



## Calidad de vida y cáncer de ovario

Luis Fernando Oñate-Ocaña

Instituto Nacional de Cancerología, SS, Ciudad de México, México

### Introducción

Tradicionalmente, los tratamientos antineoplásicos en oncología se evalúan considerando la supervivencia global, la supervivencia libre de enfermedad y la respuesta objetiva, así como la reducción en los niveles plasmáticos del marcador CA 125 en cáncer de ovario (CO) o incluso por los datos objetivos de toxicidad, los efectos colaterales o las complicaciones asociadas a los diferentes esquemas de tratamiento. Sólo en las últimas décadas se ha considerado que el punto de vista del paciente puede ser evaluado para cuantificar el impacto que produce la enfermedad y el grado de mejoría (o daño) que causa el tratamiento, y así fue como surgió el concepto de *calidad de vida*<sup>1</sup>.

La calidad de vida es un concepto relativamente nuevo y difícil de definir. Incluye áreas como la actividad física, capacidad de trabajo, diversión, estado de ánimo, sexualidad, expectativas económicas, condiciones de trabajo, etc. Por lo tanto, se ha acuñado la expresión *calidad de vida relacionada a la salud* (CVRS) para describir aquellos aspectos asociados específicamente con la salud<sup>1</sup>. Existe evidencia contundente que demuestra que la opinión sobre la CVRS es muy variable, dependiendo de quién haga la estimación.

Desde hace cerca de 30 años los eventos adversos en oncología se evalúan y se reportan utilizando los criterios de terminología común para eventos adversos (CTCAE) del *National Cancer Institute* (NCI) de EE.UU.<sup>2</sup>. Éste corresponde a un catálogo de 790 eventos adversos que se califican de acuerdo a su gravedad, entre los cuales el 10% son síntomas usualmente calificados por el médico oncólogo<sup>3</sup>. Actualmente, existe evidencia de que la graduación de estos eventos adversos (sintomáticos) es sustancialmente diferente si la hace el propio paciente o el médico tratante, y que al hacerla el paciente existe un incremento importante en la precisión y confiabilidad<sup>4-6</sup>. Además, los investigadores pasan por alto el 50% de los eventos adversos que el paciente realmente percibe.

Considerando lo anterior, el NCI ha publicado una versión de los CTCAE diseñada para ser reportada por el paciente<sup>7</sup>. Este instrumento para medir la CVRS probablemente esté destinado para ser el más utilizado en los futuros ensayos clínicos en oncología.

Existen tres razones para ofrecer tratamiento anti-neoplásico a las mujeres con CO: incrementar la supervivencia (global o libre de enfermedad), prevenir la morbilidad en el futuro (p. ej., recurrencias) y conseguir que las pacientes se sientan mejor. Las dos primeras razones son fáciles de medir y difíciles de justificar. El incremento de la supervivencia que se ha logrado con algunos esquemas de quimioterapia paliativa en pacientes con CO avanzado es del orden de unos pocos meses. Por otro lado, son muy escasos los estudios que evalúan la mejoría de la CVRS de los pacientes con CO como resultado del tratamiento<sup>8</sup>.

Se pueden distinguir dos tipos de instrumentos: los que evalúan de modo general la calidad de vida y los que se evalúan en pacientes con padecimientos específicos. Los instrumentos generales han sido diseñados para su uso en cualquier enfermedad aguda o crónica, e incluso pueden aplicarse a sujetos sanos. Muchos instrumentos de este tipo evalúan el estado de salud, debido a que se enfocan predominantemente en signos y síntomas físicos. Asumen que la ausencia de buena salud implica una pobre calidad de vida.

Existen muchos instrumentos diseñados para evaluar la CVRS en enfermedades específicas (epilepsia, enfermedades crónicas, cáncer, etc.). Como ejemplo, sin duda debemos mencionar el cuestionario *Quality of Life Questionnaire (QLQ)-C30*, desarrollado por el grupo *European Organisation for Research of Treatment of Cancer* (EORTC), de gran utilidad en la actualidad, ya que ha sido evaluado y validado en estudios multinacionales y multiculturales. Este instrumento es multidimensional, ya que evalúa cinco escalas funcionales (abarcando las áreas física, de desempeño, cognitiva, emocional y social), tres escalas sintomáticas (fatiga,

dolor y náusea/vómito), una escala global de calidad de vida y otros síntomas que presentan frecuentemente los pacientes oncológicos. Está diseñado como instrumento autoadministrable, es decir, que el propio paciente puede cumplimentarlo en unos 10 min<sup>9</sup>.

Este instrumento es probablemente el más sensible a la hora de diferenciar los efectos del tratamiento y los cambios en el tiempo en los pacientes. Igualmente, es modular, por lo que puede ser aplicado de modo específico a pacientes con cáncer en sitios determinados. Es el instrumento más utilizado mundialmente en el área de oncología.

En el caso del CO, se ha diseñado y validado en lengua inglesa un módulo específico para ser utilizado en estas pacientes; es el llamado QLQ-OV28, el cual requiere aplicarse en conjunto con el módulo general QLQ-C30. Es el instrumento más utilizado a nivel mundial en estas pacientes<sup>10</sup>.

### **Importancia de cuantificar la calidad de vida en pacientes con cáncer de ovario**

En mujeres mexicanas, el CO se diagnostica en etapas clínicas avanzadas con elevada frecuencia, lo que condiciona los signos y síntomas que deterioran profundamente la CVRS de la paciente (nivel de evidencia A). Por el hecho de tratarse de etapas clínicas avanzadas, es necesario instaurar tratamientos antineoplásicos agresivos que, además del efecto terapéutico esperado, producen efectos colaterales y reacciones de toxicidad, deteriorando potencialmente la CVRS.

Aparte de los factores de pronóstico de índole clínico ampliamente reconocidos y utilizados actualmente, algunos factores psicosociales también se asocian a una mayor supervivencia en mujeres con CO: la fortaleza del carácter individual, la red de ayuda familiar y social de la paciente, la disponibilidad de recursos económicos para la atención global de sus necesidades, la accesibilidad al tratamiento, así como la espiritualidad; todos ellos se engloban dentro del constructo que llamamos CVRS.

La evaluación de la CVRS es útil al comparar el efecto del tratamiento estándar con uno experimental. Es un indicador clínico que permite evaluar la respuesta al tratamiento, la toxicidad del mismo, la presencia de recurrencias y la progresión de la enfermedad.

### **Cuestionarios disponibles para usar en México**

El cuestionario general FACT-G tiene una traducción al español latinoamericano. Solamente los cuestionarios

EORTC QLQ-C30 y QLQ-OV28 tienen una versión con adaptación cultural apropiada en español que puede ser utilizada en mujeres mexicanas con CO.

### **Evaluación de los resultados del tratamiento antineoplásico mediante la medición de la calidad de vida**

Debe realizarse medición de la CVRS a todas las mujeres con CO incluidas en ensayos clínicos, ya que el uso de un nuevo fármaco debe evaluarse en función no sólo de la respuesta clínica o el tiempo de supervivencia, sino también del grado de impacto en la CVRS de la paciente. Su evaluación se considera de gran importancia, a tal grado que muchos editores de revistas médicas requieren su empleo como variable primaria, o al menos secundaria, de desenlace. Y cuando no se utiliza, los investigadores deben tener una buena razón para no hacerlo y hacerla explícita en el protocolo.

La CVRS debe ser vigilada de forma continua en todas las mujeres a quienes se diagnostica CO, además de ser adecuada no sólo para la etapa clínica de la enfermedad, sino también para el tipo de tratamiento que la paciente está recibiendo, ya que el curso clínico de la enfermedad es un proceso dinámico.

### **Cuándo iniciar los cuidados paliativos**

Cuando se considera que los tratamientos utilizados deterioran significativamente la CVRS e impiden la continuidad del tratamiento, o bien cuando las posibilidades curativas son bajas y la presencia de sintomatología requiere de un control oportuno, se debe evaluar el uso de los cuidados paliativos.

Es fundamental el manejo integral en un modelo transdisciplinario, lo que permitirá que el tratamiento paliativo se adapte a las necesidades particulares de cada paciente. Este tipo de soporte es indispensable desde el diagnóstico de la enfermedad, ya que contribuirá a evitar la sensación de abandono desde la perspectiva de la enferma.

No hay que esperar a que la paciente se encuentre en una etapa muy avanzada de la enfermedad o a que esté fuera de tratamiento antineoplásico. La curación y la paliación no se contraponen, sino que van de la mano siempre y la referencia temprana a los cuidados paliativos puede mejorar considerablemente la CVRS de la paciente, ya que no sólo optimiza el manejo de recursos, sino que también impide el empleo de

tratamientos fútiles, tratando síntomas que el médico es incapaz de identificar.

## Bibliografía

1. Fayers P, Machin D. Quality of life: Assessment, analysis and interpretation. Wiley. 2<sup>nd</sup> ed. New York; 2013.
2. National Cancer Institute, Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE), Version 4.0. NIH publication 09-7473. Published May 29, 2009; Disponible en: [http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE\\_4.03\\_2010-06-14\\_QuickReference\\_5x7.pdf](http://evs.nci.nih.gov/ftp1/CTCAE/CTCAE_4.03_2010-06-14_QuickReference_5x7.pdf)
3. Trotti A, Colevas AD, Setser A, Basch E. Patient-reported outcomes and the evolution of adverse event reporting in oncology. *J Clin Oncol.* 2007;25(32):5121-57.
4. Atkinson TM, Li Y, Coffey CW, Sit L, Shaw M, Lavene D, et al. Reliability of adverse symptom event reporting by clinicians. *Qual Life Res.* 2012;21(7):1159-64.
5. Basch E. The missing voice of patients in drug-safety reporting. *N Engl J Med.* 2010;362(10):865-9.
6. Fromme EK, Eilers KM, Mori M, Hsieh YC, Beer TM. How accurate is clinician reporting of chemotherapy adverse effects? a comparison with patient-reported symptoms from the Quality-of-Life Questionnaire C30. *J Clin Oncol.* 2004;22(17):3485-90.
7. Dueck AC, Mendoza TR, Mitchell SA, Reeve BB, Castro KM, Rogak LJ, et al. Validity and reliability of the US National Cancer Institute's Patient-Reported outcomes version of the common terminology criteria for adverse events (PRO-CTCAE). *JAMA Oncol.* 2015;1(8):1051-9.
8. Greimel ER, Bjelic-Radicic V, Pfisterer J, Hilèrt F, Daghofer F, du Bois A, et al. Randomized Study of the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group Comparing Quality of Life in Patients With Ovarian Cancer Treated With Cisplatin/Paclitaxel Versus Carboplatin/Paclitaxel. *J Clin Oncol.* 2006;24(4):579-86.
9. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality of life Instrument for use in International Clinical Trials in Oncology. *J Natl Cancer Inst.* 1993;85(5):356-76.
10. Greimel E, Bottomley A, Cull A, Waldenstrom AC, Arraras J, Chauvenet L, et al. An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-OV28) in assessing the quality of life of patients with ovarian cancer. *Eur J Cancer.* 2003;39(10):1402-8.