debate. *Ciencia & Saúde Coletiva ABRASCO* 2000; 1: 7-18.
2. Esther J., Hamoen E., Maarten H. y cols. Measuring health-related quality of life in men with prostate cancer: A systematic review of the most used questionnaires and their validity. *Urol Oncol*. 2013. 9; 1-10.
3. Heidenreich A., Chowdhury S., Klotz L. y cols. Impact of Enzalutamide Compared with Bicalutamide on Quality of Life in Men with Metastatic Castration-resistant Prostate Cancer: Additional Analyses from the TERRAIN Randomised Clinical Trial. *Eur Urol*. 2017. 71(4):534-542.
4. Amélie A., Mariet A., Maingon P. y cols. Cross-cultural adaptation and validation of the French version of the Expanded Prostate cancer Index Composite questionnaire for health-related quality of life in prostate cancer patients. 2016. *Health Qual Life Outcomes*. (2016) 14:168 - 175.
5. Gómez-Veiga F., Cozar J., Günthner S. y cols. CAVIPRES questionnaire as a measurement of quality of life in patients with prostate cancer in Spain: Daily clinical practice application. *Actas Urol Esp*. 2010. 34 (8) : 686 - 93.
6. Karnofsky D., Burchenal J. Evaluation of Chemotherapeutic Agents, Macleod CM., Columbia University Press. 1949. 174-179.
7. Schag CC, Heinrich RL, Ganz PA. Karnofsky performance status revisited: reliability, validity, and guidelines. *J Clin Oncol* 1984; 2:187.
8. Cella D, Wagner L, Cashy J, y cols. Should health-related quality of life be measured in cancer symptom management clinical trials? Lessons learned using the functional assessment of cancer therapy. *J Natl Cancer Inst Monogr*. 2007; 9 : 53 - 57.
9. Gatzemeier U, Pluzanska A, Szczesna A. y cols. Phase III study of erlotinib in combination with cisplatin and gemcitabine in advanced non-small-cell lung cancer: the Tarceva Lung Cancer Investigation Trial. *J Clin Oncol* 2007; 25:1545.
10. Augustovski F, Ares L, Gibbons L. Atlas Argentino de Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo por Provincias. 2013. 2 (3). 398 - 404.
11. Datos extraídos de la base de datos del Instituto Nacional del Cáncer.
12. Cheung A. de Rooy C., Hoermann R. y cols. Quality of life decrements in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *Clin Endocrinol*. 2017. 86 (3) :388-394.
13. Sierra Labarta M., Sánchez J., Cárdenas P. Quality of life in patients diagnosed of prostate cancer treated with continuous androgen deprivation therapy vs. Intermittent therapy. Prospective study through the application of the CAVIPRES questionnaire. *An. Sist. Sanit. Navar*. 2015. 38 (2) 173-177.
14. Litwin MS, Shpall AI, Dorey F. y cols: Quality of life outcomes in long-term survivors of advanced prostate cancer. *Am J Clin Oncol*. 1998. 21: 327-332.
15. Sanda M., Dunn R., Michalski J. y cols. Quality of life decrements in men with prostate cancer undergoing androgen deprivation therapy. *N Engl J Med*. 2008. 358 (12): 1250-61.
16. Herr HW, O'Sullivan M: Quality of life of asymptomatic men with nonmetastatic prostate cancer on androgen deprivation therapy. *J Urol*. 2000. 163: 1743-1746.
17. Sierra-Guerra L., Viveros-Contreras M., Martínez-Carrillo G. y cols. Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. *Rev Mex Urol*. 2014; 74 (3): 133-140.
18. Teleni L., Chan R., Chan A. y cols. Exercise improves quality of life in androgen deprivation therapy-treated prostate cancer: systematic review of randomised controlled trials. *Endocr Relat Cancer*. 2016; 23 (2) :101-12.
19. Abrahamsson PA. Potential benefits of intermittent androgen suppression therapy in the treatment of prostate cancer: a systematic review of the literature. *Eur Urol* 2010; 57: 49-59.
20. Buchan NC, Goldenberg SL. Intermittent versus continuous androgen suppression therapy: do we have consensus yet? *Curr Oncol* 2010; (17) 2 45-48.
21. Calais Da Silva FE, Bono AV, Whelan P. y cols. Intermittent androgen deprivation for locally advanced and metastatic prostate cancer: results from a randomised phase 3 study of the South European Urooncological Group. *Eur Urol* 2009; 55: 1269-1277.