

SESIÓN CIENTÍFICA

Disfunción sexual en cáncer de mama: Efecto colateral

Costa, María Florencia*;
 Maltagliatti, Daniela**;
 Magirena, Sandra***; Volpini
 Crespo, Andrea****; Pizarro,
 Giselle M.****; Carrasco
 Maldonado, Mary**;
 Temple, Cecilia*; Santoro, Laura**;
 Sanchotena, Verónica**;
 Gon, Carina**; Flaks, Diego**;
 Arias, Claudia P.**

RESUMEN

Introducción

La disfunción sexual femenina (DSF) incluye un grupo de alteraciones en el deseo sexual, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo, y dispareunia, de carácter multifactorial, involucrando tanto procesos orgánicos y psicológicos como socioculturales. Los diversos tratamientos médico-quirúrgicos, tienen impacto en la función sexual. La disfunción sexual femenina afecta la calidad de vida, con una prevalencia de hasta 45-90% en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.

Objetivo

Evaluar la función sexual en mujeres con cáncer de mama, con seguimiento oncológico mayor al año, evaluando el impacto de los diferentes tratamientos médico-quirúrgicos en el índice de función sexual femenina.

Material y método

Estudio observacional, descriptivo y transversal, donde se incluyeron 102 pacientes entre agosto 2019 y febrero de 2020 con cáncer de mama en el Hospital Municipal de Oncología María Curie. Como instrumento de medida se utilizó el cuestionario *Índice De Función Sexual Femeni-

*Residente de especialidad postbásica de Mastología del Hospital Municipal Oncológico Marie Curie.

** Servicio Patología Mamaria Hospital Municipal Oncológico Marie Curie.

*** Médica especialista en Ginecología. Certificada en Ginecología Infanto Juvenil. Sexóloga Clínica.

Miembro de Comisión Directiva de SAGIJ. Miembro del Comité contra las Violencias Hospital General de Agudos Doctor Teodoro Álvarez.

**** Residente de especialidad postbásica de Mastología del Hospital Parmenio Piñero.

***** Médica especialista en Tocoginecología y Mastología. Médica de planta Servicio Ginecología Hospital Fernández.

Correo electrónico: costa.mflorencia@gmail.com.
 Tel:1169530990.

na* (FSFI), asociado a una encuesta para la obtención de datos sociodemográficos e información sobre los procedimientos medico-quirúrgicos realizados para el tratamiento del cáncer de mama.

Resultados

La media de edad de las pacientes fue 54.86 años (SD 9.19). El 69.6% de ellas habían realizado tratamiento quirúrgico conservador, mientras que el 30.4% estaban mastectomizadas, no evidenciándose diferencias estadísticamente significativas en relación a la disfunción sexual en ambos grupos. Se realizó tratamiento quimioterápico en 69.6% del total de las pacientes y 75.5% hormonoterapia, observándose diferencia en el score FSFI al cotejar el tipo de hormonoterapia recibida.

La prevalencia de disfunción sexual en este grupo fue de 82,35%. Los resultados evidenciaron valores bajos en la escala FSFI, siendo la media 19.6, lo que demuestra alteraciones en la función sexual en esta población.

Conclusiones

El cáncer de mama posee un impacto multidimensional en la salud sexual de mujeres con cáncer de mama, constituyendo un elemento que influye en la calidad de vida. Los diversos tratamientos médico-quirúrgicos alteran la sexualidad, no pudiendo aún establecerse la relación directa que tienen sobre esta esfera.

Palabras clave

Cáncer de mama. Disfunción Sexual. Índice de función sexual femenina.

ABSTRACT

Introduction

Female sexual dysfunction (FSD) includes a group of alterations in sexual desire, arousal, lubrication, satisfaction, orgasm, and dyspareunia, of multifactorial character, involving organic and psychological as well as sociocultural processes. The various medical-surgical treat-

ments have an impact on sexual function. Female sexual dysfunction affects quality of life, with a prevalence of up to 45-90% in patients diagnosed with breast cancer.

Objective

To evaluate sexual function in women with breast cancer, with oncologic follow-up of more than one year, evaluating the impact of different medical-surgical treatments on the index of female sexual function.

Material and method

Observational, descriptive and cross-sectional study, where 102 patients were included between August 2019 and February 2020 with breast cancer at the Maria Curie Municipal Oncology Hospital. As a measurement instrument, the questionnaire *Female Sexual Function Index* (FSFI) was used, associated with a survey to obtain sociodemographic data and information on the medical-surgical procedures performed for the treatment of breast cancer.

Results

The mean age of the patients was 54.86 years (SD 9.19). Of these, 69.6% had undergone conservative surgical treatment, while 30.4% were mastectomized, with no statistically significant differences in relation to sexual dysfunction in the two groups. Chemotherapy treatment was performed in 69.6% of the total patients and 75.5% hormone therapy, showing a difference in the FSFI score when comparing the type of hormone therapy received.

The prevalence of sexual dysfunction in this group was 82.35%. The results showed low values on the FSFI scale, with a mean of 19.6, which demonstrates alterations in sexual function in this population.

Conclusions

Breast cancer has a multidimensional impact on the sexual health of women with breast cancer, constituting an element that influences the quality of life. The various medical-surgical treatments alter sexuality, although the direct relationship they have on this sphere cannot yet be established.

Key words

Breast cancer. Sexual dysfunction. Female sexual function index

INTRODUCCIÓN

La disfunción sexual femenina (DSF) incluye un grupo de alteraciones en el deseo sexual, excitación, lubricación, satisfacción, orgasmo y dispareunia, de carácter multifactorial, involucrando tanto procesos orgánicos y psicológicos como socioculturales.^{1,2}

A lo largo de la historia su definición ha sufrido diversas modificaciones, siendo descrita en el manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales III (DSM-III) en 1980 por primera vez.²

Actualmente el DSM, en su quinta edición, clasifica a la misma en tres trastornos, 1- el de interés o de excitación sexual, 2- el orgásmico femenino, 3- el de dolor genitopelviano o de la penetración, sin hacer distinción entre un origen de causa orgánica y psicogénica, pudiendo estar presente una o más de estas entidades, por un lapso mínimo de 6 meses.³

La prevalencia de la disfunción sexual femenina es difícil de establecer, dado que difiere en los distintos países. Se estima que en la población general alcanza un rango entre 9-43% y hasta 45-90% en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama.^{4,5,6,7,8}

La DSF es una complicación frecuente que afecta la calidad la vida de la mujer con cáncer de mama desde el momento del diagnóstico.^{9,10,11}

Los diferentes tratamientos, tanto médicos como quirúrgicos, tienen impacto en esta esfera y sus efectos pueden prolongarse a lo largo del tiempo. La hormonoterapia y la quimioterapia son causales de la mayoría de síntomas menopáusicos (sofocos, sequedad vaginal, atrofia urogenital, descenso de la libido) y pueden aparecer de forma precoz o exacerbarse en pacientes postmenopáusicas, producto de su impacto en la función ovárica.^{12,13,14}

La insuficiencia ovárica puede ocurrir en hasta el 89% de las pacientes con cáncer de mama tratadas con quimioterapia, especialmente en pacientes mayores de 35-40 años donde el riesgo aumenta al utilizar esquemas con drogas alquilantes, taxanos, y dosis densas.¹⁴

La hormonoterapia también influye en la calidad de vida sexual; la disminución de la función ovárica y producción de estrógenos en

tejidos periféricos conduce a niveles hormonales comparables a la menopausia.¹⁵

Los inhibidores de la aromatasa producen mayor atrofia vulvovaginal, sequedad vaginal y dispareunia y provocan disminución de la libido, en comparación con el Tamoxifeno que actúa como estrógeno débil vaginal.^{15,16}

El tratamiento quirúrgico radical se relaciona con mayor afección sexual que el tratamiento conservador. No obstante, algunos estudios solo demostraron alteraciones en la calidad de vida, no así en la sexualidad.^{17,18,19,20,21}

De igual manera en la literatura, los estudios en relación a los procesos de reconstrucción son mixtos en cuanto a afectación sexual, algunos observan cambios estadísticamente significativos y otros no.^{19,22,23}

En relación al tratamiento oncológico, los dominios sexuales más afectados en frecuencia son el deseo, placer, lubricación, dispareunia y orgasmo.¹²

La disminución del deseo estaría asociado a varios factores como fatiga, alteraciones en la imagen corporal, depresión, y también a los bajos niveles de testosterona consecuencia del tratamiento quimioterápico. Aunque existen estudios que ponen en evidencia a este último factor como posible causal, otros trabajos no son concluyentes.^{11,15,24}

La DSF suele ser subdiagnosticada por ausencia de evaluación y asesoramiento sexual en la consulta oncológica. Esto sucede por la falta de conocimiento o iniciativa por parte del profesional de la salud y la paciente, donde la sexualidad continúa siendo tema taboo.²⁴

Menos de un tercio de las pacientes informan sus problemas sexuales al médico tratante. En un estudio se demostró que el 68% de las pacientes desean información acerca del tema y solo un 41% la recibe.^{5,25}

Múltiples investigaciones desarrolladas a lo largo del mundo, demuestran la existencia de disfunción sexual tanto en pacientes premenopáusicas como postmenopáusicas con cáncer de mama. Se define como menopausia al periodo que se inicia a partir de los 12 meses de ausencia de menstruación, siendo postmenopausia temprana la etapa comprendida dentro de los primeros cinco años y postmenopausia tardía luego de los 5 años de falta de menstruación, ya sea de forma natural o inducida.^{9,13,26,27,28}

La forma en la que se califica la importancia del sexo varía en las mujeres. Es importante identificar a aquellas que presentan disfunción sexual para mejorar su calidad de vida, sabiendo que esto puede influir en sus tratamientos, en sus relaciones interpersonales y en su imagen.²⁹

OBJETIVOS

Objetivo Primario

Evaluar la función sexual en mujeres con cáncer de mama, con seguimiento oncológico mayor al año.

Objetivo Secundario

- Comparar la sexualidad de pacientes con cáncer de mama, tratadas con cirugía conservadora vs cirugía radical.
- Valorar el impacto de la reconstrucción mamaria postmastectomía en la sexualidad.
- Describir la sexualidad de pacientes tratadas con quimioterapia.
- Detallar la relación entre tratamiento hormonal y función sexual.

MATERIAL Y MÉTODO

Diseño

Estudio observacional, descriptivo y transversal, realizado entre agosto 2019 y febrero 2020.

Participantes

Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama del Servicio de Patología Mamaria, del Hospital Municipal Oncológico María Curie.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con capacidad de contestar el cuestionario de forma autónoma.
- Pacientes con cáncer de mama mayores de edad.
- Pacientes con seguimiento oncológico mayor al año.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con cáncer de mama estadio IV.
- Pacientes con recidivas locorregionales.

- Varones.
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico.
- Pacientes con seguimiento oncológico menor al año.
- Encuestas incompletas.
- Pacientes con diagnóstico de cáncer de mama bilateral.
- Pacientes no dispuestas a completar el cuestionario.

Método

Se midió la función sexual de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama sexualmente activas en las últimas 4 semanas, utilizando como instrumento un cuestionario a completar de manera individual y anónima, explicando el objetivo de la misma, y resguardando su privacidad y confidencialidad.

Como herramienta de medida se utilizó el cuestionario auto administrado *Índice De Función Sexual Femenina* (FSFI), versión en español, asociado a una encuesta para la obtención de datos sociodemográficos e información sobre los procedimientos medico-quirúrgicos realizados para el tratamiento del cáncer de mama. Dicho cuestionario consta de 19 preguntas con 5 o 6 opciones como respuesta en una escala de tipo Likert, con puntaje que va del 0 a 5 o de 1 a 5, sobre la actividad sexual de las últimas 4 semanas.³⁰

La encuesta se divide en 6 dominios (deseo, excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor). El ítem deseo corresponde a las preguntas 1-2, excitación 3-6, lubricación 7-10, orgasmo 11-13, satisfacción 14-16 y dolor 17-19. De cada dominio se obtiene un score total (Máx. 6), que es multiplicado por un factor correspondiente (tabla 1). El puntaje total de la encuesta se obtiene por medio de la suma aritmética de los 6 dominios (score máximo 36 y mínimo 2). El punto de corte para determinar la disfunción sexual es de 26,55. A menor puntaje, mayor disfunción sexual.^{31,32}

Tabla 1. Fuente: Blümel 2004.³³

PUNTAJE DEL ÍNDICE DE FUNCIÓN SEXUAL FEMENINA					
Dominio	Preguntas	Puntaje	Factor	Mínimo	Máximo
Deseo	1-2	1-5	0,6	1,2	6
Excitación	3-6	0-5	0,3	0	6
Lubricación	7-10	0-5	0,3	0	6
Orgasmo	11-13	0-5	0,4	0	6
Satisfacción	14-16	0-5	0,4	0,8	6
Dolor	17-19	0-5	0,4	0	6
Rango Total				2	36

Se recogieron además, variables sociodemográficas y clínicas como sexo, edad, fecha de última menstruación, medicación habitual, nivel educativo, tipo de cobertura médica, género de su pareja sexual, edad de diagnóstico del cáncer de mama, tratamientos medico-quirúrgicos realizados por la enfermedad, tiempo desde el último tratamiento instaurado excluyendo hormonoterapia y se evaluó si la población en estudio presentaba interrogantes acerca de su sexualidad que pudiesen haber sido evacuadas por el médico especialista.

Análisis de datos

Los datos obtenidos fueron organizados y extrapolados en una base, utilizando una tabla de la compañía Microsoft Excel.

Las variables continuas con distribución normal fueron expresadas como media y desvío estándar; las variables sin distribución normal fueron expresadas como mediana, primer y tercer cuartil; las categóricas, como frecuencia y porcentaje.

Las diferencias entre los grupos fueron analizadas mediante el test t para variables continuas de distribución normal, test de Mann-Whitney-Wilcoxon para variables cuantitativas sin distribución normal pero similar entre los niveles, test de la mediana para ordinal o con distinta distribución y el test de chi2 o test exacto de Fisher en el caso de variables categóricas.

Se realizó análisis de la varianza para evaluar la influencia de dos factores sobre las puntuaciones del cuestionario administrado. Se comprobó normalidad con el test de Kolmogorov-Smirnov o el test Shapiro-Wilk según el número de observaciones mayores o menores a 50, y la homocedasticidad con el test de Levene. En los casos que no se cumplieron los supuestos se realizó modelado de la varianza. Los ajustes se realizaron con el método de Bonferroni. Se consideraron significativas aquellas pruebas con $p < 0,05$.

Todos los análisis estadísticos fueron efectuados utilizando el programa estadístico SPSS versión 21 (SPSS Inc, Chicago, IL).

RESULTADOS

Se encuestaron 250 mujeres, de las cuales 148 fueron excluidas por no cumplir con los criterios de elegibilidad de la muestra.

El estudio incluyó 102 pacientes con cáncer de mama con un seguimiento oncológico mayor a un año de evolución. La media de edad fue 54.86 años con un desvío estándar (SD) de 9.19 (rango de 35-76 años).

La edad promedio de diagnóstico de cáncer de mama fue 50,09 años con un SD 8.94. El 19,6% de las pacientes eran premenopáusicas, y un 80.4% de pacientes correspondían al grupo de postmenopáusicas. Se observó que el 69.6% habían realizado tratamiento quirúrgico conservador, mientras que el 30.4% estaban mastectomizadas, incluyendo 9 pacientes con reconstrucción. (Tabla 2)

El 69.6% (n:71) del total de las pacientes habían realizado quimioterapia. Recibió tratamiento adyuvante el 63.4% y 36.6% terapia neoadyuvante. (Tabla 2)

Tabla 2. Características generales de las pacientes estudiadas según el estado de menopausia.

	N =102	Premenopáusicas (n=20)	Postmenopáusicas (n=82)	Sig. p valor
Edad, m (DE)	54.86(9.19)	43.25 (4.71)	57.70 (7.76)	<0.001
Nivel educativo, n (%)				0.053
Primaria	33 (32.4)	5 (25.0)	28 (34.1)	
Secundaria	53 (52.0)	8 (40.0)	45 (54.9)	
Terciario	6 (5.9)	2 (10.0)	4 (4.9)	
Universitario	10 (9.8)	5 (25.0)	5 (6.1)	
Obra social, n (%)	49 (48.0)	9 (45.0)	40 (48.8)	0.762
Medicación habitual (%)				0.035
Tamoxifeno	35 (34.3)	9 (45.0)	26 (31.7)	
Anastrozol	20 (19.6)	0	20 (31.7)	
Ninguno	33 (32.4)	9 (45.0)	24 (29.3)	
Otros	14 (13.7)	2 (10.0)	12 (14.6)	
Edad en el diagnóstico, m (DE)	50.09(8.94)	40.95 (4.98)	52.32 (8.26)	<0.001
Tipo de cirugía, n (%)				0.297
Conservadora	71 (69.6)	12 (60.0)	59 (72.0)	
Mastectomía	31 (30.4)	8 (40.0)	23 (28.0)	
Quimioterapia, n (%)	71 (69.6)	16 (80.0)	55 (67.1)	0.260
Tipo de quimioterapia, n (%)				0.207
Adyuvancia	45 (63.4)	8 (50.0)	37 (67.3)	
Neoadyuvancia	26 (36.6)	8 (50.0)	18 (32.7)	

Radioterapia, n (%)	87 (85.3)	16 (80.0)	71 (88.6)	0.486
Hormonoterapia, n (%)	77 (75.5)	10 (50.0)	67 (81.7)	0.007
Medicación hormonoterapia, n (%)				0.047
Tamoxifeno	52 (51.0)	10 (100)	42 (62.7)	
Anastrozol	25 (24.5)	0	25 (37.3)	
Tratamiento actual, n (%)	55 (53.9)	9 (45.0)	46 (56.1)	0.372
Tiempo hormonoterapia, n (%)				0.023
<5 años	46 (59.7)	8 (80.0)	38 (56.7)	
5 años	25 (32.5)	0	25 (37.3)	
5-10 años	5 (6.5)	2 (20.0)	3 (4.5)	
>10 años	1 (1.3)	0	1 (1.5)	
Leuprolide, n (%)	13 (12.7)	8 (40)	5 (6.1)	<0.001
Preguntó a especialista, n (%)	10 (9.8)	2 (10)	8 (9.8)	0.974
Tiempo de hormonoterapia, m (DE)(años)	3.77(1.72)	2.80 (2.39)	3.91 (1.56)	0.028
Años de menopausia				----
< 5 años	22 (21.6)	----	22 (26.8)	
> 5 años	60 (58.8)	----	60 (73.2)	
Tiempo de seguimiento oncológico, n (%)				0.221
1-5 años	70 (68.6)	17 (85.0)	53 (64.6)	
5-10 años	27 (26.5)	3 (15.0)	24 (29.3)	
Más de 10 años	5 (4.9)	0	5 (6.1)	

Referencias: m: media, DE: desvío estándar, n: frecuencia, (%): porcentaje, sig: significancia

El 85.3% habían realizado terapia radiante y 75.5% hormonoterapia (Tamoxifeno 51% y Anastrozol 24.5%), de las cuales el 53.9% se encontraba aún en tratamiento.

La duración del tratamiento hormonal fue de menos de 5 años en 59.7% de las mujeres, 5 años el 32.5% de los casos, 6.5% lo realizaron entre 5-10 años y 1.3% más de 10 años. La media de tiempo fue de 3.77 años, con un SD 1.72. (Tabla 2)

Recibieron análogos de GnRH 12.7% de las pacientes analizadas en combinación con el tratamiento hormonal y solo 9.8% de la totalidad de la población analizada manifestó en la consulta médica su disfunción sexual. (Tabla 2)

Cuando se analizan los resultados generales del cuestionario FSFI, se evidencian valores bajos, siendo la media de score 19,6 lo que demuestra disfunción sexual en el grupo en estudio. Los dominios de la encuesta que obtuvieron menor score fueron deseo y excitación, seguidos de lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción. (Tabla 3)

La prevalencia de disfunción sexual fue del 82,35%, observándose afectación de los dominios deseo y excitación en un 100% en todas nuestras pacientes valoradas. (Tabla 3)

Tabla 3. Resultados generales del cuestionario FSFI en las pacientes estudiadas (N=102).

	Media	Desviación típica	Mediana	Percentil 25	Percentil 75
Deseo	2,9	1,2	3,0	2,4	3,6
Excitación	2,9	1,5	3,0	1,8	3,9
Lubricación	3,2	1,8	3,6	2,4	4,5
Orgasmo	3,4	1,7	3,6	2,8	4,8
Satisfacción	3,8	1,5	4,0	2,4	4,8
Dolor	3,4	1,9	3,6	2,4	4,8
FSFI	19,6	8,3	21,1	15,6	25,1

El score total FSFI fue mayor en el grupo de premenopáusicas (24.22) en comparación con las posmenopáusicas (18.41), siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.001$), manteniendo valores en rango de disfunción sexual. Además, se observaron mayores puntuaciones en el grupo de premenopáusicas en todos los ítems, con diferencias estadísticamente significativas para los dominios excitación, lubricación, orgasmo, satisfacción y dolor. (Tabla 4)

Por otro lado, las pacientes postmenopáusicas tempranas presentaron mayor puntuación de score total FSFI (20.95 SD 8.14) al compararse con las postmenopáusicas tardías (17.48 SD 8.24), siempre manteniéndose dentro del rango de disfunción sexual.

Tabla 4. Puntajes del cuestionario FSFI entre premenopáusicas y menopáusicas.

Dominios	Premenopáusicas (n=20)		Posmenopáusicas (n=82)		Sig
	m (DE)	IC95%	m (DE)	IC 95%	
Deseo	3.30 (1.11)	2.78-3.82	2.79 (1.18)	2.53-3.05	0.085
Excitación	3.66 (1.22)	3.09-4.23	2.68 (1.51)	2.35-3.01	0.005
Lubricación	4.20 (1.48)	3.51-4.33	3.00 (1.74)	2.62-3.39	0.001
Orgasmo	4.12 (1.27)	3.52-4.71	3.17 (1.80)	2.78-3.47	0.021
Satisfacción	4.54 (1.02)	4.06-5.01	3.62 (1.57)	3.27-3.96	0.020
Dolor	4.40 (1.64)	3.63-5.17	3.10 (1.87)	2.69-3.51	0.005
Total FSFI	24.22 (6.29)	21.27-27.17	18.41(8.31)	16.59-20.24	<0.001

Referencias: m: media, DE: desvío estándar, IC95%: intervalo de confianza al 95%, sig: significancia, FSFI: Índice de función sexual.

Se evidenciaron diferencias en el score al analizar el nivel educativo de la muestra. Las pacientes universitarias presentaban menores valores, en comparación con los otros niveles educativos. Los valores obtenidos de FSFI fueron 17.6 en población universitaria, 18.8 en pacientes con nivel primario completo, 19.56 en nivel terciario y 20.46 en nivel secundario.

Respecto al tipo de acceso a la salud, los puntajes de FSFI eran menores en aquellas pacientes que poseían cobertura social, con un valor de 18.38 en comparación con el grupo sin cobertura, cuyo valor fue de 20.63.

Al evaluar el tratamiento quirúrgico, las pacientes con mastectomía presentaron en general mejores puntuaciones en el score total (19.99)

en comparación con las que tuvieron cirugía conservadora (19.14), no siendo estas diferencias estadísticamente significativas, inclusive al dividir las de acuerdo al status menopáusico.

Los dominios afectados en ambos grupos fueron excitación y deseo sexual, seguidos por orgasmo en el grupo de pacientes con mastectomía y lubricación en las mujeres con tratamiento conservador.

El subgrupo de pacientes con reconstrucción mamaria presentó mayor score total y en los diferentes ítems del cuestionario, excepto lubricación. (Tabla 5)

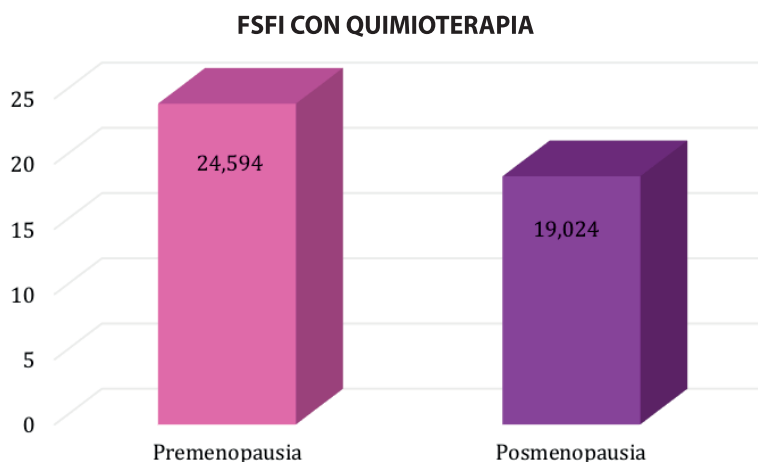
Tabla 5. Sexualidad entre las pacientes mastectomizadas según tuvieran o no reconstrucción mamaria.

Dominios	Con reconstrucción mamaria (n=9)		Sin reconstrucción mamaria (n=22)		Sig
	m (DE)	IC95%	m (DE)	IC 95%	
Deseo	3.27 (1.41)	2.18-4.35	3.03 (1.38)	2.42-3.64	0.666
Excitación	3.63 (1.79)	2.26-5.01	2.82 (1.75)	2.04-3.60	0.255
Lubricación	3.47 (2.01)	1.92-5.01	3.48 (1.79)	2.68-4.27	0.989
Orgasmo	3.69 (1.98)	2.17-5.21	3.39 (1.81)	2.59-4.19	0.688
Satisfacción	4.04 (1.14)	2.93-5.16	3.67 (1.73)	2.90-4.44	0.908
Dolor	3.64 (2.02)	2.09-5.20	2.60 (2.01)	2.71-4.49	0.826
Total FSFI	21.74 (9.70)	14.29-29.20	19.99(9.09)	15.96-24.02	0.636

Referencias: m: media, DE: desvío estándar, IC95%: intervalo de confianza al 95%, sig: significancia, FSFI: Índice de función sexual.

Al evaluar la función sexual en las pacientes tratadas con quimioterapia, se evidencia mayor puntaje en el grupo premenopáusicas comparado con postmenopáusicas, (Gráfico 1), ambos en rango de disfunción sexual (punto corte menor 26.55).

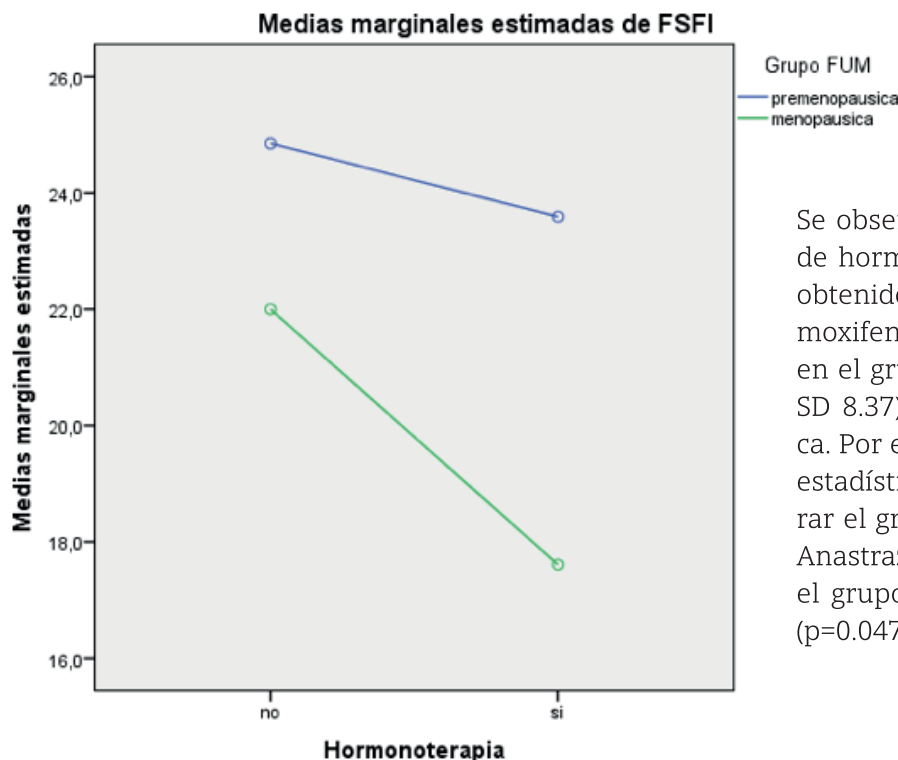
Gráfico 1. Medias marginales estimadas de FSFI para pacientes pre menopáusicas y menopáusicas con quimioterapia.



La terapia hormonal se propone como un tratamiento con impacto en la esfera sexual. En la muestra evaluada, las pacientes que recibieron tratamiento hormonal presentaron menores puntuaciones en el cuestionario de sexualidad, siendo estas diferencias estadísticamente significativas en los dominios excitación, lubricación, orgasmo, y en el score total.

Al evaluar las comparaciones por pares entre pacientes según estado menopáusico y hormonoterapia, se observó que las pacientes sin tratamiento hormonal presentaron mayores puntuaciones. Las diferencias estadísticamente significativas fueron para el score total, y para los ítems de lubricación y orgasmo en pacientes postmenopáusicas. (Gráfico 2)

Gráfico 2. Medias marginales estimadas de FSFI para pacientes pre menopáusicas y menopáusicas según tratamiento hormonal.



Se observó diferencia al cotejar los tipos de hormonoterapia recibida, habiéndose obtenido mayor score en el grupo con Tamoxifeno (FSFI media 18.25 SD 8.36) que en el grupo Anastrozol (FSFI media 16.54 SD 8.37), pero sin significancia estadística. Por el contrario, se obtuvieron valores estadísticamente significativos al comparar el grupo postmenopáusicas con o sin Anastrozol, con mayores puntuaciones en el grupo libre de tratamiento hormonal. ($p=0.047$). (Tabla 6)

Tabla 6. Comparación de la sexualidad entre pacientes posmenopáusicas tratadas con anastrozol y sin tratamiento hormonal.

Dominios	Con Anastrozol (n=25)		Sin tratamiento hormonal (n=15)		Sig
	m (DE)	IC95%	m (DE)	IC 95%	p valor
Deseo	2.47 (1.04)	2.04-2.90	3.20 (1.13)	2.58-3.82	0.251
Excitación	2.52 (1.29)	1.99-3.00	3.26 (1.33)	2.52-4.00	0.090
Lubricación	2.63 (1.81)	1.88-3.38	3.86 (1.46)	3.05-4.67	0.032
Orgasmo	2.78 (1.88)	2.00-3.55	4.00 (1.43)	3.21-4.79	0.123
Satisfacción	3.41 (1.64)	2.73-4.08	4.03 (1.42)	3.24-4.81	0.233
Dolor	2.74 (1.94)	1.93-3.54	3.65 (1.69)	2.72-4.59	0.784
Total FSFI	16.54 (8.37)	13.08-19.99	22.00(7.39)	17.91-26.02	0.044

Referencias: m: media, DE: desvío estándar, IC95%: intervalo de confianza al 95%, sig: significancia, FSFI: Índice de función sexual.

DISCUSIÓN

Se incluyeron en este estudio 102 pacientes, observándose una alta prevalencia de disfunción sexual (82.35%), al compararse con los datos aportados en la bibliografía (45-90%).^{4,7,8,34,35,36}

Si bien el grupo en estudio tenía seguimiento oncológico mayor al año, las alteraciones sexuales se describen desde el momento del diagnóstico hasta 10 años luego de su la finalización del tratamiento.^{11,13,37}

Los dominios con mayor afectación fueron deseo y excitación, seguidos de lubricación, orgasmo, dispareunia y satisfacción, lo cual coincide con otros autores donde el deseo o trastorno de interés-excitación fue el dominio más afectado.^{8,9,15,38}

Al evaluar los valores obtenidos en la encuesta FSFI, los resultados arrojan un score compatible con disfunción sexual tanto en el grupo de mujeres pre como postmenopáusicas. Estas últimas, muestran menores valores coincidiendo con los datos publicados por Kuehn, pero en contraposición con otros estudios donde las pacientes jóvenes tuvieron scores mas bajos.^{18,39}

De acuerdo a lo previsto, las mujeres postmenopáusicas tardías presentaron scores más bajos al compararlas con las postmenopáusicas tempranas, lo que se justifica por los niveles decrecientes de estrógenos e inhibina b a lo largo del tiempo.^{9,28}

La frecuencia de afectación de los dominios investigados fue diferente en los grupos de pacientes premenopáusicas y postmenopáusicas,

siendo la atrofia vaginal más severa en las mujeres postmenopáusicas y la imagen corporal más importante para las premenopáusicas.^{10,13,40,41}

Si bien la muestra estudiada es heterogénea en relación a los tratamientos realizados, el déficit brusco de estrógenos producido después de la quimioterapia y/o terapia hormonal desempeña un papel importante en el deterioro de la sexualidad.¹⁴

La mayoría de las publicaciones concluyen en que el tratamiento quimioterápico provoca afectación sexual por disminución de la funcionalidad ovárica. Los valores de score en el grupo evaluado, fueron más desfavorables en el grupo de pacientes postmenopáusicas, pudiendo la quimioterapia haber agravado los síntomas.⁹

La función sexual también se vio afectada en las pacientes que recibieron tratamiento hormonal, tanto en el grupo de premenopáusicas como postmenopáusicas, al igual que en los estudios de Boswell y Alder.^{11,15}

Al evaluar el impacto de las distintas terapias hormonales sobre la esfera sexual, no se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre tamoxifeno y anastrozol. Sólo se observó diferencia a favor de los inhibidores de la aromataasa en relación a la sequedad vaginal y dispareunia al compararlo con tamoxifeno.³⁸

La sexualidad también se ve alterada con los procedimientos quirúrgicos.^{17,18} Al comparar el tipo de cirugía en nuestra población, no se observó diferencia estadísticamente significativa en el score entre las cirugías radicales y conservadoras, con una ligera mejoría en el score en las pacientes mastectomizadas.

Existen resultados dispares en torno a este tema. Algunos reportes observan cambios en la función sexual de las pacientes con tratamiento radical debido a la afectación de la imagen corporal, lo cual se extrapola a su actividad sexual.^{11,18,35} Sin embargo, otros autores no encontraron diferencias entre ambos tipos de cirugía en torno a la sexualidad.^{20,21,24}

Bukovic & col. demostraron en su trabajo que la angustia psicológica general, la satisfacción conyugal y la frecuencia y función sexual no difieren entre ambos grupos de tratamiento.²⁰

El subgrupo de pacientes con reconstrucción mamaria presentó mayor score total y en los distintos dominios del cuestionario, al igual que en el estudio comparativo por Archangelo, donde el mismo ob-

servó mejoría en la función sexual, imagen corporal y menores síntomas depresivos.⁴²

La disfunción sexual es prevalente en las pacientes con cáncer de mama, pero es subdiagnosticada. En nuestro estudio se observó escasa adherencia a la consulta con el especialista para despejar dudas acerca de la sexualidad.²⁵

CONCLUSIÓN

El cáncer de mama posee un impacto multidimensional en la salud sexual de mujeres con cáncer de mama, constituyendo un elemento que influye en la calidad de vida.

Las pacientes con diagnóstico de carcinoma mamario del presente estudio, presentan en su mayoría alteración de la función sexual. Los diversos tratamientos médico-quirúrgicos alteran la sexualidad, no pudiendo aún establecerse la relación directa que tienen sobre esta esfera.

Es de vital importancia contar con profesionales con competencias para abordar este tema y darle espacio a esta problemática en la consulta, a fin de mejorar la calidad de vida de nuestras pacientes.

REFERENCIAS

1. Latif E Z, Diamond M P. Arriving at the diagnosis of female sexual dysfunction. *Fertil Steril* 2003;100 (4): 898-904. ◀
2. Chen C-H, Lin Y-C, Chiu L-H et al. Female sexual dysfunction: Definition, classification, and debates. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2013; 52(1):3-7. ◀
3. Seav S M, Dominick S A, Stepanyuk B et al. Management of sexual dysfunction in breast cancer survivors: a systematic review. *Womens Midlife Health* 2015; 1(1):1-9. ◀
4. Panjari M, Bell R J, Davis S R. Sexual Function after Breast Cancer. *J. Sex. Med.* 2011; 8(1): 294-302. ◀◀
5. Bartula I, Sherman K A. Screening for sexual dysfunction in women diagnosed with breast cancer: systematic review and recommendations. *Breast Cancer Res Treat* 2013; 141(2):173-185. ◀◀
6. Muñoz A D P, Camacho L P A. Prevalencia y factores de riesgo de la disfunción sexual femenina: revisión sistemática. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2016; 81(3): 168-180. ◀
7. Jing L, Zhang C, Li W, Jin F, Wang A. Incidence and severity of sexual dysfunction among women with breast cancer: a meta-analysis based on female sexual function index. *Supportive Care Cancer* 2019; 27(4): 1171-1180. ◀◀
8. Masjoudi M, Keshavarz Z, Akbari M E, Lotfi Kashani F. Evaluation of Sexual Function in Breast Cancer Survivors Using Female Sexual Function Index: A Systematic Review. *Int J Fertil Womens Med* 2018; 7(4): 434-441. ◀◀
9. Crespo Cavalheiro J A, Bittelbrunn A C, Menke C H et al. Sexual function and chemotherapy in postmenopausal women with breast cancer. *BMC Womens Health* 2012; 12(1): 1-8. ◀◀◀◀
10. Bueno Robles L S, Soto-Lesmes V I. Desarrollo investigativo en salud sexual de mujeres con cáncer de mama: una revisión integrativa. *Avances en Enfermería* 2016; 34(1) 79-87. ◀◀
11. Boswell E N, Dizon D S. Breast cancer and sexual function. *Transl Androl Urol* 2015; 4(2): 160-168. ◀◀◀◀
12. Bober S L, Varela V S. Sexuality in Adult Cancer Survivors: Challenges and Intervention. *J Clin Oncol* 2012; 30(30): 3712-3719. ◀◀
13. Ganz P A. Breast cancer, menopause, and long-term survivorship: critical issues for the 21st century. *The American Journal of Medicine* 2005; 118(12): 136-141. ◀◀◀◀
14. Anllo L M. Sexual Life After Breast Cancer. *J Sex Marital Ther* 2000; 26(3):241-248. ◀◀
15. Alder J, Zanetti R, Wight E, Urech C, Fink N, Bitzer J. Sexual Dysfunction after Premenopausal Stage I and II Breast Cancer: Do Androgens Play a Role? *J Sex Med* 2008; 5(8):1898-1906. ◀◀◀◀
16. Kwan K W, Chlebowski R T. Sexual Dysfunction and Aromatase Inhibitor Use in Survivors of Breast Cancer. *Clin Breast Cancer* 2009; 9(4): 219-224. ◀
17. Cornell L F, Mussallem D M, Gibson T C, Diehl N N, Bacteria S P, McLaughlin, S A. Trends in Sexual Function After Breast Cancer Surgery. *Ann Surg Oncol* 2017;24(9): 2526-2538. ◀◀◀◀
18. Pintado S. Funcionamiento sexual y satisfacción con la relación de pareja en mujeres con cáncer de mama. *Ginecol Obstet Mex* 2016; 84(11):679- 683. ◀◀◀◀
19. Al-Ghazal S K, Fallowfield L, Blamey R W. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast reconstruction. *Eur J Cancer* 2000; 36(15):1938-1943. ◀
20. Buković D, Fajdić J, Hrgović Z, Kaufmann M, Hojsak I, Stancerić T (2004). Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors. *Oncol Res Treat* 2004; 28(1): 29-34. ◀◀
21. Gandhi C, Butler E, Pesek S, Kwiat R, Edmonson D, Raker C, Gass, J (2019b). Sexual Dysfunction in Breast Cancer Survivors. *Am J Clin Oncol* 2019; 42(6): 500-506. ◀◀
22. Gass J S, Onstad M, Pesek S, Rojas K, Fogarty S, Stuckey A, Dizon, D S. Breast-Specific Sensuality and Sexual Function in Cancer Survivorship: Does Surgical Modality Matter? *Ann Surg Oncol* 2017; 24(11): 3133-3140. ◀
23. Rojas K, Onstad M, Raker C, Clark M, Stuckey A, Gass J. The impact of mastectomy type on the Female Sexual Function Index (FSFI), satisfaction with appearance, and the reconstructed breast's role in intimacy. *Breast Cancer Res Treat* 2017;163(2):273-279. ◀
24. Speer J J, Hillenberg B, Sugrue D P, Blacker C, Kresge C L, Decker V B, Decker D A. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal* 2005; 11(6): 440-447. ◀◀
25. Ussher J M, Perz J, Gilbert E. Information needs associated with changes to sexual well-being after breast cancer. *J Adv Nurs* 2013; 69: 327-337. ◀◀
26. Ochsenkühn R, Hermelink K, Clayton A H et al. Menopausal Status in Breast Cancer Patients with Past Chemotherapy Determines Long-Term Hypoactive Sexual Desire Disorder. *J Sex Med* 2011;8(5): 1486-1494. ◀

27. Blouet A, Zinger M, Capitain O et al. Sexual quality of life evaluation after treatment among women with breast cancer under 35 years old. *Supportive Care in Cancer* 2018;27(3): 879-885. ◀
28. Alvarado-García A et al. Diagnóstico y tratamiento de la perimenopausia y la postmenopausia: *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2015; 53(2): 214-25. ◀◀
29. Campo-Arias A, Herazo E. Novedades, críticas y propuestas al DSM-5: el caso de las disfunciones sexuales, la disforia de género y los trastornos parafilicos. *Rev Colomb Psiquiatr* 2018;47(1): 56-64. ◀
30. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leib R. The Female Sexual Function Index (FSFI): A Multidimensional Self-Report Instrument for the Assessment of Female Sexual Function. *J Sex Marital The* 2000; 26(2): 191-208. ◀
31. Bartula I, Sherman K A. The Female Sexual Functioning Index (FSFI): evaluation of acceptability, reliability, and validity in women with breast cancer. *Supportive Care in Cancer* 2015; 23(9): 2633-2641. ◀
32. Vallejo-Medina P, Pérez-Durán C, Saavedra-Roa A. Translation, Adaptation, and Preliminary Validation of the Female Sexual Function Index into Spanish (Colombia). *Arch Sex Behav* 2017;47(3): 797-810. ◀
33. Blümel M J E, Binfa E L, Cataldo A P, Carrasco V A, Izaguirre L H, Sarrá C S Índice de función sexual femenina: un test para evaluar la sexualidad de la mujer. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2004; 69(2):118-125.
34. Córdoba-de J C, Arranz-Martín B, Torres-Lacomba M. Disfunción sexual en mujeres diagnosticadas y tratadas de cáncer de mama. Estudio descriptivo longitudinal. *Fisioterapia* 2019;41(2): 73-82. ◀
35. Espitia De La Hoz F J, De La Ossa Ospina D. (2019). Evaluación de la Función sexual en mujeres con cáncer de mama, en el Quindío. *Revista avances en salud* 2019; 3(2):8-17. ◀◀
36. Maiorino M I, Chiodini P, Bellastella G, Giugliano D, Espósito K. (2015). Sexual dysfunction in women with cancer: a systematic review with meta-analysis of studies using the Female Sexual Function Index. *Endocrine* 2015;54(2): 329-341. ◀
37. Fobair P, Spiegel D (2009b). Concerns About Sexuality After Breast Cancer. *The Cancer Journal* 2009; 15(1): 19-26. ◀
38. Schover L R, Baum G P, Fuson L A, Brewster A, Melhem-Bertrandt A. Sexual Problems During the First 2 Years of Adjuvant Treatment with Aromatase Inhibitors. *J Sex Med* 2014; 11(12): 3102-3111. ◀◀
39. Kuehn R, Casaubon J, Raker C, Edmonson D, Stuckey A, Gass J. (2019). Sexual Dysfunction in Survivorship; the Impact of Menopause and Endocrine Therapy. *Ann Surg Oncol* 2019 ; 26(10): 3159-3165. ◀
40. Barreto Martín M P, Pintado Cucarella M S. Imagen corporal y cáncer de mama. *Revista De Senología Y Patología Mamaria* 2011;24(2): 54-58. ◀
41. Schover L R (2008). Premature Ovarian Failure and Its Consequences: Vasomotor Symptoms, Sexuality, and Fertility. *J Clin Oncol* 2008; 26(5): 753-758. ◀
42. Archangelo S de C V, Sabino M, Veiga D F, Garcia E B, Ferreira L M. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics* 2019;74: 1-5. ◀

DEBATE

Dr. Uriburu: Quisiera felicitarla por la elección del tema, porque es poco tratado. No recuerdo, salvo en algún curso que hicimos el año pasado de cáncer de mama en pacientes jóvenes, que se tratara en este ámbito. Esto se traduce en algo peor aún que es, no tratarlo en la relación médico-paciente y en la falta de asesoramiento a la paciente oncológica. No solo en la joven, sino como bien mencionó Ud., en la postmenopáusica también. Esto refleja una falta de conocimiento o iniciativa por parte del médico, pero también por parte de la paciente que no lo solicita. No tenemos que esperar eso, debemos ofrecerle el consejo dentro del apoyo psico-oncológico. Este no abarca solo el estado de angustia, depresión o pánico por el diagnóstico o el tratamiento quirúrgico, quimioterápico, hormonal que reciba la paciente, comprende también su esfera sexual, que es el tema de su presentación. No solo eso, incluso también los cuidados cosméticos, que a veces se los desestima, además de otros factores que hemos venido tratando en las últimas reuniones, cursos y congresos, como la preservación de la fertilidad, la anticoncepción o el asesoramiento genético, los que vamos instalando cada vez más. Así que todo esto es lo que tenemos que ofrecerles a las pacientes y no esperar a que ellas lo demanden. Es importante identificar a las pacientes que presentan disfunción sexual, que por lo que Ud. presentó son mayoría, para mejorarles la calidad de vida, lo que no es poco. Dentro de este ámbito cada vez hay más consultorios que se denominan de "survivorship" o de asesoramiento a las pacientes en todos estos aspectos que acabo de mencionar. Creo entonces que su presentación de hoy va a colaborar significativamente para que pensemos más en este objetivo, así que felicitaciones por ello.

Dr. Billinghamurst: Te felicito María Florencia. Uno está siempre viendo estas pacientes y encara poco el tratamiento de la sexualidad. Estamos enfocados a lo oncológico y a la cirugía. Me resulta curioso el dato que las pacientes mastectomizadas,

tuvieran mejor condición del tema sexual que las pacientes con cirugía conservadora, cuando uno hubiera pensado lo contrario. Al principio dijiste que las clasificaron también de acuerdo con el nivel educacional y de la obra social. ¿Qué conclusión sacaron de acuerdo con estos niveles?

Dra. Costa: Las pacientes que tenían mayor disfunción sexual fueron las universitarias. Nosotros medimos las primarias, las secundarias, las que hicieron un terciario y las universitarias. Las que tenían mayor rango de disfunción, si bien todas estaban en rango, eran las universitarias y las pacientes que tenían obras sociales.

Dr. Billinghamurst: Entonces a mayor nivel social, mayor disfunción.

Dr. Dávalos Michel: En concordancia con el Dr. Billinghamurst le iba a preguntar a la Dra. si era un nivel socioeconómico todo uniforme o sociocultural mejor dicho. Pero la pregunta ya está contestada. Yo también pensaba lo mismo, que a mayor nivel sociocultural probablemente sería más la disfunción sexual y que las pacientes que, por ahí son más sencillas, se conforman con menos. Muy buena su presentación, muy importante. Creo que debemos tener siempre en cuenta este tema y ayudar a las pacientes para que en menos de diez años vuelvan a ser sexualmente como eran antes.

Dr. Cassab: Adhiero a las felicitaciones por el trabajo, porque es un tema que generalmente no tocamos, ni tampoco lo charlamos a veces en el consultorio. En la vorágine de atender y darle prioridad a la enfermedad, nos olvidamos de todos estos ítems que son muy importantes para continuar la vida. A mí me llamó la atención, creo que a todos, lo mismo que dijo el Dr. Billinghamurst sobre las pacientes mastectomizadas y el tratamiento conservador, incluso creo que las reconstruidas. Porque a veces uno piensa que una paciente que se va a reconstruir le da más importancia a su cuerpo y quizás una paciente mastectomizada va a tener más pudor o

va a tener más limitación a la hora de la sexualidad y parecería que no lo vieron así. Pero bueno, esos fueron los resultados que ustedes obtuvieron. Quería preguntarte si hubo comparación en la sexualidad antes del tratamiento. Si indagaron cómo eran ellas sexualmente antes de conocer su diagnóstico, para compararlo en el postratamiento, porque quizás estamos preguntando cómo es su sexualidad, cómo repercutió el cáncer de mama en su sexualidad, pero tal vez eran pacientes que no tenían mucho interés sexual previo a la enfermedad y tampoco lo iban a tener después.

Dra. Costa: Gracias Dr. por su aporte y muy interesante lo que me está preguntando, pero no fue el objetivo del trabajo comparar cómo era la conducta sexual de la paciente antes y después del tratamiento. Estaría bueno a futuro enfocar un trabajo y encaminarlo también desde ese punto de vista.

Dr. Uriburu: Con respecto a lo que observaban los Dres. Billingham, Dávalos Michel y Cassab, sobre las pacientes reconstruidas y mastectomizadas, me llamó también la atención, pero me pareció que no era significativa esa diferencia. Ambos grupos estaban por debajo del límite de corte, creo que alrededor del 18%, o sea que estaban bajos los dos y no fue significativo, así que creo que no era como para sacar una conclusión.

Dr. Montesinos: Me sumo a las felicitaciones por el excelente trabajo presentado. Es un tema que se trata en Estados Unidos y no afecta solamente al cáncer de mama sino a muchos otros tipos de operaciones, principalmente oncológicas, por ejemplo a personas que quedan con colostomía. De todas maneras iba a preguntar lo mismo que el Dr. Cassab, sobre si tenían deseo de tener sexo antes y si tienen pareja actual, que también es otro tema. Por otra parte siempre todas prefieren que sea el médico el que inicie la pregunta y no ser ella la que tenga que preguntar, más o menos buscando una vuelta como diciendo, es como que haya problemas sexuales después de la cirugía, si usted fuera su caso, nosotros contamos con un departa-

mento que pueda atenderla. Ese es el punto, hay que contar con quién se haga cargo del problema, porque destapar la olla que después uno no puede tapar, también es un problema, hay que tener un equipo de gente que se pueda ocupar de esa temática después que uno lo induzca a descubrir el problema. Porque si se descubre el problema y Ud. no le da la solución, le está metiendo el dedo en la llaga. Era eso nada más, muchas gracias.

Dra. Costa: Con respecto a la pregunta si tenían pareja o no, nosotros no quisimos poner el estado civil y tampoco preguntar si tenían pareja porque ya el cuestionario involucra dos preguntas en torno a su pareja. Por lo tanto no se consultó en nuestra encuesta para la obtención de estos datos.

Dr. Uriburu: Muchas gracias Dra. Con respecto a eso que dijo el Dr. Montesinos recién, lo mencionó al pasar y cada vez nos lo planteamos más, aunque es más común en los Estados Unidos en esos consultorios de "survivorship" como les comentaba antes o como dice el Dr. Montesinos, es destapar la olla pero darle la solución. Explicarle a la paciente no solo esto, como decíamos, los efectos adversos de los tratamientos, como solucionarlos, como solucionar la parte cosmética, el aspecto estético, la peluca, los pañuelos, el maquillaje y ni hablar de la preservación de la fertilidad, asesoramiento genético, anticoncepción, estas últimas más que importantes tal vez si las hablamos. Obviamente hay que ofrecerles soluciones y eventualmente pensar en hacer un consultorio para este consejo.

Dra. Magirena: Buenas noches, yo no pertenezco a la Sociedad, soy la sexóloga que ha colaborado con la Dra. Costa y la Dra. Maltagiatti. Primero les quiero agradecer que pongan este tema dentro de lo que es una Sociedad de Mastología y se empiece a hablar de esto. Escuchaba recién a los Dres. que decían esto de "poner el dedo en la llaga". Yo que estoy "del otro lado del mostrador" les comento que las mujeres suelen decir, cuando consultan a un ginecólogo general, en este caso mío en particular, que trabajo en disfunciones sexuales,

esto de “¿cómo le voy a preguntar al oncólogo?” o “¿cómo le voy a preguntar al cirujano?”, no le puede decir esto que me está pasando porque él se ocupa de otras cosas más importantes. Me parece que tenemos que empezar a abrir el espacio de la consulta, tratar de acompañar a la mujer en el proceso. El impacto que tiene cualquier tratamiento quirúrgico, como decía el Dr. Montesinos recién, no solamente en la mama sino una histerectomía, o cualquier otro tipo de intervención quirúrgica, el impacto que le produce en la esfera sexual a la mujer es muy fuerte y cuando ustedes preguntaban qué pasaba antes y después es cierto, una mujer que viene teniendo una dificultad en su vida sexual se va a ver empeorado y agravado por el hecho de la intervención quirúrgica. Me parece bien incluir la pregunta dentro de lo que es la evaluación del seguimiento postoperatorio en los tratamientos de cáncer de mama y encargarse especialmente, aprovecho que están todos los mastólogos aquí presentes, a prestarle atención al tema de la sequedad vaginal en la mujer des-

pués de los tratamientos hormonales y en aquellas postmenopáusicas, porque si bien muchas se resisten al tratamiento con estrógenos locales hay otros recursos que podemos emplear, que le mejoran la calidad de vida y, como siempre digo, tener una mujer feliz y contenta con una vida sexual activa va a mejorar mucho más el seguimiento de su patología oncológica. Nada más que agradecerles el espacio y celebrar que podamos tener estos momentos de intercambio y de interdisciplina.

Dr. Uriburu: Muchas gracias Dra. Esto último que acaba de mencionar es una de las pocas cosas que sí mencionan las pacientes, el reclamo por la sequedad y el tratamiento, así que de lo poco que se ha tocado esto, sí lo mencionan y lo reclaman. Así que una vez más Dra. Costa y colaboradores felicitaciones por el trabajo, creo que estamos de acuerdo que todo esto ayuda a mejorar la calidad de vida nuestras pacientes y no tenemos que perderlo de vista.