



UNIVERSIDAD PERUANA  
**CAYETANO HEREDIA**  
FACULTAD DE MEDICINA

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS Y  
TRATADOS CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALMENTE  
AVANZADO Y AVANZADO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE  
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS EN EL PERÍODO 2010-2017**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL TÍTULO  
PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO**

**ALUMNO(S):**

**LUIS ANDRES MEZA CONTRERAS**

**SEBASTIAN ANDRES ASOREY HALTENHOF**

**MARIANO IGNACIO RAZZETO RUBIO**

**ASESOR(ES):**

**LUIS FERNANDO MEZA MONTOYA**

**RAUL PASTOR MEDINA NINACONDOR**

**LIMA - PERÚ**

**2020**



## **ASESORES**

Luis Fernando Meza Montoya

Raúl Pastor Medina Ninacondor

## **DEDICATORIA**

El presente estudio está dedicado a nuestros padres, como agradecimiento a su constante apoyo a lo largo de nuestra carrera universitaria.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores del estudio agradecen la presencia de las siguientes personas en la investigación: Dr. Luis Fernando Meza Montoya, Dr. Raúl Pastor Medina Ninacondor y al servicio de epidemiología del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

## **FUENTES DE FINANCIAMIENTO**

La investigación fue financiada por los investigadores en su totalidad.

## **DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERESES**

No hubo financiamiento externo para la realización de este estudio. Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

## **TABLA DE CONTENIDOS**

INTRODUCCIÓN	1
MATERIALES Y MÉTODOS	4
RESULTADOS	8
DISCUSIÓN	12
CONCLUSIONES	20
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS	26

## RESUMEN

Antecedentes: estudiar la calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata es de suma importancia, ya que conocerla permite implementar medidas para mejorarla. Actualmente no existen estudios en Perú que evalúen la calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado. Objetivo: evaluar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado tratados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en el periodo 2010-2017. Materiales y métodos: se llevó a cabo un estudio descriptivo observacional de corte transversal. Se aplicó el cuestionario CAVIPRES a 196 pacientes con cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado que acudieron a consultorio y se utilizó el puntaje global y por esferas para evaluar su calidad de vida. Resultados: el puntaje global promedio obtenido fue de 71.7. 4.6% de los encuestados tienen muy mala calidad de vida, 71.4%, mala calidad de vida y 24.0%, regular calidad de vida. Se obtuvieron mayores puntajes en las dimensiones “Aspectos psicológicos” y “Apoyo social y pareja” y el menor puntaje en “Esperanza y futuro”. Conclusiones: según el puntaje global promedio, los pacientes con cáncer de próstata en este estudio están en la categoría de mala calidad de vida según valores de referencia del cuestionario utilizado. También se encontró que existen factores que impactan positivamente sobre la calidad de vida de los pacientes encuestados como no tener pareja y proceder de una zona urbana.

Palabras Clave: Calidad de vida, cáncer de próstata.

## ABSTRACT

Introduction: it is important to study the quality of life of patients with prostate cancer, because it allows us to implement measures to improve it. Currently there are no investigations in Peru evaluating the quality of life in patients with locally advanced and advanced prostate cancer. Objectives: to assess the quality of life in patients with locally advanced and advanced prostate cancer that were treated in “Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas” between 2010-2017. Materials and methods: we conducted an observational descriptive study. We applied the CAVIPRES-30 questionnaire to 196 patients with locally advanced and advanced prostate cancer that attended the clinicians office. We used the global score and for each separate item to assess their life quality. Results: the average global score was 71.7. 4.6% of the patients have a very bad quality of life, 71.4%, a bad quality of life and 24.0%, a regular quality of life. The higher scores were observed in the items “Psychological aspects” and “Social support and partner” and the lowest score was for the item “Hope and future”. Conclusions: according to the obtained average global score, patients with prostate cancer enrolled in this investigation have a bad quality of life according to the questionnaire reference values. We also found that there are some factors that relate to a better quality of life in our study and those are not having a stable partner and living in an urban zone.

**Keywords:** Quality of life, prostate cancer.

## **INTRODUCCIÓN**

En el mundo, el cáncer de próstata constituye la segunda neoplasia maligna de mayor incidencia en hombres con una tasa estandarizada por edad de 30.6 por 100000 hombres, superada solo por el cáncer de pulmón; y con una tasa de mortalidad de 7.8 por 100000 hombres, que lo ubica en el quinto lugar como causa de mortalidad por cáncer. En las Américas es la neoplasia con mayor incidencia en varones con una tasa estandarizada por edad de 75.0 por 100000 hombres, y con una tasa de mortalidad de 13.1 por 100000 hombres, lo cual lo ubica como la segunda causa de mortalidad por cáncer en esta región (1). En Perú, para el área geográfica que comprende el Registro de Cáncer en Lima Metropolitana, el cáncer de próstata es la neoplasia maligna con mayor incidencia en hombres y constituye la primera causa de mortalidad por cáncer con tasas estandarizadas por edad de 48.6 por 100000 hombres y 15.7 por 100000 hombres, respectivamente (2).

El cáncer de próstata es usualmente asintomático cuando se diagnostica en estadio localizado, así que la calidad de vida de los pacientes diagnosticados en este estadio se ve alterada principalmente cuando recibe tratamiento ya sea cirugía, radioterapia o hormonoterapia y no directamente por la carga de enfermedad.

La metástasis por cáncer de próstata afecta principalmente hueso (84%) y ganglios (10.6%), por lo que puede presentar múltiples síntomas como dolor óseo, fracturas patológicas o compresión medular (3). Si los ganglios son afectados puede haber edema de miembros inferiores, trombosis venosa profunda, hidronefrosis que puede llevar a insuficiencia renal. El tratamiento generalmente se basa en bloqueo hormonal que ocasiona disminución de la libido, impotencia, pérdida de masa muscular, osteopenia y osteoporosis, depresión, pérdida de memoria, diabetes mellitus, enfermedades cardiovasculares que indudablemente afectan

su calidad de vida. El diagnóstico en Perú generalmente es tardío, estimándose que en un 70% se diagnosticaron en estadio localmente avanzado y avanzado por ende estimamos que su calidad de vida sea mala tanto por los síntomas propio de la enfermedad como por tratamientos que debe recibir para controlar la enfermedad.

El tratamiento del cáncer de próstata tiene un impacto negativo multidimensional en la calidad de vida de los pacientes; afectándolos físicamente, produciendo problemas sexuales (disfunción), urinarios e intestinales; así como mentalmente, produciéndole morbilidad psicológica y afectando sus relaciones (4).

Problemas en la actividad y funcionalidad sexual parecen ser más comunes que los problemas urinarios e intestinales en pacientes que recibieron tratamiento para cáncer de próstata (5), agudizándose en los casos que presentan enfermedad localmente avanzada y avanzada (6). En el año 1948, la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió el concepto de salud como “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no solamente la ausencia de enfermedad” (7). La Organización Mundial de la salud definió también el concepto de calidad de vida como “la percepción individual de la posición en la vida de cada persona dentro del contexto de la cultura y el sistema de valores en el que se vive y su relación con las metas esperadas, estándares e intereses.” El concepto de calidad de vida es entonces subjetivo y depende en gran medida del contexto histórico y cultural del paciente, así como la medida en la que esté influenciada la percepción individual satisfacción y felicidad personal. (8).

En la actualidad existen instrumentos para medir la calidad de vida en relación con la salud, los mismos que combinan una serie de características como solidez conceptual, confiabilidad

y validez, siendo lo más importante que estos sean culturalmente sean relevantes a la población objetivo (9).

Se dispone actualmente de numerosos cuestionarios específicos para la valoración de la calidad de vida en pacientes diagnosticados con cáncer de próstata como PROSQOLI, FACT-P, EORTCQLP-PR25, QOLM-P14, UCLA-PCI, EPIC sin embargo la mayoría de estos fueron validados en países de habla inglesa.

Nosotros escogimos el cuestionario CAVIPRES-30 por estar elaborado en el idioma español y haber sido validado en España ante 1200 pacientes, este cuestionario representa una herramienta manejable confiable, sensible y específica para evaluar calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata (10). Se decidió además optar por este ya que representa una opción más concisa y fácil de entender en comparación con otros cuestionarios disponibles en español como EPIC lo cual facilitara su aplicación en pacientes con diferentes antecedentes educativos.

El presente trabajo evaluó la calidad de vida de los pacientes con cáncer de próstata que fueron diagnosticados y que recibieron tratamiento en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas e identificó cuáles de las dimensiones evaluadas son las que se ven más impactadas de forma negativa en esta población de pacientes lo cual podría ser usado para proponer alternativas de intervención que puedan mejorar esta situación.

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **1. Diseño del Estudio**

El presente es un estudio observacional descriptivo de corte transversal que mediante la aplicación del cuestionario CAVIPRES-30 busca evaluar el nivel de calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata en estadio clínico III y IV diagnosticados y tratados en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN)

### **2. Población**

La población de estudio engloba a los pacientes con cáncer de próstata avanzado y localmente avanzado (estadio clínico III y IV) diagnosticados entre el 2010 y 2017 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas que cumplan con los siguientes criterios

### **3. Criterios de inclusión:**

- Pacientes mayores de 18 años.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de próstata localmente avanzado y avanzado tratados con radioterapia y/o hormonoterapia y/o cirugía.
- Pacientes con un tiempo mínimo desde el inicio de tratamiento con hormonoterapia de 6 meses y sin límite máximo.

### **4. Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no acepten responder el cuestionario para evaluar la calidad de vida.
- Pacientes que tengan discapacidad por otras causas.
- Pacientes con diagnóstico de enfermedad psiquiátrica con o sin tratamiento.
- Pacientes que presentaban disfunción eréctil y/o incontinencia urinaria antes del diagnóstico.

- Pacientes que no hablen español.
- Pacientes con segundo cáncer primario.
- Pacientes que hayan respondido llenado el cuestionario previamente.

## **5. Muestra**

Teniéndose en cuenta que de acuerdo con el departamento de epidemiología y estadística del INEN se registran un promedio de 630 pacientes reingresantes o continuadores con diagnóstico de cáncer de próstata al año y que el 80% de estos casos corresponden a enfermedad localmente avanzada y avanzada (estadios III y IV de la enfermedad) (11), se consideró una seguridad del 95%, una precisión del 5% y una proporción esperada del 50% y se estimó una muestra de al menos 196 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario CAVIPRES-30.

Se seleccionará a los pacientes mediante muestreo por conveniencia.

## **6. Procedimiento y técnica**

Se identificó a probables candidatos para el estudio mediante la programación de consultorio externo del servicio de urología del INEN y se les repartió una ficha de recolección de datos epidemiológicos y de tratamiento, así mismo se ingresó el número de historia clínica del paciente a la base de datos para evitar que un mismo paciente llenase la encuesta dos veces.

Luego de la consulta médica, se repartió el cuestionario autoaplicable CAVIPRES-30 a 196 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Este cuestionario fue llenado de forma anónima bajo la supervisión de alguno de los investigadores del estudio.

A través del instrumento mencionado, se evaluó 5 dominios distintos: Aspectos psicológicos (ítems del 1 al 8), esperanza y futuro (ítems 9 al 12), vida sexual (ítems 13 al 18), apoyo

social y pareja (ítems del 19 al 24) e información y comunicación (ítems 25 al 30). Cada pregunta o ítems tiene opciones de respuesta en la escala tipo Likert de 5 puntos (1=siempre; 5=nunca). A mayor puntuación, mejor calidad de vida relacionado con la salud referida por el paciente, siendo la mayor puntuación 150 puntos.

## **7. Procesamiento y análisis estadístico**

Se realizó un análisis descriptivo de la información recolectada a través de frecuencias y porcentajes, para el caso de las variables en escala nominal y ordinal; y medidas resumen (promedio, mediana, mínimo y máximo), para el caso de las variables en escala de intervalo y razón. Se evaluó posibles asociaciones entre variables nominales u ordinales con la prueba Chi-cuadrado; y posibles diferencias, entre categorías de variables nominales, respecto a variables en escala de intervalo o razón fueron evaluadas con la prueba T.

El instrumento de medición de la calidad de vida CAVIPRES analiza 5 dominios distintos y los valores de referencia de este instrumento respecto a la puntuación global del mismo se estratificó en los siguientes grupos: muy mala (30-54 puntos), mala (55-78 puntos), regular (79 -102 puntos), buena (103-126) y muy buena (127-150 puntos). Se consideró un valor  $p < 0.05$  para una asociación o diferencia significativa. En el análisis se usó el programa SPSS 22.0.

## **8. Consideraciones éticas**

El presente trabajo cuenta con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Para mantener la confidencialidad de los participantes,

las encuestas realizadas fueron completadas de forma anónima y la base de datos de historias clínicas no se podía relacionar directamente con la encuesta llenada por el paciente. Las encuestas fueron revisadas únicamente por los investigadores y tabuladas para su análisis y discusión de resultados.

## RESULTADOS

Se incluyeron 196 pacientes varones en el estudio. La Tabla 1 muestra las características sociodemográficas, clínicas y del tratamiento considerado para el análisis; así como, medidas de resumen de la puntuación tanto global como de cada una de las dimensiones del cuestionario CAVIPRES-30. Los pacientes encuestados tuvieron en promedio 71.6 años (rango: 46 a 88 años), el 50% de los encuestados con edades por debajo de los 71 años (mediana de las edades). 150 (76.5%) pacientes respondieron tener pareja y 46 (23.5%) pacientes no tener pareja. Según la procedencia del paciente encuestado, hubo 147 (75.0%) pacientes que procedían de zonas urbanas y 49 (25.0%) de zonas rurales. En cuanto a variables clínicas y de tratamiento, 99 (50.5%) pacientes fueron EC III y 97 (49.5%) pacientes fueron EC IV, 22 (11.2%) pacientes fueron sometidos a prostatectomía radical y 174 (88.8%) no lo fueron. 193 (98.5%) pacientes recibieron hormonoterapia y/o se sometieron a Orquiectomía bilateral, 3 (1.5%) pacientes no recibieron este tratamiento. Según la variable radioterapia, 124 (63.3%) pacientes recibieron este tratamiento mientras que 72 (36.7%) no.

Según la variable tratamiento quirúrgico (definida si el paciente se sometió a prostatectomía radical y/o Orquiectomía bilateral), 89 (45.4%) pacientes se sometieron al menos a un tratamiento quirúrgico (prostatectomía y/o Orquiectomía bilateral) y 107 (54.6%) pacientes no se sometieron a ningún tratamiento quirúrgico. Según la puntuación global del cuestionario CAVIPRES-30, el puntaje global promedio obtenido fue de 71.7 (rango: 35 a 95) y el 50% de pacientes obtuvo puntajes por debajo de 72 (mediana de los puntajes). Con este resultado, el puntaje promedio cae en la clasificación de mala calidad de vida.

El nivel de calidad de vida de los pacientes en estudio, de acuerdo a la clasificación definida, se muestra en la Figura 1. Se observa que 9 (4.6%) pacientes encuestados tienen muy mala calidad de vida, 140 (71.4%) tienen mala calidad de vida y 47 (24.0%) pacientes tienen regular calidad de vida. Ningún paciente encuestado tiene buena o muy buena calidad de vida. En la Figura 2 se puede observar el puntaje promedio obtenido para cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 y el máximo puntaje alcanzable para cada una de ellas. Se observa que la mayor valoración se obtuvo en la dimensión “Aspectos psicológicos” y la menor en “Esperanza y futuro”.

La Figura 3 muestra que existe una asociación significativa entre el nivel de calidad de vida y la variable pareja, observándose que, a medida que el nivel de calidad de vida mejora, mayor es la proporción de pacientes que no tienen pareja ( $p=0.001$ ). Por otro lado, en la Figura 4 se muestra la asociación significativa entre el nivel de calidad de vida y la procedencia de los pacientes, evidenciándose que, a mejor calidad de vida, es mayor la proporción de pacientes procedentes de zonas urbanas ( $p=0.002$ ). No se encontró asociación significativa entre el nivel de calidad de vida y el estadio clínico ( $p=0.413$ ), la realización de prostatectomía radical ( $p=0.139$ ), uso de hormonoterapia ( $p=0.878$ ), radioterapia ( $p=0.348$ ) o procedimientos quirúrgicos en general ( $p=0.087$ ). (Figuras 5, 6, 7, 8 y 9)

En la Tabla 2 se muestran los resultados obtenidos de los cuestionarios para la dimensión “Apoyo social y pareja” y en los ítems que amerita las respuestas están divididas según si el paciente tiene o no pareja. Ante la situación de si recibe ayuda de la familia para su enfermedad y tratamiento (ítem 19) el 85.7% de pacientes encuestados respondieron que siempre. Para el ítem 20, que consiste en sentirse unido a su pareja, a pesar de la enfermedad y sus consecuencias, el mayor porcentaje de pacientes respondieron “Siempre” (72.4%); en

el grupo de pacientes con pareja, el 86.7% respondió “Siempre”, y en el grupo que no tiene pareja, el 54.3% de los pacientes respondieron “Nunca”. Frente a la situación planteada en el ítem 21 (“Aunque mi pareja me comprende, a mí me sigue preocupando mi problema de erección”), el mayor porcentaje de pacientes respondieron “Nunca” (36.7%) y fue la respuesta más frecuente tanto en el grupo de pacientes con pareja como en el grupo sin pareja. Ante la situación “Mi pareja me ayuda y colabora para solucionar mis problemas sexuales”, la mayoría de pacientes (58.0% en el grupo con pareja y 71.7% en el grupo sin pareja) respondieron “Nunca”. Con respecto al ítem de sentirse entendido y apoyado por sus amistades, el mayor porcentaje de pacientes (30.1%) respondieron “Pocas veces”. Finalmente, la respuesta más frecuente dada para el ítem 24 fue “Nunca” en el 82.7% de los casos.

La Tabla 3 muestra los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones del cuestionario CAVIPRES-30, según la variable pareja. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes encuestados con pareja y sin pareja respecto a las puntuaciones de las dimensiones “Aspectos psicológicos”, “Esperanza y futuro” y “Vida sexual”. Sí se encontró diferencia significativa entre dichos grupos con respecto a las puntuaciones en la dimensión “Apoyo social y pareja” ( $p=0.001$ ), en la cual se observan puntajes más altos entre los pacientes sin pareja.

En la Tabla 4 se muestran medidas de resumen de los puntajes en cada dimensión según la variable procedencia. En las dimensiones “Aspectos psicológicos”, “Esperanza y futuro” y “Apoyo social y pareja” no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes procedentes de zonas urbanas y rurales. Sin embargo, sí se evidenciaron puntajes más altos

entre los pacientes encuestados que proceden de zonas urbanas en la dimensión “Vida sexual” ( $p=0.036$ ).

La Tabla 5 muestra los puntajes obtenidos en cada una de las dimensiones del cuestionario según la variable estadio clínico. No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes encuestados con estadio clínico III y IV en cuanto a las dimensiones “Aspectos psicológicos” y “Esperanza y futuro”, pero sí en la dimensión “Vida sexual”, en la que se observan puntajes más altos entre los pacientes encuestados con estadio clínico III ( $p=0.027$ ). Además se evidenciaron puntajes más altos entre los pacientes encuestados con estadio clínico IV ( $p=0.006$ ) con respecto a la dimensión “Apoyo social y pareja”.

En la Tabla 6 están plasmadas las puntuaciones de cada dimensión del cuestionario según la variable prostatectomía radical. Se evidencia que los pacientes sometidos a prostatectomía radical tienen puntajes más altos en la dimensión “Vida sexual” con diferencia significativa ( $p=0.012$ ). No se encontraron diferencias significativas entre los pacientes de ambos grupos respecto a las puntuaciones en las dimensiones “Aspectos psicológicos”, “Esperanza y futuro” y “Apoyo social y pareja”.

Los puntajes en cada dimensión del cuestionario según la variable radioterapia se muestran en la Tabla 7 y en este caso no se encontraron diferencias significativas entre los pacientes que recibieron radioterapia y los que no la recibieron en ninguna dimensión.

## **DISCUSIÓN**

El nivel de calidad de vida relacionado con la enfermedad en pacientes de cáncer de próstata ha sido pobremente estudiado al momento de evaluar el efecto de los tratamientos sobre la enfermedad, especialmente en los ensayos clínicos fase 3 (12). La existencia de múltiples metodologías para el análisis de calidad de vida en este grupo de pacientes es en parte responsable de la heterogeneidad de resultados, debido principalmente a las fortalezas y debilidades intrínsecas de los cuestionarios usados (13).

El presente estudio identificó que los pacientes con cáncer de próstata en estadios localmente avanzados y avanzados presentaron en promedio un puntaje de 71.7 en el cuestionario CAVIPRES-30 lo que los ubica según estratificación en “Mala calidad de vida”. No se encontró en la revisión bibliográfica estudios nacionales o latinoamericanos que evalúen específicamente la calidad de vida en el grupo de pacientes con estadio clínico III y IV como en el estudio o que en su defecto diferencien los resultados según estadio dentro de su análisis.

Se encontró solo un estudio similar no indexado, realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, donde se observó que los pacientes evaluados presentaron “regular calidad de vida” (14). Si bien este estudio utilizó también el cuestionario CAVIPRES-30, se realizó en pacientes con cáncer de próstata en cualquier estadio, con tamaño de muestra pequeño (40 pacientes) y sin realizar un análisis por subgrupos según estadio clínico. Sin embargo, no se descarta que variables no detalladas en aquel estudio sobre manejo sintomático de pacientes pudiesen generar esta diferencia en el resultado.

En este estudio se demostró que una de las esferas más comprometidas fue la “Vida sexual”, obteniendo un promedio de 9.4 de un máximo de 30. El resultado obtenido es coherente con

lo evidenciado en un estudio anterior realizado en España en el año 2009, en donde el promedio fue 5.6 (11). Los resultados mostraron que la mayor proporción de los pacientes con estadíos avanzados presentan algún grado de disfunción sexual. Como refiere la literatura y estudios anteriores, esta categoría, así como la función intestinal y urinaria son las más afectadas respecto a síntomas físicos, ya que no solo el tratamiento compromete el grado de disfunción sexual, sino también la misma enfermedad (5,15). Todos los hombres con cáncer de próstata avanzado, sean tratados o no, experimentan algún grado de disfunción sexual y estudios han demostrado que estadíos más avanzados de la enfermedad se relacionan a un mayor grado de afectación sexual (7,15,16). Asimismo, Gomez-Veiga realizó un estudio utilizando CAVIPRES-30 y concluyeron que los pacientes con mayor tiempo desde el diagnóstico presentan un mayor compromiso en la esfera sexual (11).

Otra esfera en la cual se encontró un bajo puntaje fue la categoría “Información y comunicación”, siendo la falta de información el ítem más afectado. El resultado en esta esfera es esperable ya que la satisfacción de los pacientes en los consultorios externos de algunos hospitales de Perú y la calidad de la atención está debajo de los estándares del Ministerio de Salud (17). Sierra-Guerra realizó un estudio en México con pacientes post operados de prostatectomía radical y obtuvo un puntaje promedio de 7.12 de un máximo de 30 en la esfera de información y comunicación (18), lo que constituye un puntaje bajo en esta esfera y es coherente con lo evidenciado en nuestro estudio, en donde el promedio fue 10.3.

La puntuación más baja que encontramos fue en la dimensión “Esperanza y futuro” obteniendo un promedio de 5.9 de un total de 20, lo que se interpretaría como una mala calidad de vida. Sin embargo, por la naturaleza de las afirmaciones del cuestionario para este ítem, en realidad un menor puntaje no correlaciona con peor calidad de vida. Por el contrario,

para nosotros, esto significaría que los pacientes son optimistas y viven el presente con ilusión, como se evidenció también en el estudio de Sierra-Guerra, en donde el puntaje promedio fue de 5.45 en dicha categoría (18).

En la dimensión “Apoyo social y pareja” encontramos un puntaje promedio de 18.1 de un total de 30, que representa una de las puntuaciones más altas obtenidas de las esferas evaluadas en nuestro estudio. Este hallazgo es similar al de un estudio español de Gómez-Veiga del 2013, en el que se utilizó también el cuestionario CAVIPRES-30 y se obtuvo un promedio de 21.8 para este ítem (19). Sin embargo, al igual que en el caso de la dimensión “Esperanza y futuro”, en algunas afirmaciones para esta categoría, asignar un puntaje alto no correlaciona con una mejor calidad de vida.

Por último, en la esfera “Aspectos Psicológicos”, se obtuvo un promedio de 27.8 de un total de 40, siendo la más alta de todas las dimensiones. Este resultado se correlaciona con otros dos estudios que utilizaron el mismo cuestionario (18,20), sin embargo, en el estudio de Gómez-Veiga se obtuvo un promedio de 11.5 de un total de 40 (11). Asimismo, en un artículo donde se realiza una revisión de la literatura, se concluye que mientras más avanzado es el estadio de la enfermedad, se asocia a peor bienestar emocional (15).

En cuanto a las variables tomadas en cuenta para este estudio se encontró que existe una diferencia significativa en el impacto sobre la calidad de vida para dos de ellas, tener pareja y el lugar de procedencia.

Como se evidenció en los resultados de este estudio, no tener pareja está relacionado a una mejor calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, sin embargo, estos resultados difieren de los de estudios realizados previamente que utilizaron el mismo cuestionario, en

donde se demostró que a medida que aumenta la calidad de vida, aumenta también la cantidad de pacientes con pareja estable (19). En otro estudio llevado a cabo en un hospital de Brasil en el 2019, en el que se utilizó el cuestionario EORTC QLQ-C30, se evidenció que los pacientes con cáncer de próstata que estaban casados o con una pareja estable tenían una mejor calidad de vida comparados con aquellos que no la tenían (21). Finalmente, en un estudio realizado en Taiwán se encontró que tener pareja estaba asociado a una mejor puntuación en los aspectos de salud física y relaciones sociales, en este último específicamente en el ítem de actividad sexual, según el cuestionario WHOQOL-BREF (22).

Esta diferencia entre nuestros resultados y los de estudios anteriores puede deberse a diversos factores. Los ítems del cuestionario que contemplan tener pareja son del 20 al 22 y en el caso del 20 y 22 la respuesta positiva (“siempre”), corresponde a un puntaje de 1 en la valoración global, lo que significaría menor calidad de vida, a pesar de que esta respuesta traduce un buen apoyo por parte de la pareja. Otro aspecto que se debe considerar es que, en nuestro estudio, una gran proporción de pacientes que no tienen pareja han marcado “Nunca” en los ítems 20 (25/46 pacientes) y 22 (33/46 pacientes) (Tabla 2), que da un alto puntaje en esos ítems, lo que explicaría la asociación que encontramos. Esto puede deberse a que, dado que no tienen pareja, consideran que este ítem no aplica para ellos y marcan dicha opción en el cuestionario, lo que se traduce en un mayor puntaje y no necesariamente representa la realidad.

En el estudio brasileño que se mencionó previamente también se evidenció, al igual que en nuestra investigación, una asociación significativa entre tener como lugar de procedencia una zona urbana y una mejor calidad de vida comparado con aquellos pacientes procedentes de zonas rurales. Mencionan que esto se debe principalmente a que en las zonas urbanas el

acceso a los servicios de salud es mejor y esto permite una mayor facilidad para el tratamiento y seguimiento de pacientes mejorando la adherencia al tratamiento (21). Esto se encuentra en la línea de un estudio australiano del 2005, en el que se evidenció que en zonas rurales es menor la cantidad de hombres que se realizan análisis de PSA y la de pacientes que se someten a prostatectomía radical (23), sugiriendo que aquellos que provienen de zonas urbanas tienen un mejor seguimiento y tratamiento oportuno que influye tanto en su mortalidad como en su calidad de vida.

Por otro lado, es importante discutir también las variables para las que en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas y estas son: estadio clínico de cáncer, hormonoterapia y prostatectomía radical.

En un estudio llevado a cabo en Taiwán en el año 2017, en el que se utilizó el cuestionario FACT-P para evaluar calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata que reciben terapia hormonal, se evidenció que la calidad de vida es superior en pacientes con estadio de cáncer II o III que en aquellos en estadio IV (24). Así como otro estudio realizado en Finlandia en el 2012, en el que se utilizaron los cuestionarios EQ-5D y 15D demostró que la calidad de vida de los pacientes con cáncer metastásico es peor que la de aquellos con estadios tempranos (16). Con estos resultados de estudios anteriores se evidencia que, al menos en otras regiones, sí existe una relación entre el estadio de cáncer de próstata y la calidad de vida de los pacientes y sería apropiado llevar a cabo más estudios en nuestro medio para poder explicar la causa de esta diferencia.

En cuanto a la variable tratamiento hormonal (médico u orquiectomía bilateral), la evidencia internacional es bastante consistente en que este tiene un efecto negativo sobre la calidad de

vida de los pacientes. En una revisión italiana del 2018 mencionan, según resultados de estudios previos, que la privación de andrógenos, ya sea por tratamiento médico o quirúrgico genera síntomas como pérdida de libido, disfunción eréctil, fatiga y mala calidad de sueño, los cuales impactan significativamente en la calidad de vida (25). Siguiendo esta línea, en un estudio español del 2015 se comparó la calidad de vida de pacientes sometidos a bloqueo androgénico intermitente y continuo, encontrándose que la calidad de vida basal de ambos grupos era similar, pero a los 18 meses de tratamiento la del grupo que recibió bloqueo intermitente era significativamente mejor (20). Esto se explicaría porque en los períodos en los que no recibían los medicamentos presentaban una mejora significativa en el aspecto sexual asociada a incremento de los niveles de testosterona en dichos lapsos (26). Esta diferencia entre los resultados de estudios previos y el nuestro se debe con mayor probabilidad a que la gran mayoría de pacientes incluidos en nuestro estudio recibieron algún tipo de terapia hormonal continua (98.5%), lo que no nos permite obtener una diferencia estadísticamente significativa.

Sobre la influencia del tratamiento quirúrgico con prostatectomía radical, mientras que en nuestro estudio no se obtuvo una diferencia significativa, se ha encontrado en la literatura previa que sí tiene un efecto negativo sobre la calidad de vida. En un estudio mexicano del 2014 se encuestó a 32 pacientes post operados de prostatectomía radical laparoscópica mediante los cuestionarios EPIC-CP y CAVIPRES y se evidenció que el 81.25% de estos presentan disfunción eréctil. Además, presentan puntajes muy bajos en los ítems “Esperanza y futuro”, “Vida sexual”, “Apoyo social y pareja” e “Información y apoyo médico” del cuestionario CAVIPRES lo que se traduce en mala calidad de vida. Postulan que este impacto sobre la calidad de vida está ocasionado por los efectos propios de la cirugía y la necesidad

de terapias adyuvantes como la deprivación de andrógenos (18). En un estudio estadounidense del 2017 se comparó la calidad de vida en pacientes sometidos a prostatectomía radical, radioterapia o vigilancia activa mediante el cuestionario EPIC. En este se demostró que de los tres tipos de tratamiento el que tiene peores consecuencias sobre la función sexual es la prostatectomía radical (27) y esto impacta significativamente en su calidad de vida, dado que los pacientes, principalmente los de menor edad, le dan suma importancia a este aspecto y los afecta psicológicamente (18). Esta diferencia en los resultados podría explicarse porque en nuestra investigación la gran mayoría de pacientes recibían terapia hormonal y esto ya tiene un impacto importante sobre su sexualidad, provocando que el impacto adicional de la cirugía no sea significativo.

Como fue descrito anteriormente, el impacto en la calidad de vida de los pacientes debido al cáncer de próstata y su tratamiento va más allá de molestias físicas, sino que también afecta de manera importante el bienestar psicológico de los pacientes. El estrés causado por los efectos secundarios de los tratamientos es, en ocasiones, causa de pobre adherencia al tratamiento por parte de los pacientes (28).

Es necesario entonces implementar medidas adecuadas para mitigar el impacto de estos efectos secundarios sobre la calidad de vida. Consideramos importante manejar aquellos relacionados con el uso de hormonoterapia y prostatectomía radical que incluyen, pero no están limitados a, efectos físicos como pérdida de masa muscular, fatiga, disminución del tamaño del pene y disfunción eréctil, efectos psicológicos como depresión y riesgo incrementado de osteoporosis, diabetes tipo dos y enfermedad cardiovascular (29).

El uso rutinario de los inhibidores de la fosfodiesterasa para la disfunción eréctil ha probado su eficacia para conseguir erecciones satisfactorias en pacientes post prostatectomía radical (30). Sin embargo, hay pobre evidencia de su eficacia en pacientes sometidos a deprivación androgénica (31), motivo por el cual es importante el cambio de conductas sexuales para alcanzar satisfacción mediante actividades sexuales no penetrativas o de implementos sexuales.

Si bien el uso de terapia farmacológica como el uso de zolendronato para disminuir los efectos de la deprivación androgénica sobre la desmineralización ósea han probado ser efectivas (32), se ha visto un efecto beneficioso marcado del ejercicio aeróbico en todos los ámbitos, donde se incluye mejora de la fatiga, ganancia de masa muscular y disminución relativa del riesgo de diabetes y enfermedades cardiovasculares (33,34,35). Se ha visto además que es una estrategia exitosa para disminuir el deterioro cognitivo (36).

Es importante, además, estandarizar medidas para la educación e información de los pacientes sobre los tipos de terapias disponibles para su enfermedad y los efectos secundarios asociados a estos ya que un porcentaje importante de los encuestados refirieron que les gustaría haber obtenido más información con respecto al cáncer de próstata.

Será necesario un manejo multidisciplinario que incluya programas de apoyo social, terapia psicológica, terapias sexuales y rutinas de ejercicios abiertamente disponibles para mejorar la calidad de vida general del paciente (37,38). Será también de vital importancia, considerar que las medidas a tomar deberán ser adecuadas a la realidad cultural de nuestro medio para ser realmente efectivas en nuestros pacientes.

## CONCLUSIONES

- El puntaje promedio obtenido en el cuestionario CAVIPRES para nuestra población fue de 71.7, lo que se considera como mala calidad de vida según valores de referencia de dicho cuestionario.
- Los puntajes más altos se encontraron en las esferas “Aspectos psicológicos” y “Apoyo social y pareja”.
- Los puntajes más bajos obtenidos fueron en las esferas “Vida sexual” y “Esperanza y futuro”.
- Se encontró una asociación significativa en la calidad de vida con respecto al lugar de procedencia y el hecho de tener o no pareja estable.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. GLOBOCAN 2018: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2018 [base de datos en Internet]. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; [fecha de acceso 25 de julio de 2018]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/604-peru-fact-sheets.pdf>
2. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012, Volumen 5. Lima 2016.
3. Gandaglia, G, Abdollah, F. Distribution of metastatic sites in patients with prostate cancer: A population-based analysis. Wiley online library. 2014;74(2): 210-216.
4. European Association of Urology [sede Web]. [acceso 2 de agosto de 2019]. Quality of Life Outcomes in Prostate Cancer. Disponible en: <http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/#8>
5. Litwin MS, Gore JL, Kwan L, Brandeis JM, Lee SP, Withers HR, et al. Quality of Life After Surgery, External Beam Irradiation, or Brachytherapy for Early-Stage Prostate Cancer. Cancer. 2007;109(11):2239-47
6. Kutwin P, Konecki T, Jablonowski Z, Wolski Z, Sosnowski M. Quality of life in a population of Polish patients with prostate cancer. Cent European J Urol. 2016;69:53-56.
7. Constitution of the World Health Organization, AM J Public Health Nations Health 1946;36 : 1315-1323.
8. Minayo MC, Hartz ZM, Buss P. Quality of life and Health: a necessary debate. Ciencia & Saúde Coletiva ABRASCO 2000; 1: 7-18.

9. Schwartzmann, Laura. Calidad De Vida Relacionada Con La Salud: Aspectos Conceptuales. Cienc. enferm. [Internet]. 2003 Dic [citado 2020 Ene 17] ; 9( 2 ): 09-21. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532003000200002&lng=es.) <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532003000200002>.
10. Gómez-Veiga F, Cozar-Olmo JM, Günthner S, Puyol-Pallas M, Silmi-Moyano A, Baró- Ramos E, 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.
11. Pow Sang M , Huaman Marco A. Retos para el diagnostico precoz de cancer en el Peru. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(1):124-8
12. Marandino, Laura et al. Quality-of-Life Assessment and Reporting in Prostate Cancer: Systematic Review of Phase 3 Trials Testing Anticancer Drugs Published Between 2012 and 2018. Clinical Genitourinary Cancer, Volume 17, Issue 5, 332 - 347.e2
13. Bergman J, Laviana A. Quality-of-life assessment tools for men with prostate cancer. Nat Rev Urol 2014; 11:352-9.
14. Campos, K. (2019). Calidad De Vida En Pacientes Con Cáncer De Próstata Servicio De Urología Hospital Nacional Arzobispo Loayza Junio 2017. Lima.
15. Eton, D, Lepore, S. Prostate Cancer And Health-related Quality Of Life:. National Institute of Health. 2002;11(4): 307-326.
16. Torvinen, S, Farkkila, N. Health-related quality of life in prostate cancer. Acta Oncologica. 2012;52(6): 1094-1101

17. Aerosemena, A. Satisfacción De Los Usuarios De La Consulta Externa Del Servicio De Medicina Interna En El Hospital Cayetano Heredia En El Año 2018. Repositorio Institucional Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2018;0(00).
18. Sierra-Guerra KL, Viveros-Contreras C, Martínez-Carrillo G. Calidad de vida en pacientes con cáncer de próstata, operados de prostatectomía radical laparoscópica. *Revista Mexicana de Urología*. 2014;74(3):133–40.
19. Gómez-Veiga F, Silmi-Moyano A, Günthner S, Puyol-Pallas M, Cozar-Olmo JM. Valores de referencia para el cuestionario CAVIPRES-30, un cuestionario global sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer de próstata. *Actas Urol Esp* 2014;38:304-312.
20. Sierra CR, Sánchez D, de Pablo A. Calidad de vida de pacientes con cáncer de próstata en tratamiento con bloqueo androgénico continuo vs intermitente. Estudio prospectivo mediante la aplicación del cuestionario CAVIPRES. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*. 2015;38(2):193–201.
21. Moraes M, De Lima A, Medeiros P, Albuquerque J. Factors associated with quality of life with prostate cancer. *International Journal of Development Research*. 2019 Feb;09(02):25620–4.
22. Kao, Y, Tsai, Y. Determinants of quality of life in prostate cancer patients: A single institute analysis. *Urological Science*. 2015;26(2015): 254-258.
23. Coory MD, Baade PD. Urban–rural differences in prostate cancer mortality, radical prostatectomy and prostate-specific antigen testing in Australia. *The Medical Journal of Australia*. 2005;182:112–5.

24. Chien C-H, Chuang C-K, Liu K-L, Wu C-T, Pang S-T. Health-Related Quality of Life and Its Associated Factors in Prostate Cancer Patients Who Receive Androgen Deprivation Therapy. *Cancer Nursing*. 2019;00(0):1–9.
25. Tucci M, Leone G, Buttigliero C, Zichi C. Hormonal treatment and quality of life of prostate cancer patients: new evidence. *Minerva Urologica e Nefrologica*. 2018;70(2):144–51.
26. Calais Da Silva FE, Bono AV, Whelan P, Brausi M, Marques Queimadelos A, Martin JA et al. 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.
27. Barocas, D. A. et al. Association between radiation therapy, surgery, or observation for localized prostate cancer and patient-reported outcomes after 3 years. *JAMA* 317, 1126–1140 (2017)
28. Dinh KT, Reznor G, Muralidhar V, et al. Association of androgen deprivation therapy with depression in localized prostate cancer. *J Clin Oncol* 2016; 34:1905-12.
29. Wibowo E, Wassersug R, Robinson J, Matthew A, McLeod D, Walker L, How are prostate cancer patients managing androgen deprivation therapy side effects?, *Clinical Genitourinary Cancer* (2019), doi: <https://doi.org/10.1016/j.clgc.2018.12.006>.
30. Pavlovich, C, Levinson, A. Nightly vs on-demand sildenafil for penile rehabilitation after minimally invasive nerve-sparing radical prostatectomy: results of a randomized double-blind trial with placebo. *BJU international*. 2013;112(0): 844-851.

31. Aversa A, Francomano D, Lenzi A. Does testosterone supplementation increase PDE5 inhibitor responses in difficult-to-treat erectile dysfunction patients? *Expert Opin Pharmacother* 2015; 16:625-628.
32. Michaelson, M, Kaufman, D. Randomized Controlled Trial of Annual Zoledronic Acid to Prevent Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist–Induced Bone Loss in Men With Prostate Cancer. *Journal of Clinical Oncology*. 2007;25(0): 1038-1042.
33. Galvao, D.A, Taaffe, D.R. Combined Resistance and Aerobic Exercise Program Reverses Muscle Loss in Men Undergoing Androgen Suppression Therapy for Prostate Cancer Without Bone Metastases: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*. 2010;28(0): 340-347.
34. Segal R, Zwaal C, Green E, et al. Exercise for people with cancer: a clinical practice guideline. *Curr Oncol* 2017; 24:40-46.
35. Winters-Stone KM, Dobek JC, Bennett JA, Maddalozzo GF, Ryan CW, Beer TM. Skeletal response to resistance and impact training in prostate cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2014; 46:1482-1488.
36. Mundell NL, Daly RM, Macpherson H, Fraser SF. Cognitive decline in prostate cancer patients undergoing ADT. *Endocr Relat Cancer* 2017; 24:R145-R155.
37. Dieperink, K.B, Johansen, C. The effects of multidisciplinary rehabilitation: RePCa—a randomised study among primary prostate cancer patients. *British Journal of Cancer*. 2013;109(0): 3005-3013.
38. Rhondali, W., Yennurajalingam, S., Ferrer, J. et al. *Support Care Cancer* (2014) 22: 871. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-2042-x>

## TABLAS, GRÁFICOS Y FIGURAS

**Tabla 1. Características sociodemográficas, clínicas, de tratamiento y valoración en cuestionario CAVIPRES-30 (N=196).**

	<i>N (%)</i>
<b><i>Edad (años)</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	71.6 / 71 / 46-88
<b><i>Pareja</i></b>	
<i>Si</i>	150 (76.5%)
<i>No</i>	46 (23.5%)
<b><i>Procedencia</i></b>	
<i>Urbana</i>	147 (75.0%)
<i>Rural</i>	49 (25.0%)
<b><i>Estadio clínico</i></b>	
<i>III</i>	99 (50.5%)
<i>IV</i>	97 (49.5%)
<b><i>Prostatectomía radical</i></b>	
<i>Si</i>	22 (11.2%)
<i>No</i>	174 (88.8%)
<b><i>Hormonoterapia y/o orquiectomía bilateral</i></b>	
<i>Si</i>	193 (98.5%)
<i>No</i>	3 (1.5%)

**Tabla 1 (continuación). Características sociodemográficas, clínicas, de tratamiento y valoración en cuestionario CAVIPRES-30 (N=196).**

	<i>N (%)</i>
<b><i>Radioterapia</i></b>	
<i>Si</i>	124 (63.3%)
<i>No</i>	72 (36.7%)
<b><i>Tratamiento quirúrgico</i></b>	
<i>Si</i>	89 (45.4%)
<i>No</i>	107 (54.6%)
<b><i>Puntuación global en CAVIPRES</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	71.7 / 72 / 35-95
<b><i>Dimensión “Aspectos psicológicos”</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	27.9 / 29.5 / 8-39
<b><i>Dimensión “Esperanza y futuro”</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	5.9 / 5 / 4-20
<b><i>Dimensión “Vida sexual”</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	9.4 / 6 / 6-29
<b><i>Dimensión “Apoyo social y pareja”</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	18.1 / 19 / 6-28
<b><i>Dimensión “Información y comunicación”</i></b>	
<i>Promedio / Mediana / Rango</i>	10.3 / 10 / 6-22

**Tabla 2. Puntajes asignados para cada situación planteada en la dimensión “Apoyo social y pareja” del cuestionario CAVIPRES-30.**

**Valoración de las situaciones presentadas**

Situación	Siempre	Muchas veces	La mitad de las veces	Pocas veces	Nunca	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>La familia me ayuda con mi enfermedad y su tratamiento</b>	168 (85.7)	9 (4.6)	5 (2.6)	10 (5.1)	4 (2.0)	196 (100.0)
<b>A pesar de la enfermedad y sus consecuencias, me siento unido a mi pareja</b>	142 (72.4)	9 (4.6)	6 (3.1)	9 (4.6)	30 (15.3)	196 (100.0)
<b>Con pareja</b>	130 (86.7)	6 (4.0)	5 (3.3)	4 (2.7)	5 (3.3)	150 (100.0)
<b>Sin pareja</b>	12 (26.1)	3 (6.5)	1 (2.2)	5 (10.9)	25 (54.3)	46 (100.0)

**Tabla 2 (continuación). Puntajes asignados para cada situación planteada en la dimensión “Apoyo social y pareja” del cuestionario CAVIPRES-30.**

**Valoración de las situaciones presentadas**

Situación	Siempre	Muchas veces	La mitad de las veces	Pocas veces	Nunca	Total
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>Aunque mi pareja me comprende, a mí me sigue preocupando mi problema de erección</b>	37 (18.9)	31 (15.8)	10 (5.1)	46 (23.5)	72 (36.7)	196 (100.0)
<b>Con pareja</b>	32 (21.3)	26 (17.3)	8 (5.3)	39 (26.0)	45 (30.0)	150 (100.0)
<b>Sin pareja</b>	5 (10.9)	5 (10.9)	2 (4.3)	7 (15.2)	27 (58.7)	46 (100.0)
<b>Mi pareja me ayuda y colabora para solucionar mis problemas sexuales</b>	33 (16.8)	21 (10.7)	4 (2.0)	18 (9.2)	120 (61.2)	196 (100.0)
<b>Con pareja</b>	30 (20.0)	17 (11.3)	3 (2.0)	13 (8.7)	87 (58.0)	150 (100.0)
<b>Sin pareja</b>	3 (6.5)	4 (8.7)	1 (2.2)	5 (10.9)	33 (71.7)	46 (100.0)
<b>Me siento entendido y apoyado por mis amigos</b>	51 (26.0)	31 (15.8)	14 (7.1)	59 (30.1)	41 (20.9)	196 (100.0)
<b>Los profesionales sanitarios me apoyan respecto a mi problema de impotencia</b>	12 (6.1)	5 (2.6)	3 (1.5)	14 (7.1)	162 (82.7)	196 (100.0)

**Tabla 3. Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable pareja.**

Dimensiones	Pareja		p
	Si N=150	No N=46	
<b>Aspectos psicológicos</b>			
Promedio / Mediana / Rango	27.4 / 29 / [8-39]	29.3 / 31.5 / [17-39]	0.127
<b>Esperanza y futuro</b>			
Promedio / Mediana / Rango	5.8 / 5 / [4-20]	6.3 / 5.5 / [4-20]	0.287
<b>Vida sexual</b>			
Promedio / Mediana / Rango	9.2 / 6 / [6-29]	10.2 / 8 / [6-26]	0.194
<b>Apoyo social y pareja</b>			
Promedio / Mediana / Rango	17.2 / 18 / [6-28]	21.1 / 22 / [10-28]	<b>0.001</b>
<b>Información y comunicación</b>			
Promedio / Mediana / Rango	10.4 / 10 / [6-22]	10.2 / 10 / [6-16]	0.924

**Tabla 4. Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable procedencia.**

Dimensiones	Procedencia		p
	Urbano N=147	Rural N=49	
<b>Aspectos psicológicos</b>			
Promedio / Mediana / Rango	28.3 / 30 / [9-39]	26.6 / 29 / [8-37]	0.224
<b>Esperanza y futuro</b>			
Promedio / Mediana / Rango	5.8 / 5 / [4-20]	6.2 / 5 / [4-20]	0.858
<b>Vida sexual</b>			
Promedio / Mediana / Rango	9.9 / 6 / [6-29]	7.7 / 6 / [6-19]	<b>0.036</b>

**Tabla 4 (continuación). Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable procedencia.**

Dimensiones	Procedencia		p
	Urbano N=147	Rural N=49	
<b>Apoyo social y pareja</b>			
Promedio / Mediana / Rango	18.1 / 18 / [6-28]	18.2 / 19 / [6-28]	0.690
<b>Información y comunicación</b>			
Promedio / Mediana / Rango	10.7 / 10 / [6-22]	9.3 / 9 / [6-14]	<b>0.012</b>

**Tabla 5. Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable estadio clínico.**

Dimensiones	Estadio clínico		p
	III N=99	IV N=97	
<b>Aspectos psicológicos</b>			
Promedio / Mediana / Rango	28.5 / 30 / [9-39]	27.2 / 29 / [8-38]	0.134
<b>Esperanza y futuro</b>			
Promedio / Mediana / Rango	5.7 / 4 / [4-16]	6.2 / 5 / [4-20]	0.394
<b>Vida sexual</b>			
Promedio / Mediana / Rango	10.3 / 7 / [6-26]	8.5 / 6 / [6-29]	<b>0.027</b>
<b>Apoyo social y pareja</b>			
Promedio / Mediana / Rango	17.3 / 18 / [6-28]	18.9 / 19 / [6-28]	<b>0.006</b>
<b>Información y comunicación</b>			
Promedio / Mediana / Rango	10.3 / 10 / [6-20]	10.4 / 10 / [6-22]	0.658

**Tabla 6. Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable prostatectomía radical.**

Dimensiones	Prostatectomía radical		p
	Si N=22	No N=174	
<b>Aspectos psicológicos</b>			
Promedio / Mediana / Rango	29 / 31.5 / [14-39]	27.7 / 29 / [8-39]	0.241
<b>Esperanza y futuro</b>			
Promedio / Mediana / Rango	5.9 / 4.5 / [4-14]	5.9 / 5 / [4-20]	0.956
<b>Vida sexual</b>			
Promedio / Mediana / Rango	12.2 / 9.5 / [6-26]	9.1 / 6 / [6-29]	<b>0.012</b>
<b>Apoyo social y pareja</b>			
Promedio / Mediana / Rango	16.1 / 16.5 / [6-25]	18.4 / 19 / [6-28]	0.062
<b>Información y comunicación</b>			
Promedio / Mediana / Rango	10.4 / 9 / [6-20]	10.3 / 10 / [6-22]	0.513

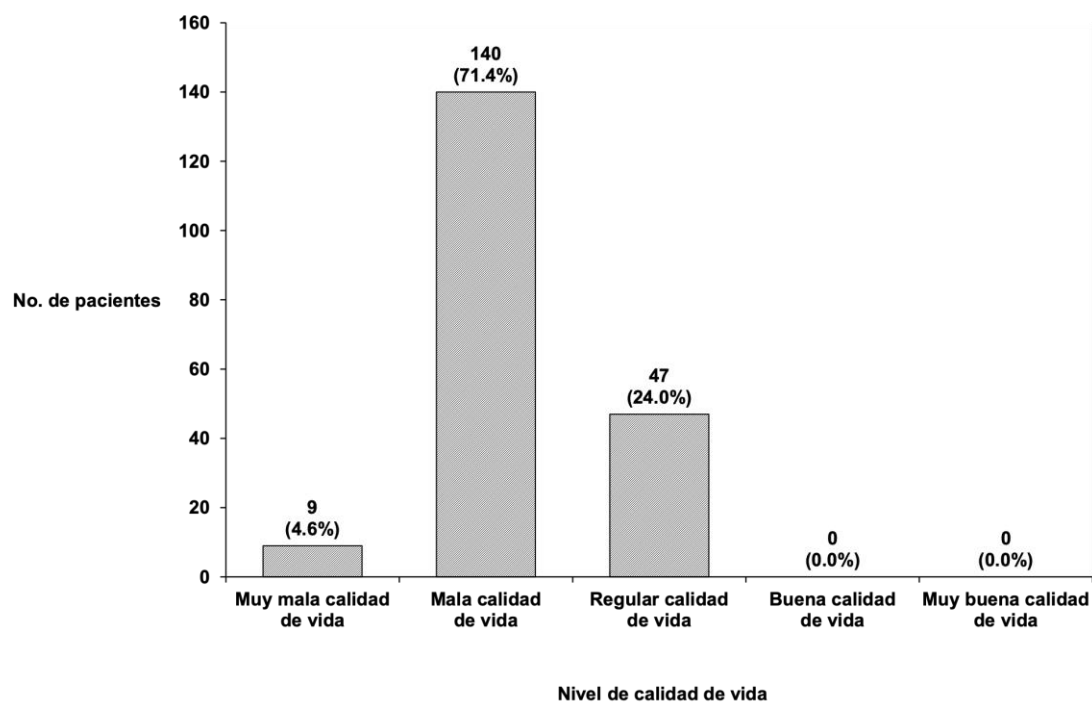
**Tabla 7. Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable radioterapia.**

Dimensiones	Radioterapia		p
	Si N=124	No N=72	
<b>Aspectos psicológicos</b>			
Promedio / Mediana / Rango	27.9 / 29 / [14-38]	27.7 / 30 / [8-39]	0.683
<b>Esperanza y futuro</b>			
Promedio / Mediana / Rango	5.7 / 5 / [4-16]	6.3 / 5 / [4-20]	0.630
<b>Vida sexual</b>			
Promedio / Mediana / Rango	9.2 / 6 / [6-26]	9.8 / 6 / [6-29]	0.745

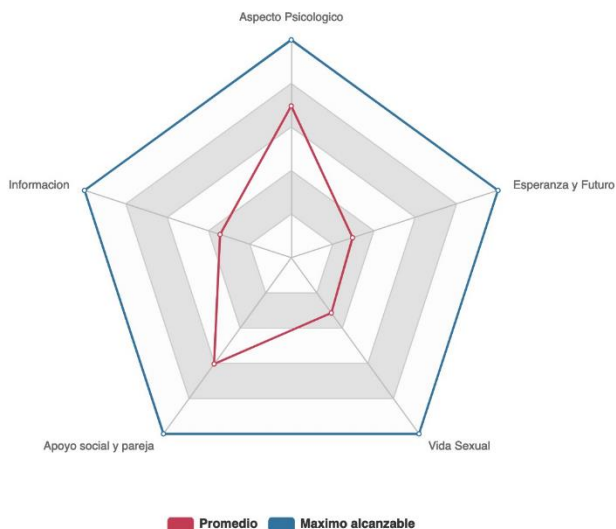
**Tabla 7 (continuación). Puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 según la variable radioterapia.**

Dimensiones	Radioterapia		p
	Si N=124	No N=72	
<b>Apoyo social y pareja</b>			
Promedio / Mediana / Rango	17.9 / 18 / [7-28]	18.3 / 19 / [6-28]	0.403
<b>Información y comunicación</b>			
Promedio / Mediana / Rango	10.5 / 10 / [6-22]	10 / 10 / [6-17]	0.506

**Figura 1. Nivel de calidad de vida evaluada mediante el cuestionario CAVIPRES-30.**

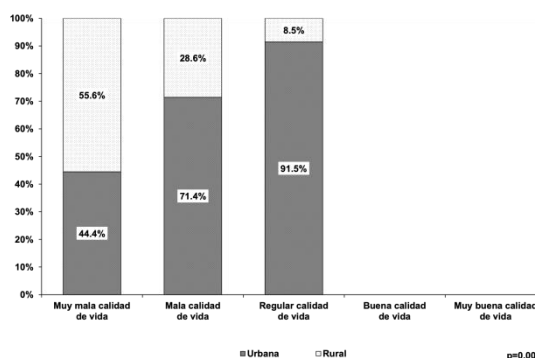
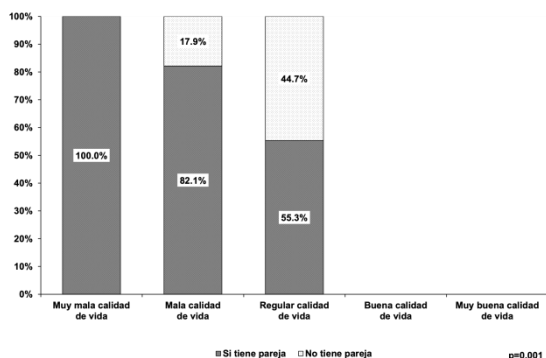


**Figura 2. Promedio de puntajes en cada dimensión del cuestionario CAVIPRES-30 sobre el máximo puntaje alcanzable.**

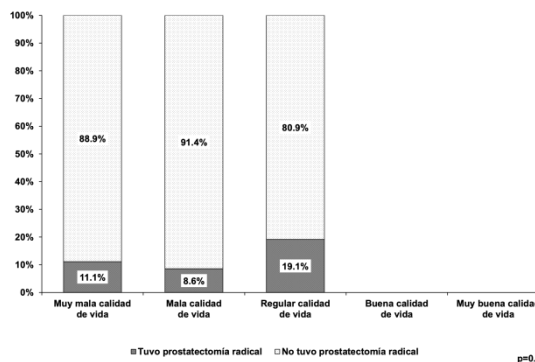
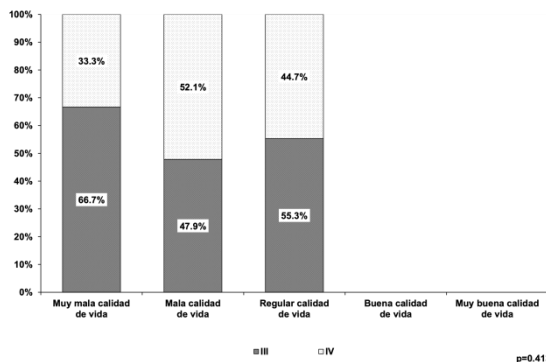


	Promedio	Máximo Alcanzable
Aspectos psicológicos	27.86	40
Esperanza y futuro	5.93	20
Vida sexual	9.41	30
Apoyo social y pareja	18.11	30
Información	10.33	30

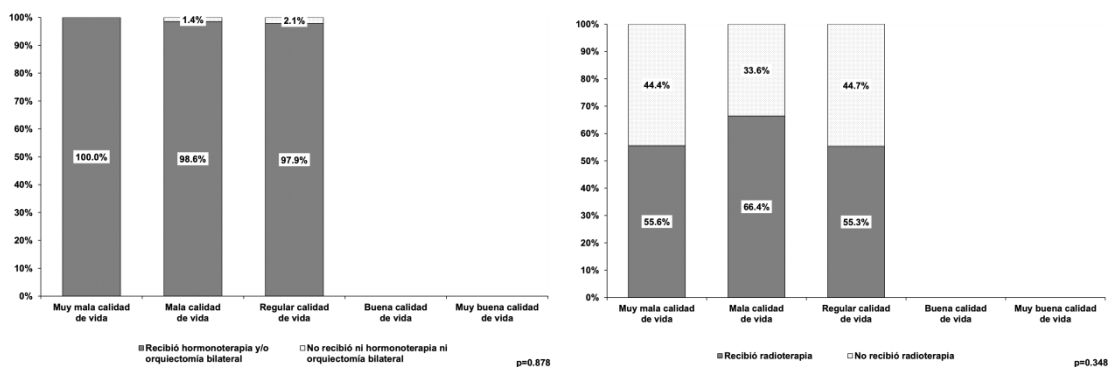
**Figuras 3 y 4. Nivel de calidad de vida evaluada mediante el cuestionario CAVIPRES-30 según la variable pareja (izq) y procedencia (der).**



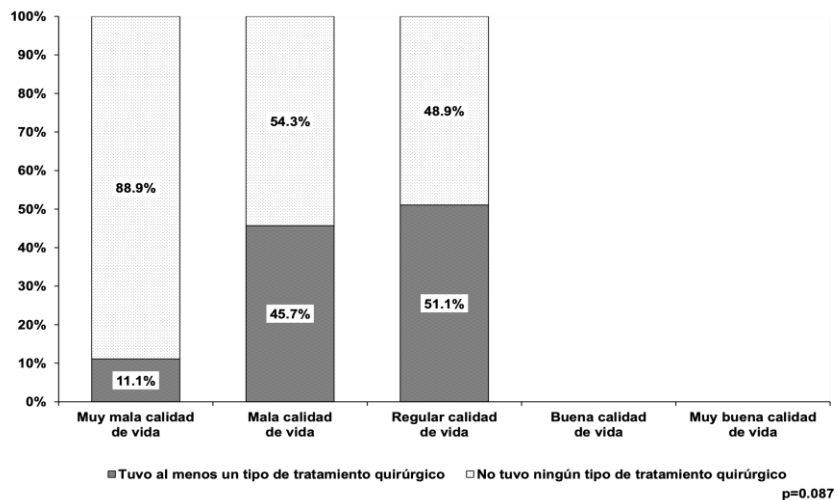
**Figuras 5 y 6. Nivel de calidad de vida evaluada mediante el cuestionario CAVIPRES-30 según la variable estadio clínico (izq) y prostatectomía radical (der).**



**Figuras 7 y 8. Nivel de calidad de vida evaluada mediante el cuestionario CAVIPRES-30 según la variable hormonoterapia y/o orquiectomía bilateral (izq) y radioterapia (der).**



**Figura 9. Nivel de calidad de vida evaluada mediante el cuestionario CAVIPRES-30 según la variable tratamiento quirúrgico.**



## Anexo 1: Cuestionario CAVIPRES-30

Valore las siguientes situaciones, pensando en cómo se ha encontrado en las últimas 4 semanas	En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia se ha encontrado con esta situación?				
	Siempre	Muchas veces	La mitad de las veces	Pocas veces	Nunca
<i>Aspectos psicológicos</i>					
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 miedos 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
<i>Esperanza y futuro</i>					
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 de la vida	1	2	3	4	5
12. Mi enfermedad hace que aprecie más algunas cosas de la vida	1	2	3	4	5
<i>Vida sexual</i>					
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
<i>Apoyo social y pareja</i>					
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 mí 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
25. En general, creo que necesito más información sobre mi enfermedad	1	2	3	4	5
26. En general, creo que debería haber recibido 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

Fuente: Gómez-Veiga F, Silmi-Moyano A, Günthner S, Puyol-Pallas M, Cozar-Olmo JM. Valores de referencia para el cuestionario CAVIPRES-30, un cuestionario global sobre la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con cáncer de próstata. *Actas Urol Esp* 2014;38:304-312.