

El Residente

REVISIÓN - OPINIÓN

Calidad de vida y cuidados en salud en pacientes con mieloma múltiple

Claudia Miranda-Ruvalcaba,* Luz Ma. Adriana Balderas-Peña,** Jhonatan Trujillo Ortíz,**
 Oscar M Garcés-Ruiz,* Lilia Beatriz-Aguilar,* Arnulfo Hernán Nava-Zavala,***,***
 Benjamín Rubio-Jurado*,**

RESUMEN. El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia caracterizada por la proliferación clonal de células plasmáticas, derivadas de las células B de memoria post centrogerminales. Existe infiltración de la médula ósea por células plasmáticas monoclonales, producción de inmunoglobulina clonal y presencia de lesiones líticas. El mieloma múltiple es la segunda neoplasia hematológica más frecuente. Corresponde a 1% de todos los cánceres y 10% de origen hematológico. Incrementa con la edad, encontrándose la mediana en los 69 años; pero un tercio de los pacientes se encuentra en edad menor de 60 años. En los países occidentales la incidencia es 5.6 casos por cada 100,000 habitantes. En el año 2011, en Estados Unidos se presentaron 20,520 casos nuevos de mieloma múltiple. En México, se registraron 597 casos nuevos en el año 2002, cifra que se incrementa a 1,068 en 2006, correspondiendo al 1.01%. Hay dos aspectos importantes en la patogénesis del mieloma múltiple, la estrecha interacción de las células de mieloma con las células del estroma de la médula ósea, necesaria para la supervivencia, crecimiento y diferenciación de las células plasmáticas, y alteraciones genéticas iniciales y secundarias que influyen en las manifestaciones clínicas de la enfermedad. Algunas citocinas están implicadas en la fisiopatología del mieloma múltiple; éstas son producidas por células de tipo T y están implicadas en la proliferación y la diferenciación de linfocitos B humanos. La calidad de vida es sinónimo de la percepción del paciente de su enfermedad y síntomas que interfieren con su vida diaria. La enfermedad y el tratamiento influyen sobre los síntomas y aspectos generales del paciente. Los principales aspectos que afectan la calidad de vida son fatiga, dolor y síntomas depresivos, los pacientes con mieloma múltiple muestran más síntomas en comparación con otros padecimientos. El cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer es la escala QLQ-C30 de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC); evalúa el estado físico, emocional, funcionamiento cognitivo y social. El módulo para mieloma múltiple es la QLQ MY 20; evalúa síntomas, efectos secundarios, una escala funcional y la imagen corporal. El presente trabajo expone la importancia de la calidad de vida y percepción de la atención del paciente como parte integral del tratamiento médico.

Palabras clave: Calidad de vida, cuidados en salud, percepción de la atención, mieloma múltiple.

* Servicio de Hematología, Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE), Hospital de Especialidades (HE), Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO), Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).

** Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica, UMAE HE, CMNO, IMSS.

*** Programa Internacional Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Guadalajara.

Correspondencia:

Dr. en C. Benjamín Rubio Jurado

Departamento Clínico de Hematología, División de Onco-Hematología. Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica. UMAE Hospital de Especialidades. Centro Médico Nacional de Occidente del IMSS. Belisario Domínguez No. 1000, Col. Independencia, 44340, Guadalajara, Jalisco, México. Tel: 33 3668 3000 extensión 31557
 E-mail: rubio@oncologia.org.mx

Conflictos de intereses:

Todos los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses con respecto a la publicación de este artículo.

Recibido: 11 de noviembre de 2015. Aceptado con modificaciones: 13 de enero de 2016.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: www.medicgraphic.com/elresidente

ABSTRACT. Multiple myeloma (MM) is a neoplasm characterized by clonal proliferation of plasma cells derived from post center-germinal B-memory cells. There is bone marrow infiltration by monoclonal plasma cells, clonal immunoglobulin production and the presence of lytic lesions. Multiple myeloma is the second most common hematologic malignancy. It corresponds to 1% of all cancers and 10% of hematologic origin cancers. It increases with age, being the median 69 years. But a third of patients is in a lower than 60 years age. In Western countries, incidence is 5.6 cases per 100,000 inhabitants. In the US, in the year 2011, there were 20,520 new cases of multiple myeloma. In Mexico, 597 new cases of MM were presented in the year 2002, this figure increases to 1,068 new cases in 2006, corresponding to 1.01%. There are two important aspects in the pathogenesis of multiple myeloma, the close interaction of myeloma cells with stromal cells from bone marrow, necessary for the survival, growth and differentiation of plasma cells and initial and secondary genetic alterations affecting in the clinical manifestations of the disease. Some cytokines are involved in the pathophysiology of multiple myeloma (MM), these are produced by type T cells, and are involved in the proliferation and differentiation of human B lymphocytes. The quality of life is synonymous with the patient's perception of their disease and symptoms that interfere with their daily life. The disease and treatment affect symptoms and general aspects of the patient. The main aspects that affect the quality of life are fatigue, pain and depressive symptoms, patients with MM show more symptoms compared to other conditions. The questionnaire of quality of life related to health in cancer patients, is the scale of the EORTC QLQ-C30, that evaluates the physical emotional state, cognitive, social functioning, and the module for multiple myeloma is the QLQ MY 20 that evaluates symptoms, side effects, a functional scale and body image. The present paper describes the importance of quality of life and the perception of patient care as an integral part of medical treatment.

Key words: Quality of life, health care, perception of care, multiple myeloma.

INTRODUCCIÓN

El mieloma múltiple (MM) es una enfermedad caracterizada por la proliferación clonal de células plasmáticas, derivadas de las células B de memoria post centrogerminales. Existe infiltración de la medula ósea por células malignas y de manera paralela incremento en la producción de paraproteínas monoclonales. La infiltración medular lleva a la desregulación de la hematopoyesis que se traduce principalmente en anemia, pero pueden existir otras citopenias.¹

Existen dos aspectos importantes en la patogénesis del mieloma múltiple. El primero es la estrecha interacción de las células de mieloma con las células del estroma de la médula ósea, la cual es necesaria para la supervivencia, crecimiento y diferenciación de las células plasmáticas.² En segundo lugar, están las alteraciones genéticas, tanto iniciales como secundarias que influyen en las manifestaciones clínicas de la enfermedad.³

Los avances en diagnóstico y tratamientos han incrementado la supervivencia de estos pacientes hasta ocho o nueve años. En pacientes con mieloma múltiple la edad, el estado funcional y la presencia de comórbidos, son lo más importante para elegir tratamiento, por ejemplo,

el trasplante de células hematopoyéticas.⁴ Los regímenes basados triple droga que incluyan bortezomib, en inducción para los pacientes no elegibles para trasplante como melfalán, prednisona y bortezomib, ofrecen las mayores tasas de respuesta global.⁵ La calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado como sinónimo de la percepción de una persona de cómo la enfermedad o afección crónica y sus síntomas interfieren con su vida diaria.⁶

Según estudios realizados recientemente, en los pacientes con mieloma múltiple, el complejo patrón de daño orgánico, junto con los efectos secundarios del tratamiento pueden afectar aspectos del paciente, influyendo principalmente en tres rubros: síntomas físicos, dolor y preocupación por el futuro.⁷

Existen escalas validadas para pacientes con mieloma múltiple, siendo constante la peor calidad de vida en comparación con otras neoplasias hematológicas y en los principales síntomas referidos fatiga, dolor y síntomas depresivos.⁸ En México existen pocos estudios sobre calidad de vida en pacientes hematológicos, pero de igual manera los pacientes con mieloma múltiple muestran una mayor sintomatología en comparación con los enfermos con otros diagnósticos.⁹

El cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con cáncer es la escala de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) QLQ-C30; esta escala evalúa el estado físico, emocional, funcionamiento cognitivo, social, así como la calidad de vida en general con un plazo de una semana; y el módulo para mieloma múltiple es la QLQ MY 20, que consiste en dos escalas de sintomatología (síntomas de la enfermedad y los efectos secundarios del tratamiento), una escala funcional (perspectiva del futuro) y una que se enfoca en la imagen corporal.^{10,11}

EPIDEMIOLOGÍA

El mieloma múltiple es la segunda neoplasia hematológica más frecuente. Corresponde a 1% de todos los cánceres y 10% de los de origen hematológico. Incrementa con la edad, encontrándose la mediana en 69 años;³ pero un tercio de los pacientes se encuentra en edad menor de 60 años.¹² En los países occidentales, la tasa de incidencia anual ajustada para la edad es de 5.6 casos por cada 100,000 habitantes.¹³ En Estados Unidos, en el año 2011, se presentaron 20,520 casos nuevos de mieloma múltiple, sólo precedido por linfoma no Hodgkin¹⁴.

En México, según estudios epidemiológicos, se presentaron 597 casos nuevos de mieloma múltiple en el año 2002;⁹ cifra que se ha ido incrementando. En el Registro Histopatológico de Neoplasias Malignas (RHNP) se registraron 1,068 casos nuevos de mieloma múltiple en 2006, correspondiendo al 1.01%.^{15,16} En Jalisco, según el reporte del Registro Estatal del Cáncer en el 2010, se presentaron 41 casos de neoplasias de células plasmáticas, correspondiendo al 0.53%.¹⁷

FISIOPATOLOGÍA

Algunas citocinas están implicadas en la fisiopatogenia del mieloma múltiple. Son producidas por células de tipo T que están implicadas en la proliferación y la diferenciación de linfocitos B humanos.¹⁸

La desregulación en la secreción de citocinas se relaciona con el desarrollo de enfermedades linfoproliferativas de células tipo B y se relaciona con la producción de interleucina-2 (IL-2) e interleucina-6 (IL-6) por linfocitos T. La IL-6 es responsable de la señalización en células plasmáticas y condiciona una permutación en el centro germinal, genera en los pacientes con mieloma múltiple una respuesta proliferativa defectuosa que puede ser atribuida a la producción alterada de IL-2 o expresión disminuida de su receptor.¹⁹

Las células del mieloma tienen receptores para múltiples citocinas que promueven el crecimiento, como IL-6, IL-11, oncostatinas-M, factor inhibidor de leucemia (LIF), factor estimulante de las colonias de granulocitos (G-CSF), factor de células madre (SCF), interferón alfa (INF- α), IL-10, factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α), factor de crecimiento insulínico o (IGF-I e IGF-II). Los anticuerpos contra la IL-6, sindecan-1 soluble y altas concentraciones de INF- α inhiben el crecimiento celular en líneas celulares de mieloma.²⁰

Las alteraciones cromosómicas iniciales ocurren en el gen de la cadena pesada de inmunoglobulina durante el cambio de clase, en el cromosoma 14 (q32.33) con la yuxtaposición de los genes MAF y MMSET en la mayoría de los casos. Identificándose las translocaciones t(4;14) y t(14;16) como de alto riesgo, en aproximadamente 20% de los casos; y t(11;14), t(6;14), t(14;20), hiperdiploidia, delección cromosoma 13 o 17 como de riesgo estándar.⁵

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

El mieloma múltiple es una enfermedad incurable. A pesar de los nuevos tratamientos, mejoras en todos los aspectos de la atención médica de estos pacientes, la mediana de supervivencia es de ocho a nueve años.²¹

Teóricamente todos los pacientes fueron precedidos por un estado premaligno, la gammopathía monoclonal de significado indeterminado (MGUS), aunque no directamente relacionada con el tiempo de presentación, ya que el riesgo

de progresión cuando se tiene MGUS es de solo 1% por año. Avanzar a un estado de mieloma indolente, donde todavía no se presenta el daño a órgano, esto con un porcentaje de progresión del 10% por año o simplemente debutar con mieloma múltiple sintomático.²²

La enfermedad en general presenta buenas tasas de respuesta con los múltiples tratamientos, pero las recaídas son inevitables: es el curso natural de enfermedad; por lo tanto, los tratamientos están centrados en una terapia secuencial con el propósito de alcanzar respuestas duraderas y retrasar la progresión de la enfermedad para poder modificar así la historia natural.²³

MANIFESTACIONES CLÍNICAS Y DIAGNÓSTICO

El cuadro clínico de los pacientes con mieloma múltiple puede pasar inadvertido por años, y ser diagnosticado de manera incidental en una tercera parte de los pacientes; o instalarse en un corto tiempo con síntomas graves.²⁴ La mayoría de los pacientes se presenta con anemia, enfermedad ósea (dolor y fracturas patológicas), insuficiencia renal y plasmocitomas. El exceso de paraproteínas puede causar síntomas de hiperviscocidad, falla renal y osteólisis que conlleven a la hipercalcemia.¹²

Los criterios diagnósticos que se siguen son propuestos por el Grupo Internacional de Trabajo de Mieloma (IMWG), se requieren tres criterios:²⁵

- 1) Más de 10% de células plasmáticas en médula ósea
- 2) Presencia de proteína monoclonal en suero u orina (en casos de mieloma múltiple no secretor, se requiere plasmocitosis medular > 30%), y
- 3) Evidencia de daño a órgano (CRABO: hipercalcemia, falla renal, anemia, lesiones líticas, infecciones, hiperviscocidad).²⁵

El abordaje diagnóstico requiere: historia clínica, pruebas de laboratorio (biometría hemática, química sanguínea, electroforesis de proteínas con inmunofijación, cadenas ligeras

en suero/orina, aspirado de médula ósea, biopsia de hueso, radiografías convencionales y resonancia magnética en caso de que se sospeche plasmocitoma y no sea valorable en las radiografías simples.¹⁴

CLASIFICACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE

La Organización Mundial de las Salud (OMS) los clasifica en: *mieloma indolente*, cuando existe plasmocitosis medular, pero sin daño a órgano blanco; *mieloma no secretor*, cuando no existe pico monoclonal encontrándose en 2% de pacientes; *mieloma sintomático*, cuando cumple los tres criterios del IMWG; y *leucemia de células plasmáticas*, cuando se encuentra más de 20% de células en sangre periférica o 2,000 como cifra absoluta, se encuentra en 4% de pacientes.²⁵

PRONÓSTICO

Existen dos escalas. Durie y Salmon en 1975 proponen las características clínicas y de laboratorio para estadificar a los pacientes:²⁶

Etapa clínica (EC) I: Hemoglobina > 10 g/dL, calcio sérico normal o menor 12 g/dL, radiografía con estructura ósea normal o plasmocitoma óseo solitario, IgG < 5 g/dL o IgA < 3 g/dL, proteínas de Bence Jones < 4 g en 24 horas.

Etapa clínica II: No cumple los criterios del estado clínico I/III .

Etapa clínica III: Hemoglobina < 8.5 g/dL, calcio sérico > 12 g/dL, lesiones óseas líticas avanzadas, IgG > 7 g/dL o IgA > 5 g/dL, proteínas Bence Jones > 12 g en 24 horas.

Escala del Índice Pronóstico Internacional (ISS).²⁵ Ambas clasificaciones sitúan a los pacientes en etapa I, II o III con supervivencia de 69, 44 y 29 meses, respectivamente.

ISS I: B2 microglobulina < 3.5 mg/L, albúmina > 35 g/L, supervivencia 62 meses.

ISS II: B2 microglobulina < 3.5 mg/L, albúmina < 35 g/L, o B2 microglobulina 3.5-5.5 mg/L , supervivencia de 41 meses.

ISS III: B2 microglobulina > 5.5 mg/L, supervivencia de 29 meses.

El análisis citogenético es actualmente necesario en pacientes con mieloma. Se han descrito

ciertas alteraciones que confieren peor supervivencia; entre ellas se incluyen t(4;14), t(14;16) y 17p13 (TP53). Y la presencia de la t(11;14) es de pronóstico favorable.³

TRATAMIENTO

Los objetivos del tratamiento en pacientes con mieloma múltiple son control de la enfermedad, mejorar la calidad de vida y la supervivencia global.²⁷

Los aspectos más importantes que afectan la respuesta al tratamiento son: etapa, índice pronóstico, edad del paciente, estado funcional y función renal.²¹

En 1999, la talidomida es incluida en el tratamiento con quimioterapia, lo que mejora la tasa de respuesta, incluso en pacientes refractarios. Se han desarrollado análogos de la talidomida (lenalidomida y pomalidomida) con más propiedades inmunomoduladoras que antiangiogénicas, por lo que reciben el nombre de agentes inmunomoduladores. Estos agentes estimulan la apoptosis, inhiben la angiogénesis, la adhesión, la producción de citosinas y estimulan una respuesta inmune por las células T y *natural killer* contra las células de mieloma. Estos efectos son mayores con lenalidomida y pomalidomida.²⁸

Recientemente, se han integrado fármacos inhibidores de proteasoma a los esquemas de manejo, con mejora en la respuesta. Estos agentes interrumpen la señalización de crecimiento, proliferación y supervivencia de las células de mieloma. Favorecen la apoptosis; inducen la respuesta del retículo endoplásmico al estrés a través de la inhibición de la vía del factor nuclear k β y la regulación a la baja de factores angiogénicos, la señalización de citosinas y disminución de la adhesión al microambiente.²⁹

El tratamiento está directamente relacionado con la edad del paciente y sus comorbilidades. El estándar del tratamiento actual es quimioterapia con triple droga, generalmente basados en bortezomib como inducción para reducir carga tumoral y consolidación con trasplante autólogo en pacientes menores de 65 años, con

estado funcional adecuado (ECOG 0-2) y sin co-mórbidos.³⁰

En pacientes mayores de 60 años o no candidatos a trasplante de médula ósea, el objetivo principal es lograr la mayor supervivencia libre de enfermedad con menor toxicidad, los esquemas basados en nuevas drogas como talidomida/melfalán/prednisona, o talidomida/bortezomib/melfalán/prednisona ofrecen cada vez mayores periodos de supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global, siendo mucho mejor para el régimen que incluye bortezomib con supervivencia global de 56.4 meses frente a 43.1 meses logrados con talidomida/melfalán/prednisona. Aunque las tasas de respuesta completa son mucho menores 30% para el régimen que incluye bortezomib y 16% para talidomida/melfalán/prednisona. Otros regímenes que incluyen drogas como ciclofosfamida/melfalán/talidomida en pacientes no candidatos a trasplante ofrecen una mayor tasa de respuesta parcial 68.3% versus melfalán/prednisona solos, pero sin diferencias en la supervivencia libre de enfermedad ni en la supervivencia global.³¹

CALIDAD DE VIDA EN MIELOMA MÚLTIPLE

La calidad de vida relacionada con la salud se ha utilizado como sinónimo de estado de salud percibido de una persona, con el objetivo principal de evaluar si una enfermedad o condición crónica y sus síntomas interfieren con su desempeño en la vida diaria.³² Los pacientes jóvenes muestran mayor déficit, probablemente por pérdida de la capacidad económica y actividad social en comparación con pacientes mayores de 60 años y tanto la sintomatología como el tratamiento interfieren con estos aspectos.³³ A partir de la primera escala desarrollada para estimar el desempeño físico en los pacientes con cáncer,³⁴ se han implementado escalas para medir inicialmente los efectos de la quimioterapia y, posteriormente, cómo éstos influían en su vida diaria. En la actualidad, la investigación de la calidad de vida relacionada con la salud es un objetivo de los ensayos clínicos, ya que se rela-

ción con la supervivencia, la carga tumoral, la eficacia del tratamiento y la adaptación de los pacientes a su enfermedad.³⁵ Los pacientes responden encuestas sobre su sintomatología y la relación con su calidad de vida, lo que indirectamente ofrece a los médicos datos adicionales sobre posibilidades de supervivencia.^{36,37} El funcionamiento físico, dolor y la falta de apetito se identificaron como variables con valor pronóstico para la supervivencia. Todos estos datos fueron recogidos en una escala única y estandarizada, validada por la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC): el cuestionario QLQ-C30 para calidad de vida en pacientes con cáncer.³⁵ Dependiendo del sitio del tumor y la biología del cáncer, el paciente tendrá diferente sintomatología referida, así como puntos de fragilidad, por lo que es necesario contar con escalas específicas para los diferentes tumores.³⁸ En pacientes con cáncer de mama, se evalúa el estado funcional, en cáncer colorrectal se describen síntomas intestinales, angustia, depresión; incremento de la edad, menores ingresos, número de comorbídos, relacionados a mala calidad de vida.³⁹⁻⁴¹ En pacientes con neoplasias hematológicas, es difícil aplicar una encuesta única, por lo que se han ido desarrollando módulos específicos para algunas patologías.^{41,42} El impacto en la percepción de la calidad de vida y la satisfacción con los servicios de salud están determinados por la etapa de la enfermedad, el conocimiento del padecimiento, el tratamiento y el pronóstico.⁴³ Optimismo, apoyo social-familiar, tipo de personalidad y recursos personales se asocian con bienestar general, mejor calidad de vida relacionada con la salud y disminución de la ansiedad.⁴⁴ El insomnio es común en la mayoría de los pacientes, además afecta a los cuidadores y familiares, y exacerba otros síntomas como la fatiga y el dolor; su manejo exitoso tiene impacto positivo en la calidad de vida.⁴⁵ Johnsen AT y colaboradores reportan que fatiga, dolor e insomnio son los principales síntomas que afectan la calidad de vida y especialmente en mieloma múltiple,⁴² además de náusea, vómito y síntomas depresivos.³² Este padecimiento

crónico que ha logrado una supervivencia larga se acompaña de la presencia de dolor crónico, fracturas patológicas, insuficiencia renal⁴⁶ y complicaciones inherentes al seguimiento y tratamiento, como son administración de medicamentos intravenosos, toma de biopsia de médula ósea, efectos secundarios del tratamiento como mielosupresión, mucositis, trombosis, alopecia, neuropatía, osteonecrosis de la mandíbula, estancia hospitalaria y requerimiento transfusional.^{47,48} Los síntomas pueden mejorar con el tratamiento. En algunos tratamientos no se reportan diferencias en la tasa de respuesta, pero sí en la puntuación de calidad de vida y se relacionan con el uso de medicamentos blanco y dosis bajas en intensidad;⁴⁹ por lo tanto, los efectos adversos del tratamiento afectan la calidad de vida, el uso de un inhibidor de proteasoma que se ha relacionado con mejoría en la calidad de vida en los pacientes con mieloma múltiple.⁵⁰ Determinar la calidad de vida tiene valor pronóstico porque predecir la supervivencia en relación con los datos clínicos.⁴⁶

EORTC QLQ-C30

En 1980, la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) creó el Grupo de Calidad de Vida, que en 1986 inició un programa de investigación para desarrollar un enfoque integrado y modular para la evaluación de la calidad de vida de los pacientes con cáncer que participaban en ensayos clínicos. Esto condujo al desarrollo de la QLQ-C30, una encuesta sobre la calidad de vida para los pacientes con cáncer. Hasta la fecha, se han registrado más de 2,200 estudios que han utilizado la QLQ-C30.^{51,52} La QLQ-C30 es un cuestionario genérico de calidad de vida en pacientes con cáncer que tiene que ser complementado por módulos específicos de cada enfermedad.⁵³

EORTC QLQ MY20

La EORTC ha desarrollado un módulo específico para mieloma múltiple, es un cuestionario con 30 ítems que evalúa los síntomas, tra-

tamiento, efectos adversos y su impacto en la vida cotidiana. El módulo fue desarrollado para ser usado en conjunto con la encuesta QLQ-C30 para evaluar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes con mieloma múltiple que participan en ensayos clínicos.³⁵ El QLQ MY20 se ha aplicado en diferentes poblaciones. Hay un módulo específico para mieloma que consta de 24 ítems, el EORTC QLQ-MY20.⁵⁴

INPATSAT32

Las instituciones de asistencia sanitaria y organizaciones de servicios de salud muestran interés en la evaluación de la satisfacción de las necesidades y expectativas de los pacientes. La satisfacción está relacionada con la adherencia del paciente al tratamiento y esto mejora el estado de salud. La satisfacción del paciente es un indicador de la calidad de la atención en salud.⁵⁵

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer (EORTC) diseñó la encuesta INPATSAT32, que evalúa la percepción de la calidad de la atención hospitalaria en los pacientes con cáncer. Se compone de 32 ítems organizados en 11 escalas de varios artículos y tres evalúan la percepción de la calidad de la atención de médicos, enfermeras, organización de la atención y el entorno hospitalario.⁵⁵ Las propiedades psicométricas de la versión en español de la INPATSAT32 se han investigado en 80 tumores diferentes.⁴⁰ El objetivo actual del tratamiento para mieloma múltiple es controlar la enfermedad, mejorar la calidad de vida y la supervivencia. El tema calidad de vida cobra cada vez más importancia.⁵⁶ La calidad de vida relacionada con la salud se considera un criterio de valoración importante en los ensayos

clínicos sobre cáncer, una mejor comprensión de la misma puede conducir a una mejor atención de los pacientes con cáncer en el futuro.³⁸

CONCLUSIONES

El papel del médico en la combinación de calidad de vida y atención es importante, ya que los resultados del tratamiento son mejores. Gran parte de la atención de apoyo puede ser proporcionada por el médico hematólogo, además del manejo mutidisciplinario que requiere este padecimiento y es proporcionado por otros médicos como anestesiólogos (para el manejo del dolor, cuidados paliativos), ortopedistas y especialistas en rehabilitación, entre otros. Los principales aspectos que afectan la calidad de vida en estos pacientes son fatiga, dolor y síntomas depresivos.

Algunos pacientes no pueden discutir los aspectos más personales de su experiencia con la enfermedad (ansiedad, incertidumbre y disfunción sexual) con sus médicos; por lo que éstos deben educar a los pacientes acerca de la disfunción cognitiva asociada con el tratamiento y debe evaluarlos de una manera integral para poder abarcar todos los aspectos que requiere el paciente y éste sienta mejoría en su angustia. La acción de las terapias de apoyo puede ayudar significativamente para maximizar los beneficios del tratamiento y mejorar el bienestar de los pacientes con mieloma en todas las fases de la enfermedad. Los objetivos del tratamiento son controlar la enfermedad, mejorar la calidad de vida y la supervivencia global. Es importante identificar la importancia de la calidad de vida y percepción de la atención del paciente como parte integral del tratamiento médico.

www.medigraphic.org.mx

BIBLIOGRAFÍA

1. Palumbo A, Anderson K. Multiple myeloma. N Engl J Med. 2011; 364: 1046-1060.
2. Kyle RA, Gertz MA, Witzig TE, et al. Review of 1027 patients with newly diagnosed multiple myeloma. Mayo Clin Proc. 2003; 78: 21-33.
3. Fonseca R, Barlogie B, Bataille R, et al. Genetics and cytogenetics of multiple myeloma: a workshop report. Cancer Res. 2004; 64: 1546-1558.
4. Palumbo A, Falco P. New drugs in the therapy of multiple myeloma. Rev Bras Hematol Hemoter. 2008; 30: 10-17.

5. Chou T. Multiple myeloma: recent progress in diagnosis and treatment. *J Clin Exp Hematop.* 2012; 52: 149-159.
6. Osborne TR, Ramsenthaler C, Siegert RJ, Edmonds PM, Schey SA, Higginson IJ. What issues matter most to people with multiple myeloma and how well are we measuring them? A systematic review of quality of life tools. *Eur J Haematol.* 2012; 89: 437-457.
7. Gulbrandsen N, Hjermstad MJ, Wisloff F, Nordic Myeloma Study G. Interpretation of quality of life scores in multiple myeloma by comparison with a reference population and assessment of the clinical importance of score differences. *Eur J Haematol.* 2004; 72: 172-180.
8. Jordan K, Proskorovsky I, Lewis P, et al. Effect of general symptom level, specific adverse events, treatment patterns, and patient characteristics on health-related quality of life in patients with multiple myeloma: results of a European, multicenter cohort study. *Support Care Cancer.* 2014; 22: 417-426.
9. Pérez JCJ, Villa CCS, Rivera LJM, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes del Noreste de México con enfermedades hematológicas. *Rev Hematol.* 2011; 12: 62.
10. Stead ML, Brown JM, Velikova G, et al. Development of an EORTC questionnaire module to be used in health-related quality-of-life assessment for patients with multiple myeloma. European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. *Br J Haematol.* 1999; 104: 605-611.
11. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, 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: 365-376.
12. Smith D, Yong K. Multiple myeloma. *BMJ.* 2013; 346: f3863.
13. Durie BGM, Harousseau JL, Miguel JS, et al. International uniform response criteria for multiple myeloma. *Leukemia.* 2006; 20: 1467-1473.
14. Ciolfi S. Multiple myeloma. *Clin Cases Miner Bone Metab.* 2012; 9: 150-152.
15. Tirado L, Mohar A. Epidemiología de las Neoplasias Hemato-oncologicas. *cancerología* 2. 2007; 2: 109-120.
16. SINAIS/SINAVE/DGE/SALUD. Perfil epidemiológico de los tumores malignos en México. 2011: 200.
17. JA. M, BG. C, JA. S, SE. A. Registro Estatal de Cancer, Jalisco 2010. 2010.
18. Kyle RA, Rajkumar SV. Multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2004; 351: 1860-1873.
19. Augustson BM, Begum G, Dunn JA, et al. Early mortality after diagnosis of multiple myeloma: analysis of patients entered onto the United Kingdom Medical Research Council trials between 1980 and 2002-Medical Research Council Adult Leukaemia Working Party. *J Clin Oncol.* 2005; 23: 9219-9226.
20. Aggarwal BB, Gehlot P. Inflammation and cancer: how friendly is the relationship for cancer patients? *Curr Opin Pharmacol.* 2009; 9: 351-369.
21. Palumbo A. Novel agents and the paradigm of continuous treatment in multiple myeloma. *Leuk. Res.* 2012; 36 (suppl 1): S1-2.
22. Secretaría de S. Guía de Práctica Clínica Diagnóstico y Tratamiento del Mieloma Múltiple. 2010.
23. Palumbo A. Optimizing multiple myeloma treatment: conclusions. *Leuk Res.* 2012; 36 (suppl 1): S44-45.
24. Kyle RA, Rajkumar SV. Criteria for diagnosis, staging, risk stratification and response assessment of multiple myeloma. *Leukemia.* 2009; 23: 3-9.
25. International Myeloma Working G. Criteria for the classification of monoclonal gammopathies, multiple myeloma and related disorders: a report of the International Myeloma Working Group. *Br J Haematol.* 2003; 121: 749-757
26. Durie BG, Salmon SE. A clinical staging system for multiple myeloma. Correlation of measured myeloma cell mass with presenting clinical features, response to treatment, and survival. *Cancer.* 1975; 36: 842-854.
27. San Miguel JF, Schlag R, Khuageva NK, et al. Bortezomib plus melphalan and prednisone for initial treatment of multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2008; 359: 906-917.
28. Saini N, Mahindra A. Novel immunomodulatory compounds in multiple myeloma. *Expert Opin Invest Drugs.* 2013; 22: 207-215.
29. Petrucci MT, Giraldo P, Corradini P, et al. A prospective, international phase 2 study of bortezomib retreatment in patients with relapsed multiple myeloma. *Br J Haematol.* 2013; 160: 649-659.
30. Palumbo A, Cavallo F. Have drug combinations supplanted stem cell transplantation in myeloma? *Blood.* 2012; 120: 4692-4698.
31. Suzuki K. Current therapeutic strategy for multiple myeloma. *Jpn J Clin Oncol.* 2013; 43: 116-124.
32. Andrade V, Sawada NO, Barichello E. Quality of life in hematologic oncology patients undergoing chemotherapy. *Rev Esc Enferm USP.* 2013; 47: 355-361.
33. Gulbrandsen N, Hjermstad MJ, Wisloff F, Nordic Myeloma Study G. Interpretation of quality of life scores in multiple myeloma by comparison with a reference population and assessment of the clinical importance of score differences. *Eur J Haematol.* 2004; 72: 172-180.
34. Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of the nitrogen mustards in the palliative treatment of carcinoma. With particular reference to bronchogenic carcinoma. *Cancer.* 1948; 1: 634-656.
35. Stead ML, Brown JM, Velikova G, et al. Development of an EORTC questionnaire module to be used in health-related quality-of-life assessment for patients with multiple myeloma. European Organization for Research and Treatment of Cancer Study Group on Quality of Life. *Br J Haematol.* 1999; 104: 605-611.
36. Collette L, van Andel G, Bottomley A, et al. Is baseline quality of life useful for predicting survival with hormone-refractory prostate cancer? A pooled analysis of three studies of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Genitourinary Group. *J Clin Oncol.* 2004; 22: 3877-3885.

37. Sloan JA, Zhao X, Novotny PJ, et al. Relationship between deficits in overall quality of life and non-small-cell lung cancer survival. *J Clin Oncol.* 2012; 30: 1498-1504.
38. Quinten C, Martinelli F, Coens C, et al. A global analysis of multitrial data investigating quality of life and symptoms as prognostic factors for survival in different tumor sites. *Cancer.* 2014; 120: 302-311.
39. Brédart A, Kop JL, Griesser AC, et al. Assessment of needs, health-related quality of life, and satisfaction with care in breast cancer patients to better target supportive care. *Ann Oncol.* 2013; 24: 2151-2158.
40. Pita-Fernández S, Pértiga-Díaz S, López-Calviño B, et al. Diagnostic and treatment delay, quality of life and satisfaction with care in colorectal cancer patients: a study protocol. *Health Qual Life Outcomes.* 2013; 11: 117.
41. Balderas-Peña L-M-A, Sat-Muñoz D, Contreras-Hernández I, et al. Evaluation of health-related quality of life in patients with non-Hodgkin lymphoma and colorectal cancer at different stages, attending the Mexican Institute of Social Security. *Value Health.* 2011; 14: S130-132.
42. Johnsen AT, Tholstrup D, Petersen MA, Pedersen L, Groenvold M. Health related quality of life in a nationally representative sample of haematological patients. *Eur J Haematol.* 2009; 83: 139-148.
43. El-Jawahri A, Traeger L, Park ER, et al. Associations among prognostic understanding, quality of life, and mood in patients with advanced cancer. *Cancer.* 2014; 120: 278-285.
44. Applebaum AJ, Stein EM, Lord-Bessen J, Pessin H, Rosenfeld B, Breitbart W. Optimism, social support, and mental health outcomes in patients with advanced cancer. *Psychooncology.* 2014; 23: 299-306.
45. Induru RR, Walsh D. Cancer-related insomnia. *Am J Hosp Palliat Care.* 2014; 31: 777-785.
46. Mols F, Oerlemans S, Vos AH, et al. Health-related quality of life and disease-specific complaints among multiple myeloma patients up to 10 year after diagnosis: results from a population-based study using the PROFILES registry. *Eur J Haematol.* 2012; 89: 311-319.
47. Kvam AK, Wisløff F, Fayers PM. Minimal important differences and response shift in health-related quality of life; a longitudinal study in patients with multiple myeloma. *Health Qual Life Outcomes.* 2010; 8: 79.
48. Gado K, Domjan G. Quality of life issues of patients with multiple myeloma: INTECH Open Access Publisher; 2013.
49. Delforge M, Dhawan R, Robinson D, et al. Health-related quality of life in elderly, newly diagnosed multiple myeloma patients treated with VMP vs. MP: results from the VISTA trial. *Eur J Haematol.* 2012; 89: 16-27.
50. Lee SJ, Richardson PG, Sonneveld P, et al. Bortezomib is associated with better health-related quality of life than high-dose dexamethasone in patients with relapsed multiple myeloma: results from the APEX study. *Br J Haematol.* 2008; 143: 511-519.
51. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, 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: 365-376.
52. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A. The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual (3rd Edition). Brussels: European Organization for Research and Treatment of Cancer; 2001.
53. Kontodimopoulos N, Samartzis A, Papadopoulos AA, Niakas D. Reliability and validity of the Greek QLQ-C30 and QLQ-MY20 for measuring quality of life in patients with multiple myeloma. *Scientific World Journal.* 2012; 2012: 842867.
54. Cocks K, Cohen D, Wisløff F, et al. An international field study of the reliability and validity of a disease-specific questionnaire module (the QLQ-MY20) in assessing the quality of life of patients with multiple myeloma. *Eur J Cancer.* 2007; 43: 1670-1678.
55. Brédart A, Bottomley A, Blazeby JM, et al. An international prospective study of the EORTC cancer in-patient satisfaction with care measure (EORTC IN-PATSAT32). *Eur J Cancer.* 2005; 41: 2120-2131.
56. San Miguel JF, Schlag R, Khuageva NK, et al. Bortezomib plus melphalan and prednisone for initial treatment of multiple myeloma. *N Engl J Med.* 2008; 359: 906-917.