

Efecto del cáncer de mama en la calidad de vida: un estudio prospectivo.

Milagros M. Cerdá Jaén, Micaela Abrego, Valeria Méndez Ortiz, Micaela Chiaramondia, Melisa Vivacqua, Diego Valenzuela, Karina Zabaleta, Francisco Terrier, Luis A. Barbera

RESUMEN

Introducción

El cáncer de mama ocupa un lugar destacado entre las causas de morbilidad y mortalidad en Argentina. Es importante conocer el impacto que tiene su diagnóstico y tratamiento en la calidad de vida de las pacientes y cómo se modifican los distintos dominios a través del tiempo.

Objetivo

El objetivo de este estudio es conocer la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, los factores que la condicionan y su evolución en el tiempo.

Material y método

Es un estudio observacional, analítico, prospectivo.

Se evaluaron pacientes con cáncer de mama, tratadas en la Clínica Breast-Hospital Italiano de La Plata a través de encuestas de calidad de vida. Se incluyeron tres cuestionarios, EORTC QLQ C-30; el espe-

cífico para cáncer de mama QLQ BR23 y uno propio. Se realizaron el día previo a la cirugía, y 4 meses después. Se compararon los resultados y las diferencias entre ellos, de acuerdo a los distintos tratamientos. A su vez, se evaluó el impacto que tuvo la pandemia COVID-19 sobre la calidad de vida.

Resultados

Se evaluaron 152 respuestas. La calidad de vida promedio fue alta en todos los grupos (80/100 puntos), con valores superiores en la segunda encuesta.

El dominio más afectado en la encuesta EORTC QLQ C-30 fue el funcionamiento emocional, mientras que el funcionamiento sexual y la preocupación por el futuro, los más afectados en la encuesta específica QLQ BR23.

La imagen corporal, la perspectiva de futuro y el funcionamiento sexual guardan relación con la edad, mientras que el tratamiento quimioterápico, lo hace con el funcionamiento social y la imagen corporal.

Conclusiones

La calidad de vida juega un rol importante en los ensayos clínicos y en la práctica clínica. Las pacientes con cáncer de mama tienen buena adaptación a los distintos tratamientos y existen pequeñas diferencias entre los distintos grupos. No obstante esto, hubo un pequeño porcentaje de pacientes afectadas por la situación de pandemia. Es necesario fortalecer las estrategias para afrontar la enfermedad y abordar a la paciente desde un enfoque multidisciplinario. El tiempo es una variable fundamental para mejorar la calidad de vida.

Palabras Clave

Calidad de vida. Cáncer de mama. Cuestionarios EORT. QLQ C-30. QLQ BR-23. COVID-19

ABSTRACT

Introduction

Breast cancer occupies a prominent place among the causes of morbidity and mortality in Argentina. It is important to know the impact that its diagnosis and treatment has on the quality of life of the patients and how the different domains change over time.

Objective

The objective of this study is to know the quality of life of patients with breast cancer and its evolution over time.

Material and method

It is an observational, analytical, prospective study.

We evaluated patients with breast cancer, treated at the Breast Clinic-Hospital Italiano de La Plata, Argentina through quality of life surveys. Three questionnaires were included, EORTC QLQ C-30; the specific one for breast cancer QLQ BR23 and one of its own. They were performed the day before surgery, and 4 months later. The results and the differences between them were compared, according to the different treatments. In addition, the impact of the COVID-19 pandemic on quality of life was also evaluated.

Results

We evaluated 152 responses. The average quality of life was high in all groups (80/100 points), with higher values in the second survey.

The domain most affected in the EORTC QLQ C-30 survey was the emotional functioning, while the sexual functioning and the future perspective were the most affected in the specific QLQ BR23 survey.

Body image, future perspective, and sexual functioning are related to age, while chemotherapy is related to social functioning and body image.

Conclusions

Quality of life plays an important role in clinical trials and clinical practice. Patients with breast cancer adapt well to different treatments and there are small differences between the different groups. However, there were a small percentage of patients were affected by the pandemic situation. It is necessary to strengthen the strategies to face the disease and approach the patient from a multidisciplinary approach. Time is a fundamental variable to improve the quality of life.

Key words

Quality of life. Breast cancer. EORT questionnaires. QLQ C-30. QLQ BR23. COVID-19

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es una enfermedad prevalente y constituye un importante problema de salud. En la medida en que otras causas de mortalidad son controladas y la población envejece, las enfermedades neoplásicas aparecen entre las más importantes causales de muerte y discapacidad en el mundo.¹ En Argentina, el cáncer de mama es el más frecuente, con más de 21.000 casos nuevos por año y una tasa de 73 casos por cada 100.000 mujeres.

La mortalidad varía de una región a otra, aquellos países desarrollados con alto índice de desarrollo humano presentan una tasa de mortalidad menor. Es una enfermedad con mayor prevalencia en poblaciones urbanas y desarrolladas, sin embargo su letalidad aumenta en poblaciones con peores condiciones socioeconómicas como por ejemplo, América Latina. Uruguay es el país con mayor tasa de mortalidad, ubicando a la Argentina en el segundo puesto.

En nuestro país, el cáncer de mama es la tercera causa de muerte por cáncer. A pesar de esto, la mortalidad de esta enfermedad en Argentina ha disminuido de manera sostenida y estadísticamente significativa desde 1996, a un ritmo de -0,9% anual durante el período 1996-2013 y luego -2,1% anual entre 2013-2019.²

En los últimos años la sobrevida del cáncer de mama ha ido aumentando; las tasas de curación para los tumores menores de 2 cm superan el 80%.³ La prevención de esta enfermedad no debe centrarse

sólo en el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz, sino también en retardar y disminuir las complicaciones y secuelas de la enfermedad y de los tratamientos.⁴ Es decir mejorar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama.

La calidad de vida es un concepto complejo y de amplio debate debido a las dimensiones que abarca y la multiplicidad de factores que la determinan. Esto se debe a la relación entre la dimensión subjetiva (lo percibido por el individuo, como la satisfacción o la felicidad) y la dimensión objetiva (las condiciones materiales, como el nivel de vida o estado físico del individuo). La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como “la percepción adecuada y correcta que tiene de sí mismo una persona en el contexto cultural y de valores en la que está inmersa, en relación con sus objetivos, normas, esperanzas e inquietudes. Su percepción puede estar influida por su salud física, psíquica, su nivel de independencia y sus relaciones sociales”. Esta definición, no es práctica por lo que se modificó reduciendo su contenido a “la sensación de bienestar físico psíquico y social”.

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 los diferentes tumores y tratamientos y se complementan con áreas específicas de cada tumor o tratamiento.⁵

A principios de 1980, EORTC comenzó a planificar estos cuestionarios, dentro del marco de estrategias para valorar la calidad de vida de los pacientes oncológicos. Estableció criterios para la realización de los mismos. Debían ser específicos para el cáncer; estar diseñados de tal manera que el paciente pudiera autocompletarlo, tener una estructura multidimensional cubriendo al menos cuatro elementos básicos de la calidad de vida (síntomas físicos, funcionamiento físico y de los roles, funcionamiento psicológico y funcionamiento social). También se contempló que el tiempo de realización no debía superar los 10 minutos para completarla. Además, el instrumento debía cumplir con los estándares establecidos para confiabilidad, validez y capacidad de respuesta a los cambios clínicos del estado de salud de los pacientes a lo largo de tiempo.

La primera generación de cuestionario (QLQ-C36) consistía en 36 preguntas, pero con su uso se vio la necesidad de descartar algunas preguntas, por no ser informativas, y se hizo una modificación sustancial en la escala de funcionamiento emocional, lo que dio lugar a la segunda generación: EORTC QLQ-C30, la versión de 30 preguntas. Este cuestionario fue probado en pacientes con cáncer de pulmón

de 12 países con diferentes culturas (Australia, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Francia, Alemania, Italia, Holanda, Noruega, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos), lo que permitió establecer la sensibilidad, validez y confiabilidad del instrumento.^{6,7}

Actualmente, se utiliza la tercera versión de este cuestionario. El QLQ-C30 incluye cinco escalas funcionales (física, funcionamiento autónomo, cognitiva, emocional y social); tres escalas de síntomas (fatiga, dolor, náusea y vómito); estado general de salud/escala de calidad de vida; una serie de preguntas adicionales para evaluar síntomas comúnmente referidos por los pacientes con cáncer (disnea, pérdida de apetito, insomnio, constipación y diarrea) y el impacto financiero percibido.⁸ Esta escala se encuentra disponible en 67 idiomas diferentes, y cuenta, además, con subescalas específicas por patología, una de las cuales es la QLQ-BR23 para cáncer de mama. Esta consiste en 23 preguntas que cubren los síntomas y los efectos secundarios relacionados con las diferentes modalidades de tratamiento. Asimismo, incluye aspectos como imagen corporal, sexualidad y perspectivas futuras.⁹

Comienza en oncología a ponderarse la calidad de vida, con una mirada renovada, haciendo foco en el bienestar del paciente, mediante la toma compartida de decisiones terapéuticas. Dicho aspecto es central para entender y poder abordar nuestro análisis, que permitirá demostrar la importancia de la calidad de vida. El bienestar subjetivo del paciente depende en gran medida del estado afectivo, y el desempeño en los roles sociales. La variación de estos cambios, también presentan distintas velocidades. Es un proceso dinámico donde el paciente deberá conciliar constantemente sus propios deseos y logros con las condiciones de su entorno, y su capacidad para satisfacer las demandas sociales. Sin embargo existen controversias si la calidad de vida mejora pasado el momento del diagnóstico.¹⁰

Es importante no perder de vista que los distintos componentes tienen implicancias temporales. Si bien existen trabajos que investigan de forma transversal la calidad de vida, son pocos los que tienen un enfoque prospectivo. A partir de esto es que el trabajo se basa en analizar dos momentos que identifican los procesos de la calidad de vida de las pacientes a lo largo de sus tratamientos, y las implicancias subjetivas que se irán desarrollando.^{11,12}

En diciembre de 2019, se identifica en Wuhan, China un grupo de casos de neumonía producida por un virus denominado SARS-Cov2. El 11 de marzo de 2020 la OMS declara la pandemia por coronavirus (COVID-19). Para este momento en Argentina se registraban 128 ca-

sos confirmados por COVID-19 y 3 muertos. Como consecuencia, se implementaron una serie de medidas sanitarias, entre ellas, el aislamiento social obligatorio que comenzó a regir el 20 de marzo y se extendió hasta el 29 de abril para toda la república.

OBJETIVO

Objetivo general

Evaluar la calidad de vida y su variación en el tiempo en pacientes con estadios iniciales de cáncer de mama, mediante encuestas realizadas en la clínica Breast-Hospital Italiano de La Plata.

Objetivo Secundario

- Comparar la calidad de vida de las pacientes de acuerdo al tipo de cirugía mamaria realizada (cuadrantectomía/mastectomía).
- Evaluar el impacto de los tratamientos en la calidad de vida de las pacientes (quimioterapia/sin quimioterapia, hormonoterapia/sin hormonoterapia, radioterapia/sin radioterapia).
- Analizar los dominios de la calidad de vida de las pacientes (físico, psíquico, social y el entorno) y el cambio de estos en el tiempo.
- Establecer si la pandemia del COVID-19 tuvo algún impacto en la calidad de vida de las pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio observacional, analítico y prospectivo.

Fueron incluidas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, estadios iniciales (I, II y III) en plan de cirugía que hayan o no recibido quimioterapia neoadyuvante, tratadas en la Clínica Breast-Hospital Italiano de La Plata desde octubre de 2019 a enero de 2020.

Se excluyó pacientes en estadio IV, pacientes masculinos y aquellas que presentaron alguna discapacidad mental y no pudieron contestar la encuesta.

Se invitó a las pacientes a participar de forma voluntaria y anónima, a responder las encuestas QLQ-C30 y QLQ-BR23. Además, se anexó un cuestionario propio que incluía preguntas adicionales sobre datos clínicos, demográficos y aspectos psicológicos. Se realizó la primera encuesta el día previo a la cirugía y la siguiente pasado los 4 meses. Esta última vía telefónica o e-mail.

Para la realización del segundo cuestionario, en Argentina nos encontrábamos en la fase 1 de la pandemia por COVID-19, con aisla-

miento social obligatorio. Debido a este contexto epidemiológico e inusual nos pareció pertinente consultar a nuestras pacientes si les afectaba esta situación en cuanto al tratamiento o recuperación en relación con el cáncer de mama. Además, preguntamos cuál o cuáles eran los estados emocionales que predominaban (ansiedad, incertidumbre, enojo, miedo, etc).

El cuestionario QLQ-C30 (versión 3.0), consta de 30 preguntas, de las cuales dos son de Escala Virtual Analógica (EVA) y el resto tipo Likert (1 en absoluto, 2 un poco, 3 bastante, 4 mucho), con tiempo estimado de realización de 12 minutos (Tabla 1 Escala QLQ-C30).

Tabla 1. Escala funcional de QLQ-C30.

Funcionamiento físico	1 ¿Tiene alguna dificultad para realizar actividades que requieran un esfuerzo importante? 2 ¿Tiene dificultad para dar un paseo largo? 3 ¿Tiene dificultad para dar un paseo corto? 4 ¿Tiene que permanecer en cama o sentado durante todo el día? 5 ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, afeitarse o ir al baño?
Funcionamiento de roles	6 ¿Tuvo algún impedimento para hacer su trabajo o actividades cotidianas? 7 ¿Tuvo algún impedimento para realizar sus pasatiempos favoritos u otras actividades recreativas?
Funcionamiento emocional	21 ¿Se ha sentido tensa? 22 ¿Se ha sentido preocupada? 23 ¿Se ha sentido irritable? 24 ¿Se ha sentido deprimida?
Funcionamiento cognitivo	20 ¿Ha tenido dificultad para concentrarse en cosas como leer el diario o ver televisión? 25 ¿Ha tenido dificultad para recordar las cosas?
Funcionamiento social	26 ¿Ha interferido el estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar? 27 ¿Ha interferido el estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?

El cuestionario QLQ-BR23, específico para el cáncer de mama, consta de 23 preguntas con respuesta tipo Likert (igual al QLQ-C30). Estudia escalas funcionales dirigidas a valorar la imagen corporal, el funcionamiento y el disfrute sexual, las perspectivas de futuro y los síntomas específicos referidos a la mama y la axila, así como los efectos adversos de las terapias sistémicas y la preocupación por la pérdida de cabello (Tabla 2 Escala de síntomas QLQ-BR23; Tabla 3 Escala funcional QLQ-BR23).

Tabla 2: Escala de síntomas QLQ-BR23.

Efectos de la terapia sistémica	31 ¿Tuvo la boca seca? 32 ¿Tenía la comida o bebida sabor diferente al habitual? 33 ¿Le dolieron los ojos, se irritaron o lloraron? 34 ¿Se le cayó algo de pelo? 36 ¿Se sintió enferma o mal? 37 ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo? 38 ¿Tuvo dolores de cabeza?
Pérdida de pelo	35 ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?
Síntomas en brazo y/o mano	47 ¿Sintió dolor en el brazo o en el hombro? 48 ¿Se le hinchó el brazo o la mano? 49 ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?
Síntomas en mama	50 ¿Ha tenido dolor en la zona del pecho afectado? 51 ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado? 52 ¿Sintió que la zona del pecho afectado estaba más sensible que lo normal? 53 ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (picazón, sequedad descamación)?

Tabla 3: Escala funcional QLQ-BR23.

Imagen del cuerpo	39 ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento? 40 ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento? 41 ¿Le resultó difícil verse desnuda? 42 ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?
Perspectiva del futuro	43 ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?
Funcionamiento sexual	44 ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo? 45 ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)
Disfrute sexual	Si tuvo actividad sexual: ¿hasta qué punto disfrutó del sexo?

El principio de puntuación de las escalas para ambos cuestionario es el mismo. Se calculó el promedio de los elementos que constituyen a la escala (puntaje bruto), y se transformó de forma lineal para obtener una calificación absoluta. De esta manera se obtiene un rango de 0 a 100 puntos. Puntuaciones altas representan un mejor nivel de calidad de vida en las áreas de funcionamiento, pero un mayor nivel de afectación de los síntomas.¹³

Para analizar la población estudiada, se utilizaron variables cualitativas expresadas como proporción y las variables cuantitativas como media y desvío estándar. Los puntajes de cada escala se reportaron

como media y desvío estándar, con intervalo de confianza del 95%. La comparación de las medias, se realizó mediante T-Test de Student y Test de Anova. Interpretando como significativo los resultados con un $p < 0,05$.

Los datos fueron procesados mediante el programa estadístico IBM SPSS Statistics 25.

RESULTADOS

Entre Octubre de 2019 y Enero de 2020, fueron operadas 233 pacientes con diagnóstico previo de cáncer de mama en la clínica Breast-Hospital Italiano de La Plata. Estas fueron invitadas a participar del estudio entregando la primera encuesta el día previo a su cirugía. Contestaron 200 pacientes la primera encuesta mientras que 152 respondieron la segunda encuesta, 4 meses después. La edad de estas oscilaba entre los 31 y 83 años (Gráfico 1: Distribución por edades).

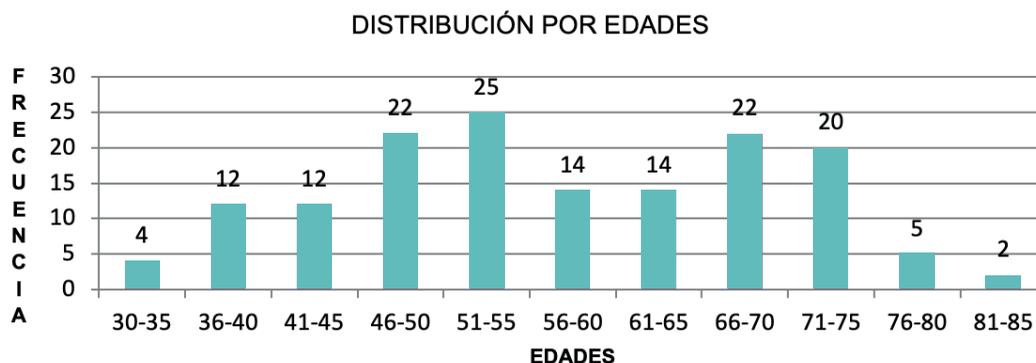


Gráfico 1: Distribución edades.

En cuanto a los datos demográficos, nos interesa abordar ciertos aspectos que atravesaron a la mayoría de las pacientes y que representaron una variable interesante a la hora de analizar los resultados (Tabla 4: características poblacionales E1). Respecto a su historia familiar, el 79,5% no tuvo antecedentes familiares de primer grado de cáncer de mama. De las restantes, aquellas que cumplían con los criterios realizaron asesoramiento genético y solo una tenía una alteración genética demostrada.

Tabla 4: Características poblacionales E1.

	N	%
Estado civil		
Soltera	23	11,62
Separada/divorciada	22	11,11
Viuda	23	11,62
En pareja estable	130	65,66
Hijos		
Si	174	87,0
No	26	13,0
Nivel de estudios		
Sin estudios	5	2,5
Primario	19	9,5
Secundario	56	28,0
Terciario/universitario	120	60,0
Actividad laboral		
Ama de casa	36	18,1
Trabaja fuera de casa	90	45,2
Jubilada	73	36,7
Antecedentes familiares de cm		
Si	41	20,5
No	159	79,5
Alteración genética demostrada		
Si	1	2,5
No	39	97,5
Apoyo psicológico		
Si	37	18,7
No	161	81,3
Hobby		
Si	123	62,4
No	74	37,6
Creencia religiosa		
Si	117	59,7
No	79	40,3
Terapia alternativa		
Si	21	10,6
No	178	89,4
Consumo fármacos psiquiátricos		
Si	36	18,2
No	162	81,8

Siendo la esfera psicológica una variable a destacar en nuestra investigación, como parte del proceso de recuperación de las pacientes, nos detendremos brevemente en este aspecto. En la primera encuesta, solo el 18,5% recibió apoyo psicológico durante el diagnóstico o tratamiento de la enfermedad. Fue notorio, dado que nuestra unidad de mastología cuenta con servicio de psicooncología, que tan sólo el 17,6% tenía conocimiento, y que a su vez, sólo el 20% participó en alguna de sus actividades. En cuanto a terapias alternativas el 10,6% realizó alguna de estas. Bionodescodificación, cannabis y reiki, fueron las más destacadas. Según los datos obtenidos de la primera encuesta EORTC, el promedio de la calidad de vida de nuestras pacientes fue alto, arrojando 79,92 (IC 95% 77,74-82,28) y ascendiendo en la segunda encuesta a 83,22 (IC 95% 80,89-85,56), mostrando una diferencia estadística significativa ($p: 0,04$). El funcionamiento de los roles fue el mejor valorado en la primera etapa (Media 94,49 IC 95% 96,85 - 92,15). En cambio, a partir de la segunda se modificó, siendo el funcionamiento físico como el mejor puntuado (Media 92,19 IC 95% 90,13-94,15). Por último, el funcionamiento emocional fue el más bajo para ambas encuestas. Esta variable consultaba si se había sentido tensa, irritable, deprimida y preocupada (Tabla 5: Score QLQ C30 en cada encuesta). En el cuestionario específico de cáncer de mama, los índices con valores más bajos en ambas encuestas fueron cuando se consultó respecto a la preocupación por el futuro y funcionamiento sexual (Tabla 6: Score QLQ BR23 en cada encuesta). La edad fue un determinante, en ambas encuestas, para las variables de imagen corporal (E1 $p: 0,04$ y E2 $p: 0,035$), perspectiva de futuro (E1 $p: 0,002$ y E2 $p < 0,001$) y función sexual (E1 $p: 0,002$ y E2 $p: 0,011$). A su vez, también condicionó el funcionamiento emocional ($p: 0,003$), físico ($p: 0,02$) y cognitivo ($p: 0,019$) en la encuesta prequirúrgica. En ambas encuestas coincidió el insomnio como el síntoma más frecuente, en segundo lugar se posicionó la fatiga en la primera encuesta y el dolor, en la segunda. Asociándose la fatiga en pacientes que requirieron apoyo psicológico durante el tratamiento ($p < 0,001$). Aquellas que recibieron quimioterapia neoadyuvante también mencionaron habituales diarrea ($p: 0,0007$) y pérdida de apetito ($p: 0,0001$).

Tabla 5. Score QLQ C30 en cada encuesta.

	Media Estadística Encuesta 1	Media Estadística Encuesta 2	Diferencia de media	P significativo
Escala calidad de vida	79,917	83,224	3,307	P:0,048
Funcionamiento físico	92,266	92,193	-0,073	
Funcionamiento de roles	94,500	91,447	-3,052	
Funcionamiento emocional	76,748	80,757	4,008	
Funcionamiento cognitivo	91,250	84,539	-6,710	P:0,001
Funcionamiento social	91,161	91,009	-0,153	
Fatiga	12,888	17,325	4,436	
Náuseas y vómitos	1,515	2,522	1,007	
Dolor	9,587	17,763	8,176	P<0,001
Disnea	4,833	7,018	2,185	
Insomnio	16,497	19,956	3,459	
Perdida apetito	5,724	4,605	-1,118	
Constipación	8,249	13,158	4,909	
Diarrea	7,537	5,702	-1,836	
Dificultad económica	9,523	10,307	0,784	

Tabla 6: Score QLQ BR23 en cada encuesta.

	Media Estadística Encuesta 1	Media Estadística Encuesta 2	Diferencia de media	P significativo
Imagen corporal	90,800	82,511	-8,289	P<0,001
Perspectiva futuro	63,575	67,544	3,969	
Función sexual	76,726	72,149	-4,577	
Disfrute sexual	38,095	37,778	-0,317	
Efecto de terapia sistémica	10,307	15,695	5,388	
Perdida de pelo	38,333	35,648	-2,685	
Síntomas en mama	9,722	18,092	8,370	P<0,001
Síntomas brazo	5,952	11,404	5,452	P<0,001

El funcionamiento de roles ($p < 0,001$) y la imagen corporal ($p < 0,001$) fueron condicionantes para las pacientes que realizaron quimioterapia tanto neoadyuvante como adyuvante. En cambio, la dificultad económica tuvo una diferencia significativa destacable ($p < 0,001$) en aquellas que realizaron terapia neoadyuvante (Tabla 7: Score medio QLQ C30 y BR23 comparación con quimioterapia).

Tabla 7: Score medio QLQ C30 y QLQ BR23 comparación con quimioterapia

	MEDIA		DM	P
	CON QT	SIN QT		
Funcionamiento de roles	85,9260	96,9890	-11,0630	0,0001
Funcionamiento social	85,5553	92,8102	-7,2549	0,0092
Fatiga	24,1971	9,6050	14,5921	0,000002
Insomnio	23,7033	14,3781	9,3252	0,0100
Perdida apetito	13,6357	3,4629	10,1728	0,0001
Diarrea	15,5549	5,1945	10,3603	0,0007
Dificultad economica	18,5176	6,8428	11,6747	0,0004
Imagen corporal	79,7345	94,0900	-14,3555	0,00001

QT: quimioterapia. DM: diferencia media.

Tabla 8: Características poblacionales E2.

	N	Media (%)
Apoyo psicologico		
No	112	73,7
Sí	40	26,3
Tipo de lesión		
Carcinoma in situ	50	32,9
Carcinoma invasor	102	67,1
Cirugía en mama		
Mastectomía	43	28,2
Cuadrantectomía	109	71,8
Cirugía en axila		
Ninguno	13	8,6
Gc	115	75,7
Vac	24	15,8
Radioterapia		
No	49	32,2
Sí	103	67,8
Hormonoterapia		
No	34	22,4
Sí	118	77,6
Quimioterapia		
No	91	59,87
Neoadyuvante	28	18,42
Adyuvante	33	21,71

En la muestra analizada, el 71,7% de las pacientes realizó cirugía conservadora, mientras que el 28,3% mastectomía. De estas últimas, el 41,9% hizo reconstrucción inmediata. De las variables observadas, sólo la imagen corporal fue determinante según el tipo de cirugía ($p < 0,001$). Obteniendo mayor valor aquellas que realizaron cuadrantectomía. Al comparar las pacientes que realizaron mastectomía con y sin reconstrucción, la única diferencia fue la función sexual ($p: 0,001$), que fue más valorada por quienes no tuvieron reconstrucción (Tabla 8: características poblacionales E2).

En el análisis según el tratamiento radiante se da una diferencia significativa en el área de imagen corporal y efectos de la terapia sistémica, presentando un mejor funcionamiento y menores efectos secundarios del tratamiento en aquellas pacientes que la han recibido ($p: 0,010$ y $p: 0,002$ respectivamente).

El 77,6% de las pacientes realizaron hormonoterapia. Se encontraron diferencias en los dominios de funcionamiento físico ($p: 0,001$) y de roles ($p: 0,008$). En cuanto a los síntomas, el insomnio y los efectos de la terapia sistémica, fueron los más valorados.

DISCUSIÓN

La prevención del cáncer de mama y el diagnóstico precoz, son una de las prioridades para los sistemas de salud. Sin embargo, estudios como este, justifican la necesidad de brindar a las pacientes los medios para afrontar las dificultades psíquicas, físicas y sociales del diagnóstico y tratamiento.

La calidad de vida se considera un proceso dinámico, encontrando menor satisfacción en los primeros meses del diagnóstico, y solo mejorando con el avance del tiempo, como se demuestra en este estudio.

Es importante destacar que nuestras pacientes con cáncer de mama presentaron muy buena calidad de vida, con valores superiores a los analizados por Scott¹⁴ pero puntuaciones similares a estudios realizados con anterioridad en nuestro país.^{11,12} Si bien existen algunas diferencias entre las variables, no son muchas, teniendo en cuenta el tipo de cirugía, tratamiento quimioterápico, radiante u hormonal. Esto también se visualizó en el cuestionario realizado por nosotros, ya que más de la mitad de la muestra (59,1%) se consideró sana o muy sana. El 56,9% refirió que su vida laboral no se vio afectada, mientras que el 46,2% no vio alterada su vida familiar.

Si bien las mujeres jóvenes tienen necesidades psicológicas distintas a las mayores, no afectó al score general de la calidad de vida, viéndose reflejado sólo diferencias en imagen corporal, funcionamiento sexual y perspectiva de futuro. En contraposición a lo evaluado en otros estudios, que asocian a un peor funcionamiento¹⁵ o no encuentran diferencias significativas en estas áreas.¹¹ Esto podría deberse a que el estudio de Collon se realizó a pacientes provenientes del interior de la provincia de San Juan, Argentina con intrucción primaria e ingresos por debajo de la línea de pobreza. Cabe destacar, que la imagen corporal es una representación subjetiva del cuerpo que agrupa la autopercepción, su valoración y estándares de belleza y salud de la mujer. Viéndose íntimamente relacionado con sentirse atractiva y con el funcionamiento sexual. Es desde allí que se desprende el significado que tiene la mama, como un órgano sexual y asociado a la feminidad.

En lo que refiere a las diferentes cirugías que se practican, cuadrantectomía y mastectomía, solo hubo diferencias en cuanto a la imagen corporal. Coincidente con la revisión de Kiebert¹⁶ y el trial 10801 de Curran¹⁷, donde demostraron una mayor valoración de la imagen corporal en las pacientes que realizaron cirugía conservadora. Asi-

mismo, no se encontraron diferencias en cuanto al miedo a la recurrencia y el tipo de cirugía. En contraposición a lo expresado por Aaronson¹⁸, quien sugirió que la mutilación física de la mastectomía se asocia a un mayor miedo a la recurrencia, debido a que puede servir como recordatorio diario de la amenaza del cáncer. Esta diferencia podría explicarse por los distintos lugares de procedencia de los pacientes, ya que este último estudio fue realizado en Europa. Es importante resaltar que estos tres autores destacaron que las mujeres jóvenes tienen un mayor miedo a la recidiva, al igual que se constató en nuestro análisis.

Debemos subrayar que en la primera encuesta el 18,7% recibió apoyo psicológico durante el diagnóstico y/o tratamiento, mientras que en la segunda fue del 26,3%, y sólo el 17,6% tenía conocimiento del espacio psicooncológico. Replanteando la necesidad de fortalecer la comunicación del trabajo que se hace desde los lugares interdisciplinarios. Difundir desde los profesionales el espacio psicooncológico, aumentar la periodicidad de los talleres y encuentros con pacientes y familiares, reforzar los canales de comunicación podrían ser algunas de las medidas a implementar. Existen programas psicoeducativos que han demostrado mejorar la calidad de vida y afrontamiento de la enfermedad, y disminuir los síntomas de ansiedad y depresión.^{19,20}

Como en otros estudios, los síntomas más dominantes fueron el insomnio y la fatiga, seguidos de constipación y dolores. Estos dos últimos sin relación estadística con el tratamiento quimioterápico. Diversas publicaciones sobre fatiga y cáncer aseveran una etiología incierta y postulan un origen multifactorial, derivado de la patología, tratamiento y percepciones psicológicas.^{21,22} Siendo el insomnio el síntoma más frecuente, el 18,2% consume algún fármaco psiquiátrico, haciendo uso de las benzodiazepinas como la droga más frecuente. Se ha postulado que estos síntomas no deben disociarse, sino abordarse desde una forma integral constituyendo un síndrome.

La dificultad económica fue una variable que no afectó significativamente a nuestras pacientes, salvo en quienes realizaron tratamientos quimioterápico neoadyuvante ($p:0,0004$). Se podría explicar porque nos encontramos en el ámbito privado, donde los niveles socio-económicos son de mediano a altos en general. Aquellas pacientes que realizan tratamiento quimioterápico, al ser necesariamente prolongados en el tiempo, deben dejar de trabajar, afectando como consecuencia sus ingresos económicos. Esto último podríamos relacionarlo a la revisión de Mols,²³ quien asoció los ingresos económicos altos como un factor predictor fuerte para determinar una mejor

calidad de vida y la quimioterapia adyuvante como un factor predictivo negativo.

El tratamiento hormonal es uno de los pilares para disminuir la mortalidad en el cáncer de mama. En nuestra serie, solo afectó en tres de los catorce dominios del QLQ-C30. Si bien el tiempo analizado es poco en comparación a los diez años que deben recibir algunas pacientes este tratamiento, los resultados son alentadores. Concordando con el estudio de Arraras²⁴ y la revisión de Whelan²⁵, con un seguimiento a tres años, describen buenos puntajes en la calidad de vida con pequeñas variaciones, principalmente trastornos sexuales y sofocos.

Siendo la radioterapia uno de los tratamientos estándares para el cáncer de mama, sólo se observaron dos áreas afectadas en las encuestas: imagen corporal y efecto de la terapia sistémica. Coinciden con los trabajos presentados por Arraras^{26,27}, que demostraron niveles altos en la calidad de vida y pocas diferencias entre los distintos grupos. A su vez, presentando una buena adaptación de las pacientes al tratamiento radiante y superando los síntomas pasadas las seis semanas.

Teniendo en cuenta la coyuntura política y social atravesada por la pandemia del COVID-19 y que la instrumentación del segundo cuestionario fue durante este proceso, se les consultó a las pacientes respecto a si creían que el aislamiento social preventivo y obligatorio le afectaría en su recuperación o tratamiento. El 63,2% respondió que no le afectaba, dejando a un 27% que las afectaba negativamente y un 9,8% que lo hacía positivamente. Dados estos índices, y si bien solo llevabamos 70 días del aislamiento al momento que se hizo la segunda encuesta, es apresurado arrojar conclusiones al respecto. Sólo mencionar los estados emocionales que predominaron ante esta situación. El 29,8% sintió incertidumbre, 22,3% ansiedad, 18,1% miedo, 12,8% esperanza, dejando un 17% restante que destacó confianza, empatía y enojo. Siendo este, un punto importante a analizar en futuras investigaciones, pudiendo hacer un análisis de seguimiento a 5 o 10 años.

Existen críticas hacia la calidad de vida por su carácter subjetivo, pero la epidemiología y estadística validan los resultados que estos aportan. Permitiendo un mejor acercamiento a las pacientes y estableciendo alertas al personal de salud que ayudan a focalizar acciones en los grupos más vulnerables.

Las pacientes que se enfrentan a una enfermedad mortal o crónica, se ven en la obligación de adaptarse a la enfermedad y su tratamiento. Los estudios que evalúan el cambio de respuesta no sólo

son importantes para identificar los efectos de los tratamientos, sino también para examinar el impacto de la enfermedad a largo plazo. Consideramos importante realizar estudios longitudinales de la calidad de vida para poder caracterizar el cambio de respuesta y prevenir el deterioro temprano del nivel de la calidad de vida.^{28,29,30,31}

CONCLUSIÓN

Los resultados de este estudio han demostrado una buena calidad de vida entre nuestras pacientes, siendo el paso del tiempo un factor importante para mejorarla.

Debemos resaltar que las variables más afectadas fueron el funcionamiento sexual, emocional y la preocupación por el futuro. A su vez, los grupos más frágiles fueron las pacientes menores de 50 años y aquellas que realizaron quimioterapia.

Los resultados respecto a cómo se vio afectada la calidad de vida en el contexto de aislamiento social preventivo y obligatorio no afectaron la muestra, pero si condicionaron la forma de cómo poder evaluar esta variable.

Dado que el cáncer de mama es el más frecuente en nuestro país, existe un mayor interés por estudiar la calidad de vida. El impacto negativo que puede tener el diagnóstico, el aumento del estrés y el desconocimiento del tratamiento, genera vulnerabilidad ante la enfermedad. Debemos fortalecer las capacidades individuales para afrontar la enfermedad de una forma más interdisciplinaria, abordando al paciente como un ser bio-psico-social y logrando que un número mayor de mujeres mejore sus condiciones. Por último, consideramos importante prolongar estos estudios en el tiempo para obtener mejores resultados.

REFERENCIAS

1. Viniegra M, Paolino M, Arrossi S. Cáncer de Mama En Argentina: Organización, Cobertura y Calidad de Las Acciones de Prevención y Control., 2010. ◀
2. Estadísticas - Incidencia | Argentina.gob.ar. ◀
3. Instituto Nacional del Cáncer. Plan Nacional de Control Del Cáncer 2018-2022., 2018. ◀
4. Ballesteros I, Abriata MG. Vigilancia Epidemiologica Del Cáncer. Análisis de Situación de Salud Por Cáncer. Argentina 2018., 2018. ◀
5. Arraras Urdanis JI, Illarramendi Mañas JJ, Manterola Burgaleta A 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 ◀
6. Aaronson NK, Cull A, Kaasa S, et al. The EORTC Modular Approach to Quality of Life Assessment in Oncology. Int J Ment Health 1994;23(2):75-96. ◀
7. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. J Natl Cancer Inst 1993;85(5):365-76. ◀
8. Bjordal K, Ahlner-Elmqvist M, Tolleson E, et al. Development of a European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) questionnaire module to be used in quality of life assessments in head and neck cancer patients. EORTC Quality of Life Study Group. Acta Oncol. 1994;33(8):879-85. ◀
9. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras JI, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer breast cancer-specific quality-of-life questionnaire module: first results from a three-country field study. J Clin Oncol. 1996;14(10):2756-68. ◀
10. Arraras J, Garrido E, Pruja E et al. El cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (versión 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. Clín salud 2000;11:329-49. ◀
11. Barber MJ et al. Impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la calidad de vida de las pacientes. Rev Argent Mastología 2018;36:57-90. ◀ ◀
12. Ulloa Bevacqua AL, Torrez Monrroy K, Yaniuk M et al. Calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama. Rev Argent Mastología 2016;36:92-113. ◀ ◀
13. Fayers P, Aaronson N, Bjordal K. EORTC QLQ-C30 scoring manual. Eortc 2001, DOI: 2001/6136/001. ◀
14. Scott NW, Fayers PM, Aaronson NK et al. EORTC QLQ-C30 Reference Values This Manual Presents Reference Data for the QLQ-C30 Based upon Data Provided by EORTC Quality of Life Group Members and Other Users of the QLQ-C30 Sprangers on Behalf of the EORTC Quality of Life Group EORTC Quality of Life Group., 2008. ◀
15. Molina Collon, Delia M, Milidoni O. EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA MEDIANTE LOS CUESTIONARIOS DE LA EORTC. 2006. ◀
16. Kiebert GM, De Haes JCJM, Van De Velde CJH. The impact of breast-conserving treatment and mastectomy on the quality of life of early-stage breast cancer patients: A review. J Clin Oncol 1991;9:1059-70. ◀
17. Curran D, Van Dongen JP, Aaronson NK et al. Quality of life of early-stage breast cancer patients treated with radical mastectomy or breast-conserving procedures: Results of EORTC trial 10801. Eur J Cancer 1998;34:307-14. ◀
18. Aaronson NK, Bartelink H, Van Dongen JA et al. Evaluation of breast conserving therapy: Clinical, methodological and psychosocial perspectives. Eur J Surg Oncol 1988;14:133-40. ◀
19. Osborn RL, Demoncada AC, Feuerstein M. Psychosocial interventions for depression, anxiety, and quality of life in cancer survivors: Meta-analyses. Int J Psychiatry Med 2006;36:13-34. ◀
20. Rodríguez E, Font A. Eficacia de la terapia de grupo en cáncer de mama: variaciones en la calidad de vida. Psicooncología Investig y clínica biopsicosocial en Oncol 2004, DOI: 10.5209/rev_PSIC.2004.v1.n1.17180. ◀
21. Irarrázaval ME, Kleinman P, Silva R. F et al. Calidad de vida en pacientes chilenas sobrevivientes de cáncer de mama. Rev Med Chile 2016;144(12):1567-76. ◀
22. Yennurajalingam S, Bruera E. Review of clinical trials of pharmacologic interventions for cancer-related fatigue: Focus on psychostimulants and steroids. Cancer J (United States) 2014;20:319-23. ◀
23. Mols F, Vingerhoets AJJM, Coebergh JW et al. Quality of life among long-term breast cancer survivors: A systematic review. Eur J Cancer 2005;41:2613-9. ◀

24. Arraras JI, Illarramendi JJ, Manterola A et al. Quality of life in elderly breast cancer patients with localized disease receiving endocrine treatment: a prospective study. *Clin Transl Oncol* 2019;21:1231–9. ◀
25. Whelan TJ, Pritchard KI, Arteaga C et al. Managing patients on endocrine therapy: Focus on quality-of-life issues. *Clinical Cancer Research*. Vol 12. *Clin Cancer Res*, 2006. ◀
26. Arraras JI, Manterola A, Asin G et al. Quality of life in elderly patients with localized breast cancer treated with radiotherapy. A prospective study. *Breast* 2016;26:46–53. ◀
27. Arraras JI, Manterola A, Illarramendi JJ et al. Quality of life evolution in elderly survivors with localized breast cancer treated with radiotherapy over a three-year follow-up. *Breast* 2018;41:74–81. ◀
28. Osoba D, Rodrigues G, Myles J et al. Interpreting the significance of changes in health-related quality-of-life scores. *J Clin Oncol* 1998;16:139–44. ◀
29. King MT. The interpretation of scores from the EORTC quality of life questionnaire QLQ-C30. *Qual Life Res* 1996;5:555–67. ◀
30. Lydick E, Epstein RS. Interpretation of quality of life changes. *Qual Life Res* 1993;2:221–6. ◀
31. Hamidou Z, Dabakuyo-Yonli TS, Guillemin F et al. Impact of Response Shift on Time to Deterioration in Quality of Life Scores in Breast Cancer Patients. Brock G (ed.). *PLoS One* 2014;9:e96848. ◀

DEBATE

Dr. Cassab: Muchas gracias Dra., muy completo el trabajo, felicitaciones a todo el equipo.

Dr. Billinghamurst: La felicito Dra. Muy interesante y muchísimos datos para seguir. A propósito de la observación del Dr. Dávalos Michel, casi más una pregunta que un comentario, que dijo que eran más las mujeres que eran abandonadas por sus hombres, cuando eran diagnosticadas con cáncer de mama. Para realmente poder homologar esto habría que ver cuántas mujeres se quedarían al lado de un hombre si a éste le hicieran una penectomía.

Dra. Cerdá: Nosotros en el cuestionario propio preguntamos si estaban divorciadas, si estaban en pareja, cómo se encontraban y no nos dio estadísticamente significativa ninguna de esas cuestiones.

Dr. Cassab: Creo que cuando uno hace este tipo de trabajo de investigación, hay que tener en cuenta dos factores que son importantísimos, uno que es la edad de la paciente, porque no es lo mismo lo que percibe una mujer joven con este diagnóstico, que una mujer adulta. El otro aspecto es lo social. Yo trabajo en el hospital Francés, el Milstein actual, que son pacientes adultos mayores. Hicimos todas estas preguntas y la conclusión que tuvimos es que, donde mayor recalcaba la paciente sentirse abandonada, es por parte de la familia, no tenían acompañamiento. La paciente era operada y tratada pero no tenía un seguimiento ni un apoyo familiar. Fue de lo único que se quejaba, acá no existía lo sexual, no existía la mutilación, no le interesaba ninguna otra situación más que ésta. Por eso pienso que por ahí la edad y el estado socioeconómico va a variar muchísimo cuando uno hace este trabajo en lugares privados o dependiendo del tipo de pacientes que ustedes tienen a pacientes que sufren desgraciadamente un abandono.

Dra. Cerdá: También la facilidad de llegar a los tratamientos, porque muchas veces pasa, nosotros al estar en un ambiente privado es mucho más fácil, que la paciente tiene que hacer quimioterapia y se

la puede hacer, así como otra serie de cosas que, en los lugares públicos, es más difícil. Esto genera angustia y obviamente va a disminuir la calidad de vida.

Dr. Cortese: Muy interesante el trabajo. Respecto a la observación que hiciste de la asistencia psicológica que recibieron algunas pacientes ¿Implementaron algún cambio o tienen un psicólogo incorporado en el equipo de oncología?

Dra. Cerdá: Sí, nosotros contamos con un espacio psico-oncológico.

Dr. Cortese: ¿Van todos los pacientes?

Dra. Cerdá: Son derivados por su médico de cabecera. Por eso una de las críticas que hacemos, es que como mastólogos u oncólogos tendríamos que tratar de derivar. Pasa mucho que la paciente se va a operar y por ahí uno dice bueno va a cirugía, a rayos y después a hormonoterapia, así que no la mando al espacio psico-oncológico.

Dr. Cortese: ¿No tienen de rutina que vayan a la consulta psicológica?

Dra. Cerdá: No, nosotros las derivamos.

Dr. Cassab: Muchas gracias Dra. la felicito nuevamente.