

Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama

Ana Laura Ulloa Bevacqua,*
Katerine Torrez Monrroy,* Miguel
Yaniuk,* Carlos Molina,* Soledad
Orban,* Natalia Aráoz Olivos,*
José Retamozo,* Jorge Bustos,*
Gerardo Muller Perrier*

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública en el mundo. La Argentina se encuentra entre los países con mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama.

Objetivo

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto del diagnóstico de cáncer de mama y sus tratamientos en la calidad de vida de pacientes.

Material y método

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo. Se evaluaron 100 pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se encontraban en seguimiento en consultorio externo del Servicio de Patología Mamaria del Hospital P. Piñero durante el período 2014-2016.

Se recabaron datos clínicos de la historia clínica, y datos demográficos. Se utilizaron los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y el módulo específico para cáncer de mama (QLQ-BR23).

Se compararon grupos según el tipo de cirugía (mastectomía *versus* cuadrantectomía), tratamiento quimioterápico y tiempo de seguimiento. Las bases de datos utilizadas fueron: Pubmed, MD Consult, RIMA.

* Área de Patología Mamaria,
Hospital Parmenio Piñero.

Correo electrónico de contacto:
analauraulloa@yahoo.com.ar
kattylucita@hotmail.com

Resultados

El seguimiento medio fue de 7,9 años (DE 6,04) e IC 95% de 6,69-9,09.

En la mitad de los casos se realizó cirugía conservadora (cuadrantectomía), y en la mitad se efectuó mastectomía. En cuanto a la cirugía axilar, en el 72% de los casos se realizó linfadenectomía axilar y en el 28% biopsia de ganglio centinela.

El 12% de los casos había recibido tratamiento sistémico neoadyuvante (quimioterapia). El tratamiento adyuvante: incluyó quimioterapia en el 49% de las pacientes, con o sin hormonoterapia y/o radioterapia; el 35% recibió tratamiento radiante, con o sin hormonoterapia; y solo el 13% había recibido únicamente hormonoterapia adyuvante.

Conclusiones

Las pacientes mastectomizadas presentaron mayor tiempo de seguimiento con estadios evolutivos más avanzados y requirieron cirugía reconstructiva y quimioterapia.

Las pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora tuvieron mejor imagen corporal y durmieron mejor.

Las pacientes que recibieron quimioterapia presentaron frecuentemente: síntomas gastrointestinales; efectos adversos del tratamiento sistémico; molestias en el brazo; y preocupación por la pérdida del cabello. En cuanto al tiempo de seguimiento no se observaron diferencias significativas.

Palabras clave

Calidad de vida. Cáncer de mama. Mastectomía. Cirugía conservadora. Cuestionarios calidad de vida.

SUMMARY

Introduction

Breast cancer is a public health problem in the world. Argentina is among the countries with the highest breast cancer incidence and mortality.

Objective

The objective of our study was to assess the impact of breast cancer diagnosis and its treatments in the quality of life of patients.

Materials and method

Conducted and observational, descriptive, transversal and comparative study. A hundred breast cancer followed-up patients were evaluated from the Breast Pathology Service of Piñero Hospital during 2014-2016.

Clinical and demographic data were collected from medical history. Questionnaires EORTC QLQ-C30 and the specific module for Breast Cancer (QLQ-BR23) were used.

Groups were compared according to the type of surgery (lumpectomy *versus* mastectomy), chemotherapy treatment and follow-up time.

Results

The average follow-up was 7.9 years (SD 6.04) and 95% CI 6.69 to 9.09. In half of the cases conserving surgery (lumpectomy) was performed, and in half mastectomy. As for axillary surgery, in 72% of cases axillary lymphadenectomy was performed, and in 28% of sentinel node biopsy.

12% of the cases had received neoadjuvant systemic treatment (chemotherapy). Adjuvant treatment included chemotherapy in 49% of patients, with or without hormone-therapy and/or radiotherapy; 35% received radiant, with or without hormone treatment; and only 13% had only received adjuvant hormone-therapy.

Conclusions

Mastectomy patients presented with longer follow-up, more advanced stages, required reconstructive surgery and chemotherapy.

The patients whom underwent conservative surgery had better body image and slept better.

Patients receiving chemotherapy showed often gastrointestinal symptoms; adverse effects of systemic treatment; discomfort in the arm; and concern about hair loss. Regarding to the follow-up, no significant differences were observed.

Key words

Mastectomy. Conventional surgery. Quality of life questionnaire.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública en el mundo. Es el cáncer más común entre las mujeres (16%), y se estima que en 2004 murieron 519.000 mujeres por cáncer de mama.¹

La incidencia varía mucho en todo el mundo, con tasas normalizadas por edad de hasta 99,4 por 100.000 en América del Norte. Europa oriental, América del Sur, África austral y Asia occidental presentan incidencias moderadas, pero en aumento. La incidencia más baja se da en la mayoría de los países africanos, pero también en ellos se observa un incremento de la misma.

Las tasas de supervivencia del cáncer mamario también varían mucho en todo el mundo, desde el 80% o más en América del Norte, Suecia y Japón, pasando por aproximadamente un 60% en los países de ingresos medios, hasta cifras inferiores al 40% en los países de ingresos bajos.²

La Argentina se encuentra entre los países con mayores tasas de incidencia y mortalidad por cáncer de mama. En América, luego de Uruguay, es el país con la tasa de mortalidad más alta: 22,4 por 100.000 mujeres, lo que se traduce en 5.400 muertes al año.³ En relación con la mortalidad en general, en Argentina, los tumores malignos ocupan la segunda causa de muerte en mujeres. Al analizar la distribución de los sitios tumorales más frecuentes en mujeres, el cáncer de mama ocupa el primer lugar, lo que representa el 20,3% de las muertes por tumores malignos. En cuanto a la incidencia, en nuestro país se estima en 74/100.000 mujeres⁴ –se diagnostican alrededor de 17.000 casos nuevos de cáncer de mama al año.

Para el cáncer de mama la detección temprana es fundamental, ya que los tumores de menos de 1 centímetro tienen hasta el 90% de probabilidades de curación. Debido a los avances en el diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno y efectivo, la supervivencia de las pacientes con cáncer de mama se ha incrementado en las últimas décadas, lo que se traduce en un continuo aumento de la supervivencia a largo plazo (más de 5 años post-diagnóstico) de mujeres con cáncer de mama.

En la Argentina, se estima que más de 70.000 mujeres sobreviven al cáncer de mama.⁵ Es por esto que la calidad de vida de las pacientes con esta patología está siendo crecientemente considerada en varios ensayos clínicos, lo que pone en evidencia la necesidad de complementar los resultados clínicos convencionales con información que represente la percepción de las pacientes, respecto del impacto no solo de la enfermedad en sí misma sino de los tratamientos adyuvantes, tanto

a corto como a largo plazo, una vez pasados los momentos iniciales de mayor impacto emocional.

Así, el cáncer de mama es el tumor que más se ha evaluado en diferentes estudios al respecto, por lo que una mejor comprensión de la calidad de vida puede conducirnos a una mejor calidad de atención de las pacientes.^{6,7}

Algunos de los trabajos de seguimiento han comparado la calidad de vida según los distintos tipos de cirugía, la aplicación o no de quimioterapia, el tiempo transcurrido tras el tratamiento inicial, etc.^{8,11} Muchos de estos estudios sugieren que la recuperación de las pacientes con cáncer de mama ocurre relativamente rápido y que su calidad de vida relacionada con la salud (*Health-Related Quality of Life* –HRQL–) un año después de la cirugía es similar a la de la población general.^{12,13}

Al momento de evaluar la calidad de vida, se utilizó una amplia variedad de instrumentos. En múltiples estudios se han utilizado los cuestionarios de “Evaluación Funcional del Tratamiento del Cáncer en General” y su subescala,^{14,15} pero se observó que carecen de versatilidad transcultural al aplicarlos en diferentes poblaciones. Otro instrumento frecuentemente empleado es la evaluación del “Bienestar subjetivo” (*Subjective Well-Being*), que mide la sensación subjetiva de satisfacción con diferentes aspectos de la vida, por ejemplo ante la enfermedad. Sin embargo, se demostró que posee escasa capacidad para evaluar la calidad de vida relacionada con el cáncer.¹⁶

La Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) ha creado un sistema de medida de la calidad de vida compuesto por un cuestionario general que evalúa áreas comunes a diferentes tumores y tratamientos y que se complementa con módulos que evalúan áreas específicas de estos. La tercera versión de este cuestionario general (EORTC QLQ-C30 versión 3.0) es la que se emplea actualmente.^{17,18} Tanto este como el módulo complementario específico de cáncer de mama (QLQ-BR23) han mostrado validez y equivalencia intercultural, por lo que serían aplicables en nuestro medio.

OBJETIVOS

Objetivo General: El objetivo del estudio fue evaluar el impacto del diagnóstico de cáncer de mama y sus tratamientos en la calidad de vida de las pacientes tras un tiempo variable de seguimiento.

Objetivos Específicos:

- Determinar la existencia de diferencias entre los valores medios de los cuestionarios de calidad de vida EORT QLQ y BR-23 en pacientes con

cáncer de mama según el tipo de intervención quirúrgica realizada (conservadora *versus* mastectomía).

- Determinar la existencia de diferencias entre los valores medios de los cuestionarios de calidad de vida EORT QLQ y BR-23 en pacientes con cáncer de mama según la terapia adyuvante (Quimioterapia *versus* No quimioterapia).
- Determinar si los puntajes medios de los cuestionarios de calidad de vida variaron según tiempo de seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Se llevó a cabo un estudio observacional, descriptivo, transversal y comparativo.

Población y muestra

La población en estudio fueron las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama que se encontraban en seguimiento en consultorio externo del Servicio de Patología Mamaria del Hospital P. Piñero durante el período 2014-2016.

En la muestra se incluyeron 100 pacientes a los efectos de tener más de 45 casos por grupo disponibles para las comparaciones, para un alfa de 0,05 y un error beta de 0,20.

Criterios de inclusión

- 1) Pacientes con cáncer de mama Estadio I a III, de 30 a 82 años de edad;
- 2) que fueron tratadas quirúrgicamente y con tratamiento adyuvante que incluyó radioterapia, quimioterapia y/u hormonoterapia;
- 3) que se encuentran con no menos de seis meses de seguimiento oncológico ambulatorio.

Criterios de exclusión

- 1) Pacientes con Estadio IV;
- 2) pacientes no dispuestas a responder el cuestionario.

Se recabaron datos clínicos (localización, estadio clínico, tipo de cirugía, reconstrucción mamaria, quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia) de la historia clínica y datos demográficos (edad, estado civil, nivel de instrucción, ocupación).

Se invitó a las pacientes a responder personalmente el cuestionario, que fue completado por el médico tratante.

Tabla I. Contenidos del cuestionario general y del módulo de cáncer de mama

Cuestionario general QLQ-C30	
Escalas de funcionamiento*	Físico, funcional, cognitivo, emocional, social, calidad de vida global.
Escalas y/o ítems de síntomas**	Fatiga, náuseas y vómitos, dolor, disnea, insomnio, pérdida de apetito, constipación, diarrea. Un ítem de impacto financiero.
Módulo de cáncer de mama QLQ-BR23	
Escalas de funcionamiento*	Imagen corporal, funcionamiento sexual, disfrute del sexo.
Escalas y/o ítems de síntomas**	Síntomas en el brazo, síntomas en la mama, efectos secundarios del tratamiento sistémico, preocupación por la pérdida del cabello, preocupación por el futuro.

*Las puntuaciones van del 0 al 10, donde una puntuación más alta representa un nivel mayor de funcionamiento.

**Las puntuaciones van del 0 al 10, donde una puntuación más alta representa un nivel mayor de síntomas o efectos secundarios.

Se utilizaron los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y el módulo específico para cáncer de mama (QLQ-BR23). El cuestionario general (EORTC QLQ-C30) incluye varios ítems divididos en cinco escalas funcionales (físico, emocional, funcional, cognitivo y social), calidad de vida global, efectos adversos del tratamiento (fatiga, dolor, náuseas y vómitos, disnea, insomnio, pérdida de apetito, constipación, diarrea) y problemas financieros.

Por otro lado, el módulo específico (QLQ-BR23) evalúa aspectos relacionados con la imagen corporal, funcionamiento sexual, efectos adversos del tratamiento sistémico en general, dolor local (mama y brazo), preocupación por el futuro y pérdida de cabello (Tabla I).

Las puntuaciones del cuestionario general y del módulo específico de cáncer de mama tienen un rango de 0 a 100 puntos, pero en nuestro estudio establecimos un rango equivalente de 0 a 10. Puntuaciones altas representan un mejor nivel de calidad de vida en las áreas de funcionamiento, pero un mayor nivel de afectación en las áreas de síntomas. Las puntuaciones en las escalas y diferentes ítems se consideraron los resultados principales del estudio.

Se compararon las puntuaciones de calidad de vida en diferentes subgrupos:

- según tipo de cirugía (conservadora o mastectomía) con un n=50 en cada estrato. Para esto, en el caso de que la paciente se hubiera sometido a ambas cirugías, se la incluyó en el grupo de la última intervención realizada;
- tratamientos adyuvantes (con o sin quimioterapia); y
- tiempo de seguimiento (menos de 2 años, 2-5 años, 5-10 años, más de 10 años).

Además, se interrogó sobre aspectos psicológicos y operativos que hacen a la calidad de atención. (Tabla II)

Tabla II. Contenidos de la evaluación de aspectos psicológicos y operativos

¿Encuentra alguna asociación entre el diagnóstico de cáncer de mama y algún evento psicológico adverso importante en su vida?
¿Participó o se consideró su opinión en la decisión del tratamiento?
¿Se planteó en algún momento la posibilidad de realizar una reconstrucción mamaria?
En caso de existir dicha posibilidad, ¿aceptaría someterse a una cirugía reconstructiva de la mama?
¿Recibió ayuda psicológica durante o después del tratamiento?
¿Tuvo dificultades administrativas durante alguna fase del tratamiento?

Tabla III. Características demográficas y clínicas generales

n=100	
Edad en años <i>Media (DE)</i>	61,83 (10,47)
Estado civil <i>Frecuencia</i>	
Casada	44
Divorciada	14
En pareja	7
Soltera	13
Viuda	22
Nivel de instrucción <i>Frecuencia</i>	
Primario	53
Secundario	36
Universitario	10
Ninguno	1
Nacionalidad <i>Frecuencia</i>	
Argentina	81
Boliviana	6
Paraguaya	5
Otra	8
Localización <i>Frecuencia</i>	
Derecha	54
Izquierda	41
Bilateral	5
Estadio clínico <i>Mediana</i> (<i>Mín-Máx</i>)	2 (0-3)
Cirugía <i>Frecuencia</i>	
Conservadora	50
Mastectomía	50
Cirugía axilar <i>Frecuencia</i>	
Ganglio centinela	28
Vaciamiento axilar	72
Seguimiento en años <i>Media</i> (<i>DE</i>)	7,9 (6,04)
Reconstrucción mamaria <i>Frecuencia</i>	11
QT neoadyuvante <i>Frecuencia</i>	12
Tratamiento adyuvante <i>Frecuencia</i>	
QT (con o sin HT y/o RT)	49
RT (con o sin HT)	35
HT sola	13
Ninguno	3

DE: Desvío estándar. QT: Quimioterapia;
HT: Hormonoterapia; RT: Radioterapia.

Análisis estadístico

Para el objetivo descriptivo, se calcularon los resultados en frecuencias, medias, desvío estándar, mediana y rango, y sus respectivos intervalos de confianza del 95%. En cada variable se indagó normalidad de la distribución de observaciones por Test Shapiro-Wilks y de Kolmogorov-Smirnov con nivel estipulado de significación: $p < 0,05$.

Para el objetivo de comparación, se utilizó T-Test de Student para muestras independientes, test de la mediana para las variables medidas en escala ordinal y test de Chi cuadrado y Test Exacto de Fisher para variables medidas en escala nominal. Para las comparaciones que incluyeron más de dos grupos, se utilizó Análisis de la Varianza (ANOVA) de un factor, evaluando previamente supuestos de normalidad y homocedasticidad. Para todos los test de hipótesis, se estipuló un nivel de significación de $\alpha = 0,05$.

Para el procesamiento de los datos, se empleó el programa estadístico IBM® SPSS® Statistics 21.

RESULTADOS

Un total de 100 mujeres con cáncer de mama en seguimiento fueron invitadas a participar en el estudio; la totalidad (100%) respondió al cuestionario. Las características demográficas y clínicas se muestran en la Tabla III.

El rango etario de las pacientes al momento del estudio fue de 32 a 82 años, con una media de 61,8 años (DE 10,41) e IC 95% de 59,3-63,9.

El 81% de las pacientes era de nacionalidad argentina. El 51% de las pacientes estaba casada o en pareja, el 22% viuda, el 14% separada y el 13% soltera. La mayoría tenía solo estudios primarios (53%).

El 82% tenía estadios tempranos al momento del diagnóstico (Estadio 0 a II), mientras que solo el 18% presentó estadios localmente avanzados (Estadio III).

El seguimiento medio fue de 7,9 años (DE 6,04) e IC 95% de 6,6-9. El 36% tenía un seguimiento entre 5,1 y 10 años, el 28% de más de 10 años, el 24% de 2 a 5 años y el 12% menor a 2 años.

En la mitad de los casos (50 pacientes), se realizó cirugía conservadora (cuadrantectomía), y en la mitad se realizó mastectomía; esta incluyó dos de las pacientes con carcinoma bilateral. En cuanto a la cirugía axilar, en el 72% de los casos se realizó linfadenectomía y en el 28% biopsia de ganglio centinela. En la mayoría de los casos no se realizó reconstrucción mamaria (89%).

En el análisis de los tratamientos aplicados, encontramos que solo el 12% de los casos había recibido tratamiento sistémico neoadyuvante (quimioterapia). El tratamiento adyuvante incluyó quimioterapia en el 49% de las pacientes, con o sin hormonoterapia y/o radioterapia; el 35% recibió tratamiento radiante, con o sin hormonoterapia; y solo el 13% había recibido únicamente hormonoterapia adyuvante. En conjunto, 51 pacientes no recibieron quimioterapia adyuvante.

Al interrogar sobre aspectos psicológicos (Gráfico 1), el 72% de las pa-

cientes encontró alguna asociación entre el diagnóstico de cáncer de mama y algún evento psicológico importante previo en sus vidas, siendo los más frecuentes la pérdida familiar y la separación y crisis económica; sin embargo, solo el 23% de las pacientes recibió ayuda psicológica al momento del diagnóstico o en alguna fase del tratamiento. Al momento de decidir el tratamiento, en el 55% de los casos no se consideró la opinión de las pacientes en dicha elección.

En la mitad de los casos (50 pa-

cientes) se planteó la posibilidad de una reconstrucción mamaria ante una real o eventual mastectomía en algún momento del seguimiento. Aun así, de existir dicha posibilidad, la mayoría (58%) no desea someterse a una cirugía reconstructiva (se excluyeron de este análisis las pacientes reconstruidas).

En cuanto a las dificultades administrativas y/u operativas, el 91% de las pacientes manifestó no haber encontrado obstáculos en ninguna de las fases del tratamiento o seguimiento; en el 9% restante, las dificultades más frecuentemente halladas fueron aquellas relacionadas con la excesiva burocracia al momento de solicitar medicación oncológica a través de las obras sociales.

A las 100 pacientes se les dieron a responder los cuestionarios de calidad de vida EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. Los resultados generales se muestran en las Tabla IV y V.

Gráfico 1. Frecuencia de aspectos psicológicos

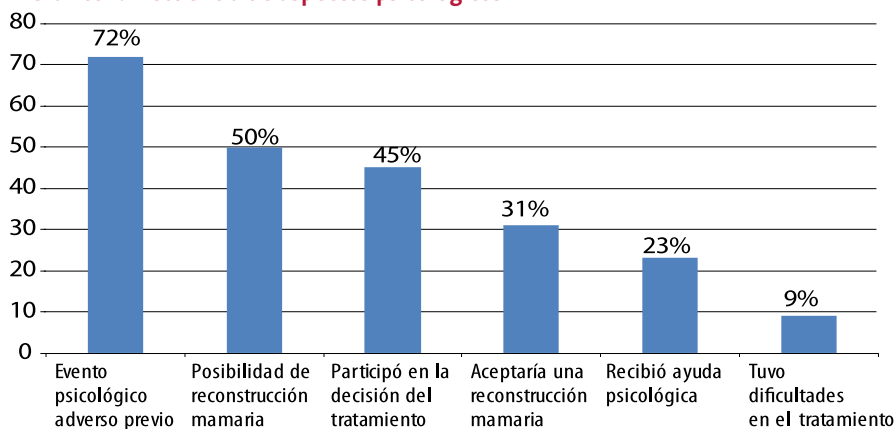


Tabla IV. Puntajes medios de los cuestionarios de calidad de vida: EORT QLQ-C30

Cuestionario EORTC QLQ-C30	Medias	IC 95%	
		Inferior	Superior
Estado global de salud	7,59	7,07	8,11
Estado físico	7,08	6,52	7,64
Estado funcional	7,58	6,97	8,19
Estado emocional	6,31	5,62	7,00
Estado cognitivo	8,36	7,85	8,87
Actividad social	8,42	7,81	9,03
Cansancio-fatiga	3,58	2,86	4,30
Dolor	2,17	1,56	2,78
Náuseas-vómitos	2,33	1,60	3,06
Disnea	0,86	0,49	1,23
Insomnio	1,79	1,18	2,40
Pérdida de apetito	1,28	0,76	1,80
Constipación	0,60	0,21	0,99
Diarrea	0,74	0,35	1,13
Problemas financieros	1,99	1,36	2,62

IC 95%: Intervalo de confianza.

Tabla V. Puntajes medios de los cuestionarios de calidad de vida: EORT QLQ-BR23

Cuestionario EORTC QLQ-BR23	Medias	IC 95%	
		Inferior	Superior
Imagen corporal	5,95	5,27	6,63
Actividad sexual	5,32	4,72	5,92
Placer sexual	6,12	5,50	6,74
Preocupación por el futuro	2,91	2,29	3,53
Efectos adversos del tratamiento sistémico	3,80	3,01	4,59
Síntomas mamarios	1,23	0,80	1,66
Síntomas en brazo	2,72	2,18	3,26
Preocupación por pérdida de cabello	2,79	1,99	3,59

IC 95%: Intervalo de confianza.

En el análisis comparativo, según el tipo de cirugía (cuadrantectomía *versus* mastectomía) se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los años de seguimiento, estadio, adyuvancia con o sin quimioterapia y reconstrucción mamaria. Los resultados se muestran en la Tabla VI.

Tabla VI. Características demográficas y clínicas según el tipo de cirugía

	Conservadora n=50	Mastectomía n=50	p-valor
Edad en años <i>Media (DE)</i>	64,00 (9,40)	59,66 (11,11)	0,123
Estado civil <i>Frecuencia (porcentaje)</i>		0,254	
Casada	24 (48)	20 (40)	
Divorciada	5 (10)	9 (18)	
En pareja	4 (8)	3 (6)	
Soltera	5 (10)	8 (6)	
Viuda	12 (24)	10 (20)	
Nivel de educación			0,841
Primario	27 (54)	26 (52)	
Secundario	21 (42)	15 (30)	
Universitario	2 (4)	8 (16)	
Ninguno	0	1 (2)	
Seguimiento años <i>Media (DE)</i>	7,53	8,27	0,024
Estadio <i>Frecuencia (porcentaje)</i>		<0,001	
0	1 (2)	0	
1	22 (44)	9 (18)	
2	25 (50)	25 (50)	
3	2 (4)	16 (32)	
Localización			0,424
Bilateral	1 (2)	4 (8)	
Derecha	27 (54)	27 (54)	
Izquierda	22 (44)	19 (38)	
Quimioterapia Neoadyuvante	1 (2)	11 (22)	0,002
Reconstrucción mamaria	1 (2)	10 (20)	0,004
Cirugía axilar			0,002
Ganglio centinela	21 (42)	7 (14)	
Vaciamiento axilar	29 (58)	43 (86)	
Radioterapia	49 (98)	9 (18)	<0,001
Quimioterapia	17 (34)	32 (64)	0,003
Hormonoterapia	48 (96)	36 (72)	0,001

En cuanto al estadio clínico, se observó mayor porcentaje de estadios avanzados (III) en las pacientes sometidas a mastectomía (32% *versus* 4%) mientras que en las pacientes con

cirugía conservadora prevalecieron los estadios iniciales (o y I) (46% versus 18%).

El 22% de las pacientes con mastectomía recibió quimioterapia neoadyuvante (versus 2% en las pacientes con cuadrantectomía). Se realizó linfadenectomía axilar en el 86% de las pacientes con mastectomía y en el 58% de las pacientes con cuadrantectomía. El 20% de las pacientes con mastectomía fueron reconstruidas en forma inmediata o diferida.

En cuanto a los tratamientos adyuvantes, se realizó radioterapia en la mayoría de las pacientes post-cirugía conservadora (98%), mientras que solo un 18% de las mastectomías recibieron tratamiento radiante posoperatorio. El 64% de las pacientes con mastectomía recibieron quimioterapia adyuvante versus el 34% de las sometidas a cirugía conservadora. En cuanto a la hormonoterapia adyuvante, también se observaron diferencias: el 96% de las pacientes con cuadrantectomía recibió terapia anti-hormonal en comparación con el 72% de las pacientes post-mastectomía.

Tabla VII. Test (t) para diferencias de medias de cada ítem del cuestionario EORTC QLQ-C30, en ambos grupos de cirugía (cuadrantectomía versus mastectomía)

Ítems	t	p-valor	Diferencia de medias	95% IC para la diferencia	
				Inferior	Superior
Estado global de salud	-1,419	0,159	-0,740	-1,775	0,295
Estado físico	0,566	0,573	0,320	-0,802	1,442
Estado funcional	-0,457	0,649	-0,280	-1,496	0,936
Estado emocional	-1,246	0,216	-0,860	-2,230	0,510
Estado cognitivo	-1,581	0,117	-0,800	-1,804	0,204
Actividad social	-0,130	0,897	-0,080	-1,298	1,138
Cansancio-fatiga	1,664	0,099	1,200	-0,231	2,631
Dolor	0,294	0,770	0,180	-1,037	1,397
Náuseas-vómitos	-0,245	0,807	-0,180	-1,640	1,280
Disnea	0,000	1,000	0,000	-0,750	0,750
Insomnio	1,956	0,053	1,180	-0,017	2,377
Pérdida de apetito	-0,076	0,939	-0,040	-1,082	1,002
Constipación	0,513	0,609	0,200	-0,574	0,974
Diarrea	-0,818	0,415	-0,320	-1,096	0,456
Problemas financieros	0,781	0,437	0,500	-0,771	1,771

En cuanto a aspectos relacionados con la cirugía y la calidad de vida, en las Tablas VII y VIII se muestran los resultados de los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23, respectivamente.

Las diferencias en las puntuaciones en los ítems de insomnio e imagen corporal fueron estadísticamente significativas. Así, se observó que las pacientes con tratamiento conservador obtuvieron puntajes significativamente mayores en las escalas de insomnio e imagen corporal. Esto se traduce en una mejor imagen corporal de las pacientes con cirugía conservadora en comparación con las pacientes con mastectomía.

Tabla VIII. Test (t) para diferencias de medias de cada ítem del cuestionario EORTC QLQ-BR23, en ambos grupos de cirugía (cuadrantectomía versus mastectomía)

Ítems	t	p-valor	Diferencia de medias	95% IC para la diferencia	
				Inferior	Superior
Imagen corporal	3,969	0,000	2,540	1,270	3,810
Actividad sexual	0,659	0,511	0,400	-0,804	1,604
Placer sexual	0,771	0,442	0,480	-0,755	1,715
Preocupación por el futuro	-0,546	0,587	-0,340	-1,577	0,897
Efectos adversos de tratamiento sistémico	-0,348	0,728	-0,280	-1,875	1,315
Síntomas mamarios	-0,504	0,615	-0,220	-1,086	0,646
Síntomas en brazo	-0,510	0,611	-0,280	-1,369	0,809
Preocupación por pérdida de cabello	-1,891	0,062	-1,500	-3,075	0,075

Tabla IX. Aspectos psicológicos según el tipo de cirugía

Ítems	Conservadora (n=50)	Mastectomía (n=50)	p-valor
Evento psicológico adverso previo	41 (82)	31 (62)	0,026
Participó en la decisión del tratamiento	20 (40)	25 (50)	0,031
Posibilidad de reconstrucción mamaria	18 (36)	32 (64)	0,005
Aceptaría una reconstrucción mamaria	11 (22)	20 (40)	0,052
Recibió ayuda psicológica	9 (18)	14 (28)	0,235
Tuvo dificultades en el tratamiento	5 (10)	4 (8)	0,721

En la Tabla IX, se muestran los resultados del interrogatorio de aspectos psicológicos. Así, el 82% de las pacientes con cirugía conservadora manifestó haber sufrido algún evento psicológico adverso relacionado con el momento del diagnóstico del cáncer (*versus* el 62% en las pacientes con mastectomía). En cuanto al ofrecimiento de técnicas de reconstrucción mamaria, fue más prevalente en las pacientes sometidas a mastectomía (64% *versus* 36%); sin embargo, solo el 40% de estas pacientes aceptaría reconstruir la mama, en comparación con el 22% de las pacientes post-cirugía conservadora. Todos estos resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas.

Al comparar el grupo de pacientes que recibió quimioterapia con el que no recibió (Tablas X y XI), se observaron puntajes medios mayores en el grupo tratado con quimioterapia en los ítems de náuseas y vómitos y pérdida de apetito; estas diferencias son estadísticamente significativas. En general, se vio que las pacientes que recibieron quimioterapia presentan puntuaciones medias mayores en los ítems que evalúan síntomas, y puntuaciones

medias inferiores en aquellos que evalúan aspectos funcionales; no obstante, solo los ítems señalados resultan significativos. Con respecto al cuestionario específico de cáncer de mama, las pacientes que habían recibido quimioterapia puntuaron más alto en la escala de efectos adversos del tratamiento sistémico, molestias en el brazo y preocupación por la pérdida del cabello.

Tabla X. Test (t) para diferencias de medias de cada ítem del cuestionario EORTC QLQ-C30, en pacientes que recibieron quimioterapia versus que no recibieron quimioterapia

Ítems	t	p-valor	Diferencia de medias	95% IC para la diferencia	
				Inferior	Superior
Estado global de salud	-0,145	0,885	-0,076	0,527	-1,123
Estado físico	-1,415	0,160	-0,797	0,563	-1,916
Estado funcional	-1,473	0,144	-0,897	0,609	-2,107
Estado emocional	-0,645	0,521	-0,448	0,695	-1,827
Estado cognitivo	0,106	0,916	0,054	0,513	-0,964
Actividad social	-1,816	0,073	-1,104	0,608	-2,312
Cansancio-fatiga	1,192	0,236	0,864	0,725	-0,575
Dolor	1,898	0,061	1,147	0,604	-0,053
Náuseas-vómitos	5,785	<0,001	3,715	0,642	2,432
Disnea	0,834	0,407	0,315	0,377	-0,434
Insomnio	-0,308	0,759	-0,188	0,613	-1,404
Pérdida de apetito	2,600	0,011	1,332	0,512	0,313
Constipación	0,061	0,951	0,024	0,391	-0,751
Diarrea	1,726	0,088	0,670	0,388	-0,101
Problemas financieros	-0,596	0,553	-0,381	0,639	-1,649

Tabla XI. Test (t) para diferencias de medias de cada ítem del cuestionario EORTC QLQ-BR23, en pacientes que recibieron quimioterapia versus que no recibieron quimioterapia

Ítems	t	p-valor	Diferencia de medias	95% IC para la diferencia	
				Inferior	Superior
Imagen corporal	0,026	0,979	0,018	0,689	-1,349
Actividad sexual	0,350	0,727	0,213	0,609	-0,995
Placer sexual	0,328	0,744	0,205	0,625	-1,036
Preocupación por el futuro	0,605	0,547	0,377	0,622	-0,858
Efectos adversos del tratamiento sistémico	3,825	<0,001	2,873	0,751	1,382
Síntomas mamarios	0,615	0,540	0,269	0,438	-0,600
Síntomas en brazo	2,537	0,013	1,349	0,532	0,294
Preocupación por pérdida de cabello	7,445	<0,001	4,854	0,652	3,550

En la estratificación según tiempo de seguimiento, si bien se observaron diferencias en los ítems de los cuestionarios entre los grupos, estas no fueron estadísticamente significativas (Tabla XII y XIII).

Tabla XII. Comparación de puntuaciones medias en la escala EORTC QLQ-C30 según tiempo de seguimiento*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Estado global de salud	Inter-grupos	4,288	3	1,429	0,199	0,897
	Intra-grupos	661,670	92	7,192		
Estado físico	Inter-grupos	28,920	3	9,640	1,200	0,314
	Intra-grupos	739,080	92	8,033		
Estado funcional	Inter-grupos	14,155	3	4,718	0,489	0,691
	Intra-grupos	887,834	92	9,650		
Estado emocional	Inter-grupos	6,172	3	2,057	0,170	0,917
	Intra-grupos	1116,318	92	12,134		
Estado cognitivo	Inter-grupos	17,714	3	5,905	0,877	0,456
	Intra-grupos	619,276	92	6,731		
Actividad social	Inter-grupos	7,931	3	2,644	0,269	0,848
	Intra-grupos	904,027	92	9,826		
Cansancio-fatiga	Inter-grupos	2,178	3	0,726	0,053	0,984
	Intra-grupos	1266,812	92	13,770		
Dolor	Inter-grupos	13,557	3	4,519	0,465	0,707
	Intra-grupos	893,402	92	9,711		
Náuseas-vómitos	Inter-grupos	62,727	3	20,909	1,675	0,178
	Intra-grupos	1148,231	92	12,481		
Disnea	Inter-grupos	1,843	3	0,614	0,164	0,921
	Intra-grupos	345,116	92	3,751		
Insomnio	Inter-grupos	8,782	3	2,927	0,306	0,821
	Intra-grupos	881,052	92	9,577		
Pérdida de apetito	Inter-grupos	6,332	3	2,111	0,321	0,810
	Intra-grupos	605,157	92	6,578		
Constipación	Inter-grupos	5,412	3	1,804	0,452	0,716
	Intra-grupos	367,088	92	3,990		
Diarrea	Inter-grupos	21,158	3	7,053	1,834	0,146
	Intra-grupos	353,800	92	3,846		
Problemas financieros	Inter-grupos	8,451	3	2,817	0,262	0,853
	Intra-grupos	989,382	92	10,754		

* Se aplicó test de ANOVA de un factor.

Tabla XIII. Comparación de puntuaciones medias en escala EORTC QLQ-BR23 según tiempo de seguimiento*

		Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Imagen corporal	Inter-grupos	30,620	3	10,207	0,845	0,473
	Intra-grupos	1111,338	92	12,080		
Actividad sexual	Inter-grupos	53,577	3	17,859	2,013	0,118
	Intra-grupos	816,080	92	8,870		
Placer sexual	Inter-grupos	33,663	3	11,221	1,174	0,324
	Intra-grupos	879,670	92	9,562		
Preocupación por el futuro	Inter-grupos	15,890	3	5,297	0,537	0,658
	Intra-grupos	908,068	92	9,870		
Efectos adversos del tratamiento	Inter-grupos	28,606	3	9,535	0,600	0,616
	Intra-grupos	1460,884	92	15,879		
Síntomas mamarios	Inter-grupos	15,783	3	5,261	1,086	0,359
	Intra-grupos	445,624	92	4,844		
Síntomas en brazo	Inter-grupos	13,493	3	4,498	0,595	0,620
	Intra-grupos	695,840	92	7,563		
Preocupación por pérdida de cabello	Inter-grupos	27,820	3	9,273	0,553	0,648
	Intra-grupos	1543,139	92	16,773		

*Se aplicó test de ANOVA de un factor.

CONCLUSIONES

Las pacientes mastectomizadas presentaron mayor tiempo de seguimiento y estadios evolutivos más avanzados y requirieron cirugía reconstructiva y quimioterapia.

De los cuestionarios de calidad de vida, se observó que las pacientes a las que se les realizó cirugía conservadora tuvieron mejor imagen corporal y dormían mejor.

Las pacientes que recibieron quimioterapia presentaron frecuentemente: síntomas gastrointestinales, como náuseas y vómitos y pérdida de apetito; efectos adversos del tratamiento sistémico; molestias en el brazo; y preocupación por la pérdida del cabello.

En la estratificación según tiempo de seguimiento, si bien se observaron diferencias en los ítems de los cuestionarios entre los grupos, estas no fueron estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

En primer término, destacamos el alto nivel de participación de las pacientes al responder los cuestionarios, lo que resulta superior a los presentados en estudios similares.^{19, 20} Esto resultó en una muestra de tamaño adecuado y heterogénea en cuanto a aspectos demográficos, clínicos y de valoración de los diferentes ítems de calidad de vida. Las características demográficas y clínicas de la muestra son representativas de la situación de las pacientes tratadas en nuestro hospital.

Llama la atención el bajo nivel de instrucción de nuestras pacientes en general: la mayoría presenta únicamente estudios primarios. Sin embargo, las pacientes entrevistadas contaban con adecuada capacidad cognitiva para responder los cuestionarios.

Otro aspecto a subrayar es el bajo porcentaje de pacientes que se sometieron a cirugía de reconstrucción, teniendo en cuenta que en el área de Patología Mamaria de nuestro hospital contamos con posibilidades técnicas de ofrecerla a la amplia mayoría de pacientes. Aunque a la mitad de las pacientes no se les ofreció una reconstrucción mamaria, la mayoría de ellas, existiendo dicha posibilidad, responde que no aceptaría someterse a otra cirugía dada la satisfacción con el resultado cosmético alcanzado.

Es interesante –y quizás punto de partida de futuros estudios– la asociación frecuente que encuentran las pacientes entre el diagnóstico del cáncer y algún evento psicológico adverso en sus vidas. Sin embargo, solo un escaso número de mujeres acude a algún tipo de ayuda psicológica.

En más de la mitad de los casos, no se consideró la opinión de la paciente al momento de decidir el tratamiento, lo cual establece la necesidad de hacerla más partícipe en lo que respecta a su enfermedad y a las conductas terapéuticas.

Es destacable, especialmente tratándose de un hospital público, que la gran mayoría de las pacientes no encontró dificultades administrativas al momento de solicitar turnos, realizar estudios, conseguir medicación, etcétera.

En cuanto a la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, observamos que, en general, gozan de una buena calidad de vida global, independientemente del tiempo de seguimiento. Esto difiere de algunos estudios, en los que se observó que la calidad de vida experimenta algunas restricciones a los largo de los años, principalmente después de los 10 años, en las áreas funcional, cognitiva y social, así como en cuanto a la fatiga/cansancio.^{21, 24}

En contraste, otros estudios mostraron que aspectos relacionados con el funcionamiento psicosocial y funcional mejoraron notablemente con los años de seguimiento.²⁵⁻²⁸ Esta relativa “estabilidad” de la calidad de vida global podría explicarse por mecanismos de adaptación y redefinición de valores y estructuras internas.

Si comparamos las pacientes con cirugía conservadora con las pacientes con mastectomía, observamos que, en general, tienen similar calidad de vida global. Sí es destacable que las pacientes con mastectomía presentan una peor imagen corporal, lo cual ha sido avalado por otros estudios, entre ellos el meta-análisis de Kiebert *et al.*,²⁹ quienes encuentran consenso sobre la predominancia de las diferencias en el ítem de imagen corporal comparado con las pacientes con cirugía conservadora.^{20, 30, 35, 36}

En nuestro trabajo, no hallamos afeción relevante en la esfera sexual, la cual ha sido relacionada por muchos autores con la afeción de la imagen corporal,^{24, 30-33} así como con la aparición de síntomas de la menopausia precoz causada por la terapia sistémica.^{34, 35}

Un punto que nos llamó la atención fue la menor frecuencia de insomnio referido por las pacientes con cirugía conservadora comparado con las pacientes mastectomizadas, ya que no encontramos ningún hallazgo similar en otros estudios.

Se observó que las pacientes que recibieron quimioterapia puntuaron más alto en los ítems de síntomas y más bajo en los relacionados con aspectos funcionales. Sin embargo, estos hallazgos fueron significativos en los ítems de náuseas y vómitos y pérdida de apetito del cuestionario QLQ-C30 y en los efectos adversos del tratamiento sistémico, síntomas en brazo y preocupación por la pérdida de cabello del QLQ-B23. El ítem de síntomas en el brazo podría estar relacionado con el estadio más avanzado de estas pacientes, con mayor necesidad de linfadenectomía axilar. Estos hallazgos fueron observados también por otros autores.^{25, 36, 37} Sin embargo, otros estudios encontraron que las áreas más afectadas durante el tratamiento se afectan de manera transitoria y se recuperan una vez finalizado el mismo a un nivel similar al referido antes del diagnóstico.^{24, 38} Esto podría estar relacionado con el período de distrés inicial tras el diagnóstico y el inicio del tratamiento, en el cual se detectan la mayor parte de los efectos referidos como más incómodos por las pacientes, como son la fatiga, las náuseas y vómitos y la pérdida del cabello.

Si bien en nuestro trabajo no estratificamos pacientes con radioterapia versus pacientes sin radioterapia, muchos autores encontraron

mayor afección de la calidad de vida en las pacientes irradiadas en comparación con las que recibieron tratamiento sistémico.¹⁶

Cabe investigar en profundidad, sin embargo, si todos estos síntomas referidos por las pacientes y que afectan su calidad de vida pertenecen a la actualidad o son referidos en recuerdo a experiencias pasadas durante el tratamiento.

Encontramos limitaciones de este tipo de métodos de evaluación relacionadas con la falta de adaptación a los avances en las conductas terapéuticas ocurridas en las últimas décadas. Así, creemos que los nuevos regímenes de quimioterapia, la hormonoterapia extendida, el reemplazo del vaciamiento axilar por la biopsia del ganglio centinela, conducirán a subvaloración de algunos ítems (por ejemplo, neuropatía periférica por taxanos, sofocos o artralgias por endocrinoterapia, etc.) o a sobrevaloración de otros (por ejemplo, síntomas en el brazo a causa del vaciamiento axilar).

Nuestro estudio no analizó en profundidad la importancia del rol que cumplirían factores sociodemográficos en la calidad de vida de las pacientes con cáncer. Un trabajo reciente³⁹ muestra que un escenario socioeconómico desfavorable está asociado con más síntomas y una peor calidad de vida en general de las pacientes, lo que probablemente tenga además consecuencias a largo plazo.

Además de esta, nuestro estudio presenta otras limitaciones, dado su carácter observacional y la falta de valoración de la calidad de vida basal de las pacientes previa al tratamiento, lo cual, sin embargo, podría ser comparado con la estratificación por tiempo de seguimiento. Hay, además, ausencia de trabajos que evalúen calidad de vida en poblaciones sanas. De todos modos, el adecuado tamaño de la muestra, la utilización de cuestionarios validados internacionalmente y la estratificación en distintos grupos contribuyen con el valor de los resultados de este estudio.

La valoración de la calidad de vida es un complemento sumamente útil, no solo en el ámbito de la investigación, sino también para la práctica clínica, ya que nos permite conocer las consecuencias a largo plazo del cáncer de mama en las pacientes. Así, con instrumentos sencillos, estandarizados y de bajo costo, podemos tener una visión global de aquellas áreas que se ven más afectadas como consecuencia del cáncer de mama en sí y de sus tratamientos, pudiendo actuar en consecuencia, ya sea con medidas preventivas o simplemente de comprensión y empatía, como parte de la relación médico-paciente.

Incluso, como plantean algunos estudios, las escalas de calidad de vida podrían ser de ayuda –por supuesto en adición con factores so-

ciodemográficos y clínicos– para predecir sobrevida en las pacientes con cáncer de mama.^{40, 41}

Finalmente, creemos que la adopción de técnicas quirúrgicas menos mutilantes, como son la cirugía conservadora y la biopsia del ganglio centinela, así como la reconstrucción mamaria y la evolución de los tratamientos adyuvantes (radioterapia y quimioterapia), deberían llevar, entre otras ventajas, a una mejor calidad de vida a corto y largo plazo de las pacientes tratadas.⁴² Para esto, es necesario disponer de instrumentos que nos permitan valorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama en diferentes esferas, ya que, como hemos observado, las limitaciones en dicha calidad no se distribuyen igual en las diferentes áreas.

REFERENCIAS

1. OMS, Carga Mundial de Morbilidad, 2004.
2. Coleman M, Quaresma M *et al.* Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). *Lancet Oncol* 2008; 9 (8): 730-56.
3. Viniegra, M. Cáncer de mama en Argentina: organización, cobertura y calidad de las acciones de prevención y control: Informe final Julio 2010: diagnóstico de situación del Programa Nacional y Programas Provinciales. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2010.
4. Ferlay J, Shin H *et al.* Estimates of worldwide burden of cancer in 2008: GLOBOCAN 2008. *Int J Cancer* 2010; 127 (12): 2893-917.
5. Programa Nacional de Cáncer de Mama-Instituto Nacional del Cáncer Argentina.
6. Aaronson NK. Assessment of quality of life and benefits from adjuvant therapies in breast cancer. *Recent Results. Cancer Res* 1993; 127: 201-10.
7. Fallowfield L J. Assessment of quality of life in breast cancer. *Acta Oncol* 1995; 34: 689-94.
8. Janni W *et al.* Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer longterm follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol* 2001; 8 (6): 542-8.
9. Curran D, van Dongen JP *et al.* Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast conserving procedures: results of the EORTC trial 10801. *Eur J Cancer* 1998; 34: 307-14.
10. Joly F, Espie M *et al.* Long-term quality of life in premenopausal women with node-negative localized breast cancer treated with or without adjuvant chemotherapy. *Br J Cancer* 2000; 83 (5): 577-82.
11. Dorval M, Maunsell E *et al.* Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998; 16 (2): 487-94.
12. Schou I, Ekeberg O *et al.* Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow-up study compared with the general population. *Qual Life Res* 2005; 14: 1813-23.
13. Ganz PA, Kwan L *et al.* Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: first results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst* 2004; 96: 376-87.
14. Brady M. J., Cella D. F. *et al.* Reliability and validity of the Functional Assessment of Cancer-Therapy-Breast Cancer Quality of Life instrument. *Journal of Clinical Oncology* 1997; 15: 974-86.
15. Lee E., Chun M. *et al.* Validation of the Functional Assessment of Cancer-Therapy-General (FACT-G) scale for measuring the Health-Related-Quality of Life in Korean women with breast cancer. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 2004; 34: 393-99.

16. Tessier P, Lelorain S. *et al.* A comparison of the clinical determinants of health-related quality of life and subjective well-being in long-term breast cancer survivors. *European Journal of Cancer Care* 2012; 21: 692-700.
17. Aaronson NK, Cull A *et al.* The EORTC modular approach to quality of life assessment in Oncology. *Int J Ment Health* 1994; 23: 75-96.
18. Groenvold M, Morten A *et al.* for the EORTC Quality of Life Group. The development of the EORTC QLQ-C15-PAL: A shortened questionnaire for cancer patients in palliative care. *Eur Journal of Cancer* 2006; 42: 55-64.
19. Broeckel J, Jacobsen P *et al.* Characteristics and correlates of fatigue after adjuvant chemotherapy for breast cancer. *J Clin Oncol* 1998; 16 (5): 1689-96.
20. Bleiker E, Pouwer F *et al.* Psychological distress two years after diagnosis of breast cancer: frequency and prediction. *Patient Educ Couns* 2000; 40 (3): 197-9.
21. Koch L, Jansen L *et al.* Quality of life in long-term breast cancer survivors – a 10 year longitudinal population-based study. *Acta Oncologica* 2013; 52: 1119-28.
22. Bloom J, Petersen D *et al.* Multi-dimensional quality of life among long-term (5+ years) adult cancer survivors. *Psychooncology* 2007; 16: 691-706.
23. Ganz A, Desmond K *et al.* Quality of life in long-term, disease-free survivors of breast cancer: A follow-up study. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94: 39-49.
24. Montazeri A, Vahdaninia M *et al.* Quality of life in patients with breast cancer before and after diagnosis: an eighteen months follow-up study. *BMC Cancer* 2008; 8: 330.
25. Bloom J, Stewart L *et al.* Then and now: Quality of life of young breast cancer survivors. *Psychooncology* 2004; 13: 147-60.
26. Engel J, Kerr J *et al.* Quality of life following breast-conserving therapy or mastectomy: Results of a 5-year prospective study. *Breast J* 2004; 10:223-31.
27. Casso D, Buist D *et al.* Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health and Quality of Life Outcomes* 2004 (2), 25.
28. Klein D, Mercier M *et al.* Long-term quality of life after breast cancer: a French registry-based controlled study. *Breast Cancer Res and Treat* 2011; 129: 125-134.
29. Kiebert G, De Haes J *et al.* The impact of breast conserving treatment and mastectomy on the Quality of Life of early-stage breast cancer patients. *J Clin Oncol* 1991; 9: 1059-70.
30. Arraras Urdaniz J, Illarramendi Mañás J *et al.* Evaluación de la calidad de vida a largo plazo en pacientes con cáncer de mama en estadios iniciales mediante los cuestionarios de la EORTC. *Rev Clin Esp* 2003; 203 (12): 577-81.
31. Dorval M, Maunsell E *et al.* Long-term quality of life after breast cancer: comparison of 8-year survivors with population controls. *J Clin Oncol* 1998; 16 (2): 487-94.
32. Winer E, Lindley C *et al.* Quality of life in patients surviving at least 12 months following high dose chemotherapy with autologous bone marrow support. *Psychol Oncol* 1999; 8 (2): 167-76.
33. Greendale G, Petersen L *et al.* Factors related to sexual function in postmenopausal women with a history of breast cancer. *Menopause* 2001; 8 (2): 111-9.
34. Grimison P, Stockler M. Quality of life and adjuvant systemic therapy for early-stage breast cancer. *Expert Rev Anticancer Ther* 2007; 7: 1123-34.
35. Fobair P, Spiegel D *et al.* Concerns about sexuality after breast cancer. *Cancer* 2009; 15 (1): 19-26.
36. Sagen A, Karesen R *et al.* Changes in arm morbidities and health-related quality of life after breast cancer surgery – a five-year follow-up study. *Acta Oncol* 2009; 48: 1111-8.
37. Deimling G, Sterns S *et al.* The health of older-adult, long-term cancer survivors. *Cancer Nurs* 2005; 28: 415-24.
38. Moro-Valdezate D, Peiró S *et al.* Evolution of Health-Related Quality of Life in Breast Cancer Patients during the First Year of Follow-Up. *J Breast Cancer* 2013; 16 (1): 104-111.
39. Høyer M, Johansson B. Health-related quality of life among women with breast cancer – a population-based study. *Acta Oncologica* 2011; 50: 1015-26.
40. Quinten C, Coens C *et al.* Baseline quality of life as a prognostic indicator of survival: a meta-analysis of individual patient data from EORTC clinical trials. *Lancet Oncol* 2009; 10: 865-71.
41. Staren E, Gupta D *et al.* The prognostic role of quality of life assessment in breast cancer. *Breast J* 2011; 17: 571-8.
42. McLean I *et al.* Reconstrucción mamaria inmediata: evaluación de los resultados obtenidos. *Rev Arg de Mastol* 2006; 25 (88): 199-211.

DEBATE

Dr. Coló: Muchas gracias, doctora. Queda a consideración su trabajo.

Dr. Etkin: Muy bueno el trabajo. Hago referencia a dos contrastes fotográficos impactantes. Los que tenemos una vida en la mastología, somos de la década del '60, casi ni vimos mastectomías como las fotos que mostraste. Son históricas –es decir, la operación de Holset, que era todavía utilizada en los comienzos nuestros, estoy hablando de hace cincuenta años–. Hoy día, una cirugía como la operación de Madden es más el estándar en la mastectomizada y no esa foto que es realmente... casi... ¿no? Uno dice: “¿Cómo esto, la conservadora es este espanto?”, ¿no? Un día personalmente, estando en el Sheraton, charlando con Jerome Urban, me dijo a mí y a Yabar Bilbao en aquel momento: “Pido perdón a la grey mastológica por la técnica que yo propuse”. Claro, mucha gente joven acá no sabe quién es, lo conocen por la bibliografía, pero nosotros lo conocemos personalmente, llevamos cincuenta años en esto. No quiero que la gente joven vea hoy una mastectomía así. Esa operación ya no. Es decir que tratemos de no... Busquemos las mastectomías que hoy hacemos, que normalmente hacemos más cirugía conservadora. Los más grandes hemos hecho mastectomía, y se siguen haciendo. Pero esa no ¿eh?

Dr. Muller: No tengo más que felicitar a la doctora, porque en los últimos años nos rasgamos las vestiduras hablando de la calidad de vida de la paciente, pero, en realidad, nunca supimos bien qué les pasaba. Con esta documentación, queda totalmente demostrado lo que podemos mejorar. Sorprendentemente, las pacientes no decidieron por sí mismas, ni se les ofreció algunas veces más de una chance, cosa que es obligatorio. De manera que

es muy valioso plasmar en estos datos, que, por ejemplo las pacientes en el 50% han terminado solamente el colegio primario y que, a pesar de eso, han aceptado con total valentía todas las propuestas. En cuanto a la foto, estimado doctor, se la facilité yo a la doctora y tiene un objetivo: pertenece exactamente al período donde la calidad de vida no tenía mucha importancia ni la habíamos incorporado. Eso corresponde a una enfermedad de Stewart-Treves, en una linfangitis carcinomatosa de brazo; es una paciente mastectomizada a la antigua, como vos decís, que luego recibió radioterapia sobre el lecho de la mastectomía y terminó con una enfermedad de Stewart-Treves. El objetivo era mostrar la calidad de vida que se le proporciona a otra paciente con un tratamiento conservador, donde, como quedó demostrado en el trabajo, la recepción por parte de la paciente y la evolución que hemos hecho los médicos se propone mejorar la calidad de vida de las pacientes. Acá lo pudimos plasmar con nuestros propios números, en una increíble evaluación que hizo la doctora, con un trabajo enorme de interrogar a cien mujeres. De manera que resalto lo que siempre estamos promulgando; el mismo presidente siempre dice “menos es más”; y lo estamos demostrando con nuestros propios números. Por lo tanto, que nos sirva bien a todos, que insistamos en que reconstruir es bueno, que preservar la mama es bueno y que todo lo que estamos haciendo, el único objetivo de estas reuniones, para mí, es mejorar la calidad de vida de las pacientes. Ya sabemos que muchas se van a morir igual; lo importante es que se mueran lo más dignamente posible.

Dr. Coló: ¿Algún otro comentario? Me dice el doctor Luciano Cassab que hay un médico de República Dominicana *on line* con una

pregunta para usted doctora: si la biopsia de ganglio centinela disminuye la morbilidad braquial, ¿por qué tiene un 72% de linfadenectomías axilares y solo un 2% de ganglio centinela de sintomatología braquial?

Dra. Ulloa: El cuadro que mostré con el análisis de las características de la muestra fue meramente estadístico. De las pacientes que interrogamos, al 72% se le había hecho linfadenectomía, y no cuestionamos por qué linfadenectomía y no ganglio centinela, porque otro era el objetivo. Lo que observamos es que las pacientes del grupo de quimioterapia tenían mayor sintomatología asociada en el brazo, lo cual lo podemos atribuir a que la mayoría de esas pacientes tenía una linfadenectomía axilar y no un ganglio centinela; pero el porcentaje de 72% versus 28% era meramente estadístico y una característica de la muestra.

Dr. Coló: Me gustaría felicitarla por el trabajo y por la presentación. No estamos acostumbrados a pensar en la calidad de vida de nuestras pacientes. Nosotros, de este lado del consultorio, pensamos que lo que hacemos es lo mejor. Pero quien nos evalúa si esto es mejor es el paciente. La satisfacción del paciente, al igual que la satisfacción del cliente, en un negocio, en cualquier actividad, difiere de los estándares que nosotros tenemos. Porque vemos el paciente y pensamos: “Qué bien que quedó operado”, y el paciente dice: “Lo que me hicieron es una porquería”. La única manera de evaluar es haciendo estos trabajos, que están muy bien hechos; en el EORTC uno puede bajar de Internet todas estas tablas y hacer evaluaciones. No es muy difícil. Cada uno de

nosotros a conciencia podría hacerlo, para saber si lo que estamos haciendo es bueno y si lo es porque nosotros consideramos que somos buenos o porque el paciente realmente está satisfecho con lo que nosotros hicimos. Una sola pregunta, aunque tal vez sea difícil de responder: usted eligió cien pacientes para tener un grupo bien balanceado; el *follow-up* era de siete años, y esto se hizo en el año 2012; ¿cómo seleccionó a los pacientes? La pregunta va dirigida a lo siguiente: si yo tomo una paciente que fue operada hace seis meses y le hago todas estas preguntas, va a recordar las cosas más dramáticas de lo que le sucedió, pero, si yo le hago las mismas preguntas dentro de siete años, va a minimizar casi todas las cosas y se va a acordar de que se le cayó el cabello, que el brazo le sigue hinchado, etc. Esto nos genera un sesgo.

Dra. Ulloa: Exactamente, es un punto clave y muy discutido en los trabajos. Por eso es que yo hice la estratificación por tiempo de seguimiento; y, en cuanto al momento de incluir a las pacientes, el único requisito era que no debían tener menos de seis meses de seguimiento. La afección de la calidad de vida según el tiempo de seguimiento concuerda con lo que dicen los trabajos en cuanto a que es muy difícil diferenciar si la paciente tiene afectada la calidad de vida en ese momento o lo que refiere es por el recuerdo o la memoria de lo que pasó hace cinco, diez o quince años. Sí, es un punto muy discutido y muy difícil de evaluar.

Dr. Coló: Muchas gracias doctora, muy amable. Buenas noches y muchas gracias a todos.