

Supervivencia del Cáncer de Mama: Calidad de Vida a Cuatro Años

Mauro Iván Carreras¹,
Agustina Garganta²,
Bernarda Benarrivato³,
Natasha Nirenberg⁴, Valeria
Luján Méndez Ortiz⁴,
Micaela Chiaramondia⁴, Melisa
Vivacqua⁴, Milagros Cerdá
Jaén⁴, Priscila Holub⁵,
Karina Zabaleta⁶, Diego
Valenzuela², Francisco
Terrier⁷, Luis Alberto²

RESUMEN

Introducción

La calidad de vida de las pacientes durante y después del tratamiento es crucial, siendo evaluada con los cuestionarios QLQ-C30 y QLQ-BR23 de la EORTC, que cubren aspectos generales y específicos del cáncer de mama, respectivamente.

Objetivo

El objetivo principal del estudio es analizar la calidad de vida de mujeres tratadas por cáncer de mama, cuatro años después del tratamiento. Como secundario, evaluar la adherencia al tratamiento.

Materiales y método

Estudio de corte transversal, donde se evaluaron a mujeres que previamente habían completado cuestionarios sobre calidad de vida como parte de una investigación anterior. Se les envió nuevamente los cuestionarios vía correo electrónico y/o telefónica.

1 Hospital Italiano, La Plata -fellowship.

2 Mastólogo - Hospital Italiano, La Plata /
Clínica Breast.

3 Medico Staff - Hospital Italiano, La Plata /
Clínica Breast

4 Mastóloga - Hospital Italiano, La Plata /
Clínica Breast

5 Mastologa - Centro CIMA

6 Psicooncóloga - Hospital Italiano, La Plata/
Clínica Breast

7 Mastólogo Jefe de Servicio - Hospital Italiano,
La Plata/ Clínica Breast

Correo electrónico: carrerasmau@gmail.com

Resultados

Las puntuaciones en QLQ-C30 fueron altas principalmente en las escalas funcionales y bajas en síntomas, siendo insomnio el síntoma más marcado.

En el QLQ-BR23, la perspectiva del futuro y la imagen corporal tuvieron valores altos, mientras que disfrute y funcionamiento sexual mostraron los más bajos. Los síntomas en el brazo y secundarios a la caída del cabello tuvieron mayor impacto en la calidad de vida.

Conclusiones

Los síntomas más preocupantes son los relacionados con el brazo y la mama, así como la función y el disfrute sexual. Estos hallazgos subrayan la importancia de adoptar un enfoque integral en el tratamiento y la atención de las sobrevivientes de cáncer de mama, abordando no solo aspectos físicos, sino también emocionales y sociales para mejorar su CDV a largo plazo.

Palabras Clave

Calidad de vida, EORTC, Supervivencia, Cáncer de Mama, Adherencia, Sexualidad.

ABSTRACT

Introduction

The quality of life (QOL) of patients during and after treatment is crucial, assessed with the EORTC QLQ-C30 and QLQ-BR23 questionnaires, covering general and breast cancer-specific aspects, respectively.

Objective

The primary objective of the study is to analyze the quality of life of women treated for breast cancer, four years after treatment. The secondary aim is to assess adherence to treatment.

Materials and method

Prospective cross-sectional design study, women who had previously completed questionnaires on quality of life as part of a previous research were evaluated. They were sent the questionnaires again via e-mail or telephone.

Results

High scores on QLQ-C30, functional scales and low scores on symptoms Insomnia were the most marked symptoms.

On the QLQ-BR23, future outlook and body image had high values, while enjoyment and sexual functioning showed the lowest. Symptoms in the arm and secondary to hair loss had the greatest impact on quality of life.

Conclusions

The most concerning symptoms are related to the arm and breast, as well as sexual function and enjoyment. These findings underline the importance of adopting a comprehensive approach in the treatment and care of breast cancer survivors, addressing not only physical, but also emotional and social aspects to improve their long-term QOL.

Key words

Quality of life, EORTC, Survivorship, Breast cancer, Adherence, Sexuality.

INTRODUCCIÓN

El conocimiento actual destaca la importancia de evaluar los resultados del tratamiento del cáncer de mama, tradicionalmente centrados en parámetros como morbilidad, supervivencia global (SG), sobrevida libre de enfermedad (SLE), respuesta tumoral y recidiva. Sin embargo, estos no son los únicos indicadores relevantes. Existe un creciente interés, tanto de pacientes como de profesionales, en comprender el impacto de la enfermedad y sus tratamientos en la calidad de vida (CDV). Este enfoque holístico subraya la necesidad de considerar el bienestar integral durante y después del tratamiento oncológico.¹

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como la percepción que tiene un individuo sobre su posición dentro de su entorno cultural y sistema de valores, influenciada por metas, expectativas y preocupaciones. Incluye dimensiones físicas, psicológicas, sociales y ambientales, lo que resalta la complejidad del concepto de CDV.²

Para evaluar la CDV en cáncer de mama existen dos cuestionarios validados en nuestro idioma: el QLQ-C30 y el QLQ-BR23, desarrollados por la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC). El primero aborda aspectos generales, mientras que el segundo se enfoca específicamente en el cáncer de mama.

En 1986, la EORTC inició un programa para evaluar la CDV en pacientes de ensayos clínicos, del cual surgió el QLQ-C30. Este instrumento incluye nueve escalas: cinco funcionales (física, rol, cognitiva, emocional y social) y tres de síntomas (fatiga, dolor, náuseas/vómitos), además de ítems como disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento, diarrea y dificultades financieras.³

El QLQ-BR23 fue descrito por Sprangers y col. en 1996 y consta de 23 preguntas que evalúan imagen corporal, funcionamiento y disfrute sexual, perspectiva futura, efectos secundarios de la terapia sistémica, síntomas mamarios, síntomas del brazo y preocupación por la pérdida de cabello.^{4,5}

Un dato relevante es que el 73,4% de las pacientes con cáncer de mama presentan disfunciones sexuales⁶, atribuibles tanto a la enfermedad como a sus tratamientos. La disminución de estrógenos —por menopausia, medicación u ooforectomía— puede reducir el deseo, la excitación y la lubricación vaginal, además de generar dolor, dificultad para el orgasmo e hipoestesia genital.⁷ A esto se suman factores subjetivos como temor a la pérdida de fertilidad, alteración de la imagen corporal, sensación de menor atractivo, pérdida de la feminidad y cambios en la identidad sexual.

El presente estudio busca resaltar la importancia de la calidad de vida como pilar fundamental para el cumplimiento y la eficacia del tratamiento.

Desde nuestra perspectiva, abordar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama es esencial: influye en el bienestar general, impacta en la adherencia terapéutica y constituye un área clave para optimizar los resultados clínicos y ofrecer un acompañamiento integral.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio fue evaluar la calidad de vida de las pacientes que han sido sometidas a cirugía por cáncer de mama, luego de 4 años.

El objetivo secundario fue evaluar la adherencia al tratamiento hormonal en el subgrupo de pacientes que requirieron terapia endocrina adyuvante de forma continua.

MATERIALES Y MÉTODO

Diseño

Estudio de corte transversal en pacientes sometidas a tratamiento quirúrgico de cáncer de mama estadios I - III de inicio.

Ámbito y período

Se incluyeron pacientes intervenidas quirúrgicamente en la Clínica Breast- Hospital Italiano de La Plata, entre octubre de 2019 y enero de 2020.

Población

• Criterios de Inclusión

- Pacientes de sexo femenino
- Pacientes operadas en Clínica Breast - Hospital Italiano de La Plata, entre octubre de 2019 y enero de 2020.
- Estadio I - III de inicio, según estadificación TNM.

• Criterios de Exclusión

- Pacientes sin deseo de participar.

Definición de variables

• Variables de resultado

Calidad de vida evaluada por QLQ-C30. Este score incluye cinco escalas funcionales, tres escalas de síntomas, una escala de estado de salud global/CDV y seis ítems individuales. Cada una de las escalas de ítems múltiples incluye un conjunto diferente de ítems; ningún ítem aparece en más de una escala. Todas las escalas y medidas de un solo ítem tienen una puntuación de 0 a 100. Una puntuación alta en la escala representa un nivel de respuesta más alto. Por lo tanto, una puntuación alta para una escala funcional representa un nivel alto/saludable de funcionamiento, una puntuación alta para el estado de

salud global/CDV representa una CDV alta, pero una puntuación alta para una escala/ítem de síntomas representa un alto nivel de sintomatología/problemas. El principio de puntuación de estas escalas es el mismo en todos los casos:

- Estimar el promedio de los ítems que contribuyen a la escala, siendo esta la puntuación bruta.
- Transformación lineal para estandarizar la puntuación bruta, de modo que las puntuaciones oscilan entre 0 y 100. Una puntuación más alta representa un nivel más alto ("mejor") de funcionamiento o un nivel más alto ("peor") de síntomas.

Calidad de vida evaluada por QLQ-BR23. El módulo de cáncer de mama está diseñado para su uso entre pacientes que varían en el estadio de la enfermedad y la modalidad de tratamiento (es decir, cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal) (Sprangers y col, 1996). El módulo consta de 23 preguntas incorporando cinco escalas de múltiples ítems que evalúan los síntomas de la enfermedad, los efectos secundarios del tratamiento (cirugía, quimioterapia, radioterapia y tratamiento hormonal), la imagen corporal, el funcionamiento sexual y la perspectiva de futuro.

Adherencia: variable dicotómica (SI-NO). Se define como adherente a aquella paciente que declara recibir el tratamiento indicado. Aplica solo para las pacientes que tienen indicación de tratamiento y no tienen contraindicación para el mismo.

Otras variables

- Edad: variable continua medida al momento de completar la encuesta.
- Estado civil: variable nominal de 5 categorías: soltera, concubina, casada, divorciada, viuda.
- Actividad laboral: variable nominal de 3 categorías: trabaja en su domicilio, trabaja fuera de su domicilio, no trabaja.
- Cirugía de mama realizada: variable nominal de 2 categorías: resección total y resección parcial de la mama.
- Reconstrucción: variable nominal de 3 categorías: no realizó, en la misma cirugía, en otro tiempo quirúrgico.
- Cirugía axilar: variable nominal de 3 categorías: No realizó, biopsia ganglio centinela (BGC), vaciamiento axilar completo (VAC).
- Radioterapia: variable nominal de 2 categorías: realizó o no realizó.
- Quimioterapia: variable nominal de 3 categorías: no realizó, realizó neoadyuvante, luego de la cirugía.
- Hormonoterapia: variable nominal de 2 categorías: no realizó, realizó.

- Actualmente recibe hormonoterapia: variable nominal de 2 categorías: sí o no.
- No recibe Hormonoterapia: variable nominal de 2 categorías: cumplimiento del tratamiento, intolerancia.
- Tratamiento actual: variable nominal de 4 categorías: radioterapia, quimioterapia, hormonoterapia, no realiza.
- Psicosociología: variable nominal de 2 categorías: realizó, no realizó.
- Sexología: variable nominal de 2 categorías: realizó, no realizó.
- Asesoramiento imagen corporal: variable nominal de 2 categorías: realizó, no realizó.
- Encuentro Psicosociología: variable nominal de 2 categorías: participó, no participó.
- Afectación vida laboral: variable nominal de 4 categorías: nada afectada, poco, algo y muy afectada.
- Afectación vida sexual: variable nominal de 4 categorías: nada afectada, poco, algo y muy afectada.
- Afectación vida familiar: variable nominal de 4 categorías: nada afectada, poco, algo y muy afectada.
- Percepción salud enfermedad: variable nominal de 5 categorías: muy sana, sana, algo enferma, enferma, muy enferma.
- Miedo a que regrese la enfermedad: variable nominal de 2 categorías: sí y no.

Metodología del estudio

Las pacientes incluidas en este estudio fueron aquellas que previamente habían completado los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23 como parte de la investigación titulada "Efecto del cáncer de mama en la calidad de vida: un estudio prospectivo".⁸ Estas pacientes fueron contactadas nuevamente a través de correo electrónico y/o por vía telefónica. Se les proporcionaron nuevamente los cuestionarios EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23, junto con herramientas y cuestionarios adicionales.

Las participantes respondieron de manera anónima y voluntaria a estos cuestionarios. Este proceso se llevó a cabo durante los meses de julio y agosto de 2023.

En el estudio actual, se compartieron los cuestionarios por las vías ya mencionadas con 172 pacientes. De estas, se recibieron 94 respuestas completas, 7 respuestas de pacientes que optaron por no participar y 4 familiares de pacientes que proporcionaron información sobre fallecimiento, de las cuales 2 fueron por eventos coronarios, 1 no proporcionó información y 1 fallecimiento fue de causa desconocida.

El orden de envío de los cuestionarios se basó en la lista quirúrgica de las pacientes por fecha cronológica, con numeración continua. Los formularios EORTC se diseñaron utilizando Google Forms, lo que permitió que las pacientes los completaran de manera anónima y voluntaria, con un tiempo promedio de 14 minutos.

Muestreo y cálculo muestral:

Se incluyeron pacientes que se sometieron de manera consecutiva a mastectomías y cirugías conservadoras. Debido a que la muestra de pacientes es fija, se incluyeron la totalidad de pacientes disponibles en el período de estudio.

Análisis estadístico

Las variables continuas son reportadas con mediana y percentiles 25%-75% o media y desvío estándar, de acuerdo a su distribución. Las variables categóricas son reportadas con números absolutos y porcentajes.

El procesamiento, análisis y reporte de los cuestionarios de calidad de vida se realizó de acuerdo a los propuesto por sus respectivos manuales los cuales están avalados para su uso en español.⁹⁻¹¹

La adherencia al tratamiento se estimó usando como denominador la totalidad de pacientes con indicación de tratamiento, y como numerador el número de pacientes adherentes. Esta medida se reporta con su respectivo intervalo de confianza del 95%.

Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA versión 16, el mismo contempla un add-on de acceso gratuito para analizar los cuestionarios utilizados en este proyecto de investigación (comando: qlqc30).¹²

Consideraciones éticas

La participación en este estudio fue en todos los casos voluntaria y certificada por el proceso de consentimiento informado.

En todo momento se protegieron los datos de los participantes acorde a la Ley Nacional de Protección de Datos Personales número 25.326 (Habeas Data), en concordancia con la normativa internacional sobre registro de enfermedades y protección de datos personales y privados, de acuerdo con la declaración de Helsinki.

Tabla 1. Características psicosociales y sociodemográficas de la población de estudio (n=94).

Variable	Resultado (N=94)
Estado civil	
Casada	39 (41,5%)
Soltera	19 (20,2%)
Divorciada	21 (22,3%)
Viuda	7 (7,5%)
Concubino	8 (8,5%)
Actividad laboral	
Trabajo en oficina	57 (60,5%)
Trabajo en casa	11 (11,7%)
No trabaja	26 (27,8%)
Consulta sexología	
Realizó	2 (2,1%)
No realizó	92 (97,9%)
Asesoramiento imagen corporal	
Realizó	14 (14,9%)
No realizó	80 (85,1%)
Realizo psicoterapia	
Realizó	26 (27,7%)
No realizó	68 (72,3%)
Participó en encuentro de pacientes	
Participo	6 (6,4%)
No participó	88 (93,6%)
Considera vida laboral afectada	
Nada afectada	43 (45,7%)
Poco afectada	16 (17,1%)
Algo afectada	28 (29,8%)
Muy afectada	7 (7,4%)
Considera vida sexual afectada	
Nada afectada	38 (40,4%)
Poco afectada	20 (21,3%)
Algo afectada	24 (25,5%)
Muy afectada	12 (12,8%)
Considera vida familiar afectada	
Nada afectada	60 (63,8%)
Poco afectada	18 (19,2%)
Algo afectada	13 (13,8%)
Muy afectada	3 (3,2%)

RESULTADOS

En este estudio participaron 94 pacientes, cuyas características sociodemográficas y psicosociales se detallan en la Tabla 1. En resumen, la mediana de edad de las participantes al momento de completar el cuestionario fue de 54 años (RIC 48-65). Respecto al estado civil, más del doble estaban casadas o en pareja, y en cuanto a la situación laboral, menos de un tercio no estaban empleadas. Hemos destacado que casi la mitad de las pacientes consideraron que su vida laboral no se vio afectada. En cuanto a la vida sexual, más de la mitad reportó que se vio afectada, mientras que un poco más de un 10% indicó una afectación importante. En cuanto a la vida familiar, más de dos tercios de las pacientes indicaron que no se vio afectada. Es importante destacar que la percepción de salud fue mayormente positiva, con casi la totalidad de las pacientes considerándose sanas o muy sanas, mientras que menos del 5% se consideran enfermas.

Las características clínicas de las pacientes se detallan en la Tabla 2. Menos de un tercio de ellas se sometió a mastectomía, y cerca de la mitad se sometió a reconstrucción mamaria.

Casi todas las pacientes se sometieron a algún tipo de cirugía axilar, siendo la BGC la más frecuente. Respecto al tratamiento quimioterápico (QT), la mitad de las pacientes recibió algún tipo de tratamiento sistémico, siendo la adyuvancia el más frecuente. En cuanto a la hormonoterapia (HT), casi todas las pacientes la recibieron, con un número similar que aún la continúan, reflejando el alto valor de adherencia. Solo un 11,1% (n=2) de las pacientes que suspendieron la HT lo hicieron por intolerancia.

Miedo a que regrese la enfermedad	
Si	69 (73,4%)
No	25 (26,6%)
Cómo considera su salud	
Muy sana	15 (15,9%)
Sana	55 (58,5%)
Algo enferma	20 (21,3%)
Enferma	4 (4,3%)

Tabla 2. Características clínicas de la población de estudio (n=94)

Variable	Resultado (N=94)
Cirugía mamaria	
Cuadrantectomía oncoplástica	66 (70,3%)
Mastectomía	28 (29,7%)
Reconstrucción mamaria	
No realizó	27 (65,8%)
Si realizó, en la misma cirugía	8 (19,6%)
Si realizó, en segunda cirugía	6 (14,6%)
Cirugía axilar	
No realizó cirugía axilar	11 (11,7%)
Bgc	60 (63,8%)
Vac	23 (24,5%)
Radioterapia	
No realizó	25 (26,6%)
Realizó	69 (73,4%)
Quimioterapia	
No realizó	50 (53,2%)
Si, realizó neoadyuvancia	19 (20,2%)
Si, realizó adyuvancia	25 (26,6%)
Hormonoterapia	
No realizó	14 (14,9%)
Si, realizó	80 (85,1%)
Hormonoterapia (ht) actualmente	
No recibe actualmente	20 (21,3%)
Recibe actualmente	74 (78,7%)
Motivo de suspender la ht	
Cumplió tratamiento	16 (88,9%)
Intolerancia	2 (11,1%)
Tratamiento actual	
Quimioterapia	4 (4,3%)
Ht	70 (74,5%)
No realiza tratamiento	20 (21,2%)

Resultados de calidad de vida

Los resultados del cuestionario QLQ-C30 se presentan en la Tabla 3 y Figura 1, donde se calculó un promedio y se transformó en una puntuación absoluta, siguiendo el rango de 0 a 100 puntos, como se indica en el manual del cuestionario.

La CDV arrojó una puntuación alta, con una mediana de 83. En la escala funcional, se obtuvieron resultados altos tanto para el funcionamiento físico como para el de rol, mientras que el funcionamiento emocional mostró valores inferiores, pero aún altos para escala funcional. En cuanto a la escala de síntomas, el cuestionario reveló una baja puntuación en náuseas y vómitos, siendo estos los síntomas con menor impacto, mientras que la fatiga y el dolor mostraron mayor sintomatología.

Al evaluar el estado de salud e ítems generales, se observa que el insomnio tuvo la mediana más alta, con un 33% de afectación marcada. Los valores más bajos corresponden al estreñimiento, la diarrea, la dificultad financiera y la pérdida de apetito, respectivamente.

Los resultados del cuestionario específico de calidad de vida para el cáncer de mama, QLQ-BR23, se presentan en la Tabla 4 y Figura 2, de manera similar al cuestionario QLQ-C30. En cuanto a la escala funcional, observamos que la perspectiva del futuro obtuvo los valores más altos, con una mediana de 100. Le sigue la imagen corporal, con una mediana de 91,6. En contraste, tanto el disfrute sexual como el funcionamiento sexual mostraron los valores más bajos, con una mediana de 33,3.

En cuanto a la escala de síntomas, el valor más alto se observó en los síntomas en el brazo, seguidos por los síntomas secundarios a la caída del cabello, y en tercer lugar los síntomas en la mama, con una mediana de 91,6. Los efectos secundarios del tratamiento sistémico mostraron el menor impacto en la calidad de vida.

BGC: biopsia de ganglio centinela. VAC: vaciamiento axilar. HT: hormonoterapia.

Tabla 3. Cuestionario EORTC QLQ-C30.

Dominios	Promedio	Desvío estándar	Mediana	mín; max
Estado global de salud	79	18,6	83	16,67;100
Escala funcional				
Funcionamiento físico	92	12,2	100	33,33;100
Función de rol	92	17,0	100	16,67;100
Funcionamiento emocional	75	20,9	75	8,33;100
Funcionamiento cognitivo	83	20,4	83	0;100
Funcionamiento social	86	19,0	100	33,33;100
Escala de síntomas				
Fatiga	23	22,3	22	0;100
Nausea y vómitos	5	11,9	0	0;50
Dolor	17	22,0	17	0;100
Estado de salud e ítems				
Disnea	10	16,9	0	0;66,67
Insomnio	26	24,8	33	0;100
Pérdida de apetito	4	14,8	0	0;100
Estreñimiento	18	26,1	0	0;100
Diarrea	7	19,6	0	0;100
Dificultad financiera	7	18,2	0	0;100

Figura 1. EORTC QLQ - C30.

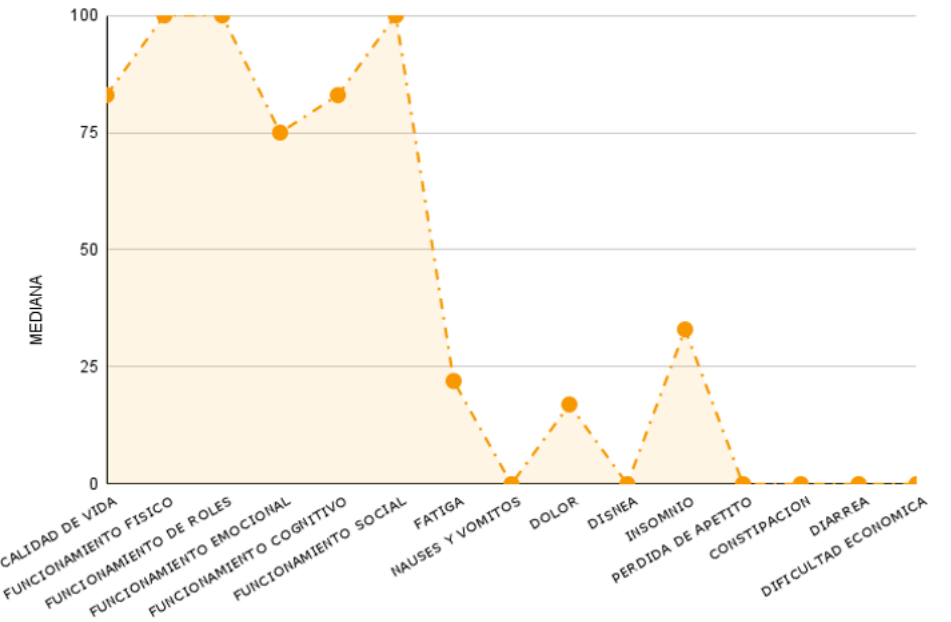
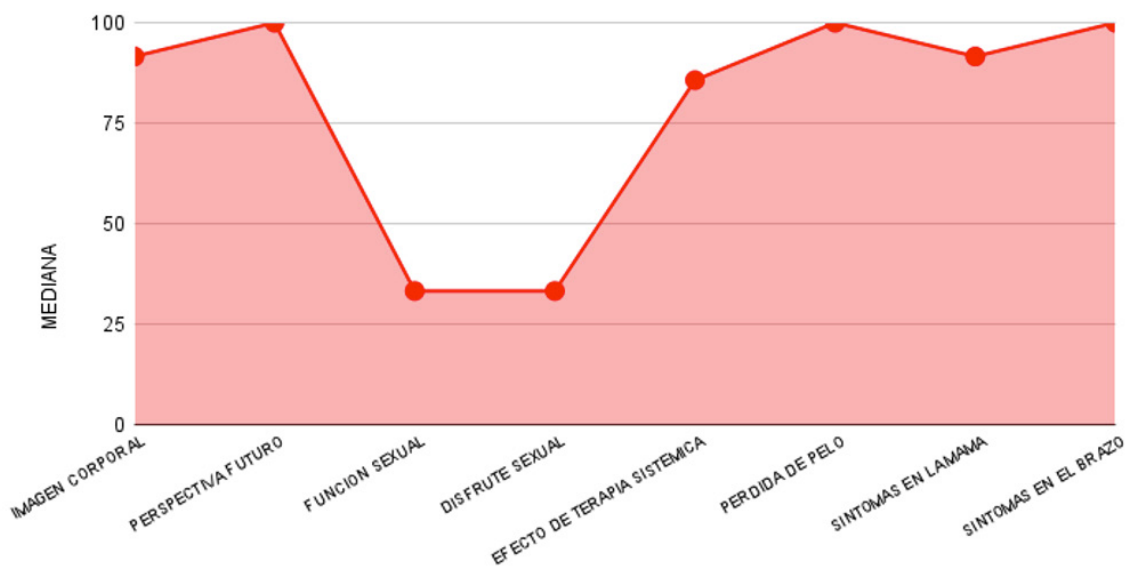


Tabla 4. Cuestionario EORTC QLQ-BR23.

Dominios	Promedio	Desvío estándar	Mediana	mín; max
Escala funcional				
Imagen corporal	80,4	25,2	91,6	0; 100
Perspectiva de futuro	82,9	25,7	100	0; 100
Funcionamiento sexual	29,0	22,5	33,3	0;100
Disfrute sexual	45,7	30,8	33,3	0; 100
Escala de síntomas				
Efectos secundarios terapia sistémica	80,9	15,4	85,7	28,5; 100
Síntomas del brazo	86,7	20,1	100	0; 100
Síntomas de la mama	85,7	16,2	91,6	25; 100
Síntomas secundarios de caída de cabello	82,1	29,4	100	0;100

Figura 2. QLQ-BR23.

DISCUSIÓN

Los problemas psicológicos relacionados con el trauma del diagnóstico, los efectos secundarios de las terapias con el consiguiente cambio de la imagen corporal y el comportamiento sexual, el miedo a la recurrencia y el final de la vida, son motivos que nos empujan a realizar este tipo de estudios.^{13,14}

En el presente trabajo analizamos la CDV de las pacientes cuatro años después del diagnóstico de cáncer de mama, obteniendo como estado global de salud resultados superiores a la muestra analizada por Herbert y col.¹⁵, donde analizó dichos resultados en un tiempo considerable.

En comparación con el estudio realizado previamente en clínica Breast/ Hospital Italiano de La Plata⁸, se obtuvieron resultados similares, teniendo en cuenta variables similares, con mejores resultados en funcionamiento físico, de roles y social. Con respecto a la percepción de las pacientes sobre su salud, el 75% aproximadamente se considera muy sana o sana.

El aspecto laboral no se vio afectado para la mayoría de las encuestadas. Teniendo en cuenta el alto porcentaje de pacientes que se consideran sanas y siendo el trabajo una herramienta que influye positivamente en los cuidados posteriores, es un aspecto que consideramos recomendar en los seguimientos.^{16,17}

Uno de los objetivos de este trabajo de investigación fue evaluar la adherencia a la hormonoterapia luego de 4 años. El 78,7% de las pacientes aún continúan, por lo que nos encontramos con una adherencia similar a la literatura.¹⁸⁻²⁰ De las pacientes que suspendieron, el 11.1% lo hizo por intolerancia.²¹

Se ha demostrado que la endocrinoterapia (ET) reduce el riesgo de recidiva en un 30% y la mortalidad en un 40% en pacientes con cáncer de mama con receptores de hormonales positivos y el tratamiento prolongado determina una reducción adicional, como lo demuestran los ensayos aTTom y ATLAS, así como los ensayos MA17R, DATA, IDEAL y NSABP B42.

La falta de adherencia o incumplimiento se define como la falta de tomar los medicamentos según lo prescrito, y la falta de persistencia es la interrupción del uso de la medicación antes de la duración prescrita.²²

Dentro de los factores que influyen sobre la adherencia al tratamiento de forma negativa se encuentra la depresión, edades extremas, ansiedad, dolor, mala calidad de sueño.²³ En contraposición, las creencias religiosas, la confianza en el profesional de la salud, el conocimiento adecuado y la satisfacción ejercen una influencia positiva, como se evidencia en la población estudiada.²⁴ Los problemas sexuales y las comorbilidades de salud no presentaron una influencia significativa.²⁵

Se ha demostrado que la interrupción temprana de la ET se relaciona con una disminución de la supervivencia, un mayor riesgo de recurrencia y una reducción de la SLE, así como un aumento de los costos médicos y una baja CDV debido a la progresión de la enfermedad y al tratamiento.²²

La tasa de interrupción reportada en la literatura en los primeros 5 años de tratamiento es de alrededor del 50%, con una disminución progresiva de la adherencia desde el primer año (87%) hasta el tercero (79%) y el quinto (50%).²²

La fatiga es el síntoma que más aumentó en el tiempo, aunque hemos obtenido valores inferiores en comparación con el estudio nacional e internacionales realizados por Herbert¹⁵, Tao²⁶ y Barber.²⁷

En relación al abordaje multidisciplinario debemos tener en cuenta como herramientas para recomendar la psicooncología y la sexología, ya que un poco más de un tercio utilizó dicho espacio con valores similares al trabajo previo⁸, e inferiores en comparación por Barber y col.²⁷

Con respecto a la imagen corporal hemos obtenido buena puntuación con valores superiores a las encuestas realizadas 4 meses postquirúrgico, lo que se asemeja con otros estudios realizados.²⁷⁻²⁹

Se ha validado que la imagen corporal está asociada con la sexualidad de la mujer. En el trabajo realizado por Jing⁶, el 73,4% de las mujeres con diagnóstico de cáncer de mama presentan disfunción sexual, siendo población de alto riesgo. Nosotros obtuvimos un valor de disfrute sexual bajo de un 33,3%, con valores similares en la encuesta realizada al inicio del tratamiento, pero con valores inferiores en cuanto a funcionamiento sexual.

Los tratamientos instaurados pueden contribuir a la reducción de los niveles de estrógeno en las mujeres con cáncer de mama, y en consecuencia inducir o agravar la disfunción sexual que, en última instancia, conduce a una reducción del deseo sexual, una disminución de

la excitación sexual, la falta de lubricación vaginal, el dolor durante el coito, la dificultad para alcanzar el orgasmo y la hipoestesia genital. Nos parece de suma importancia recalcar que, a diferencia de otros efectos secundarios, la sexualidad no tratada en las pacientes suele persistir o empeorar en el tiempo³⁰, principalmente en pacientes de mayor edad, lo que es concordante con el presente trabajo y la bibliografía.

En cuanto a la escala de síntomas específicos hemos observado un empeoramiento en cuanto a la sintomatología en el brazo, en síntomas secundarios a caída de cabello y síntomas en la mama de manera respectiva en comparación con lo aportado por el trabajo previo⁸ y en concordancia con los trabajos presentados a la fecha.^{31,32}

El tratamiento sistémico adyuvante, que incluye quimioterapia, terapia dirigida y terapia endocrina, puede ocasionar efectos secundarios a largo plazo, como miocardiopatía, polineuropatía, cambios cognitivos, problemas psicosociales, menopausia precoz, impacto en la sexualidad, reducción de la fertilidad, deterioro de la salud ósea, aumento de peso, fatiga y trastornos del sueño.²⁶ Además, los efectos quirúrgicos a largo plazo, como el linfedema y los cambios en la imagen corporal, también pueden afectar el bienestar físico.³³

Amir y Ramati³⁴ destacaron una incidencia significativamente mayor de efectos psicológicos a largo plazo, como el trastorno de estrés post-traumático y la angustia emocional. Estas circunstancias subrayan la necesidad de cuidados de apoyo, ya que diferentes estudios han evidenciado la importancia de abordar los problemas emocionales y existenciales.^{34,35} La falta de apoyo puede disminuir la CDV y el cumplimiento del tratamiento, enfatizando así la importancia de optimizar la atención posterior.³⁶

Dada la importancia pronóstica de la CDV en una población de pacientes con tasas medias de supervivencia favorables y la carga multifacética del cáncer, es imperativo que los médicos registren y utilicen la calidad de vida de los pacientes en la toma de decisiones clínicas.³⁷

Es crucial reconocer que este enfoque requiere una colaboración multidisciplinaria, donde diversos profesionales de la salud aporten sus conocimientos y perspectivas para ofrecer un cuidado integral y centrado en el paciente.

En nuestro estudio, nos enfrentamos a ciertas limitaciones que afectaron la profundidad del análisis. Una de ellas fue la imposibilidad

de realizar una estratificación exhaustiva de las variables de interés y los predictores de la disminución de la CDV. Este desafío surgió debido al tamaño relativamente pequeño de la muestra. Dada la naturaleza de este estudio y el número limitado de participantes, no fue factible realizar una segmentación detallada de las variables clave. Como resultado, puede haber aspectos importantes que no se hayan explorado en profundidad debido a esta restricción. Es importante tener en cuenta este factor al interpretar los resultados y considerar futuras investigaciones que puedan abordar estas limitaciones para obtener una comprensión más completa del fenómeno en cuestión.

CONCLUSIÓN

Las variables analizadas mostraron que, a cuatro años del inicio del tratamiento, varios aspectos de la CDV presentan resultados positivos, especialmente el estado global de salud y funcionamiento físico, de rol y social. No obstante, la fatiga continúa siendo un punto delicado que requiere atención específica.

Se identificaron además síntomas que demandan un abordaje multidisciplinario, como los relacionados con el brazo y la mama, así como la función y el disfrute sexual. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de un enfoque integral que contemple dimensiones físicas, emocionales y sociales para optimizar la CDV a largo plazo.

Si bien el aumento en la supervivencia del cáncer de mama es alentador, la SG ya no es el único indicador relévente. Muchas pacientes enfrentan desafíos persistentes tras finalizar el tratamiento, lo que puede afectar su CDV. Por ello es esencial incorporar una visión holística que priorice no solo la supervivencia sino también el bienestar sostenido de las pacientes.

La evaluación de la adherencia a la hormonoterapia adyuvante es clave en el seguimiento prolongado dado su impacto directo en la CDV. En estos estudios se identificaron factores que favorecen la adherencia en concordancia con lo reportado en la literatura, confirmando una buena adherencia al tratamiento.

Integrar la CDV como componente central en la atención diaria es fundamental para mejorar los resultados clínicos y la experiencia de las pacientes. Los cuestionarios EORTC ofrecen una herramienta validada para evaluar de forma sistémica y objetiva sus necesidades,

facilitando las decisiones informadas y promoviendo un enfoque centrado en la paciente. En este sentido, se recomienda a los profesionales de la salud incorporar estas herramientas en la práctica clínica para brindar atención más completa y personalizada.

ANEXOS

ANEXO 1: CUESTIONARIO QLQ C-30:

Estamos interesados en conocer algunas cosas sobre usted y su salud. Por favor, responda a todas las preguntas personalmente, indicando el número que mejor se aplique a su caso. No hay contestaciones “acertadas” o “desacertadas”. La información que nos proporcione será estrictamente confidencial.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tiene alguna dificultad para hacer actividades que requieran un esfuerzo importante, como llevar una bolsa de compra pesada o una maleta?	1	2	3	4
2. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo largo ?	1	2	3	4
3. ¿Tiene alguna dificultad para dar un paseo corto fuera de casa?	1	2	3	4
4. ¿Tiene que permanecer en la cama o sentado/a en una silla durante el día?	1	2	3	4
5. ¿Necesita ayuda para comer, vestirse, asearse o ir al servicio?	1	2	3	4
Durante la semana pasada:				
6. ¿Ha tenido algún impedimento para hacer su trabajo u otras actividades cotidianas?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido algún impedimento para realizar sus aficiones u otras actividades de ocio?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo sensación de “falta de aire” o dificultad para respirar?	1	2	3	4
9. ¿Ha tenido dolor?	1	2	3	4
10. ¿Necesitó parar para descansar?	1	2	3	4
11. ¿Ha tenido dificultades para dormir?	1	2	3	4
12. ¿Se ha sentido débil?	1	2	3	4
13. ¿Le ha faltado el apetito?	1	2	3	4
14. ¿Ha tenido náuseas?	1	2	3	4
15. ¿Ha vomitado?	1	2	3	4
16. ¿Ha estado estreñido/a?	1	2	3	4
17. ¿Ha tenido diarrea?	1	2	3	4
18. ¿Estuvo cansado/a?	1	2	3	4
19. ¿Interfirió algún dolor en sus actividades diarias?	1	2	3	4

20. ¿Ha tenido dificultad en concentrarse en cosas como leer el periódico o ver la televisión?	1	2	3	4
21. ¿Se sintió nervioso/a?	1	2	3	4
22. ¿Se sintió preocupado/a?	1	2	3	4
23. ¿Se sintió irritable?	1	2	3	4
24. ¿Se sintió deprimido/a?	1	2	3	4
25. ¿Ha tenido dificultades para recordar cosas?	1	2	3	4
26. ¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en su vida familiar?	1	2	3	4
¿Ha interferido su estado físico o el tratamiento médico en sus actividades sociales?	1	2	3	4
28. ¿Le han causado problemas económicos su estado físico o el tratamiento médico?	1	2	3	4

ANEXO 2: CUESTIONARIO QLQ BR23:

Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Durante la semana pasada:				
29. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
30. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
31. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
32. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
33. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupada por la caída del pelo?	1	2	3	4
34. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
35. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
36. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
37. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
38. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
39. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
40. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
41. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4
Durante las últimas cuatro semanas:				
42. ¿Hasta que punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
43. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
44. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
Durante la semana pasada:				
45. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
46. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
47. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
48. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
49. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
50. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal?	1	2	3	4
51. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.e. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

REFERENCIAS

1. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health*. 2009 May 1;9: 345 -353. ◀
2. WHO Quality of Life Assessment Group. ¿Qué calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996; 17(4): 385-387. ◀
3. Rosenberg SM, Dominici LS, Gelber et al. Association of Breast Cancer Surgery With Quality of Life and Psychosocial Well-being in Young Breast Cancer Survivors. *JAMA Surg*. 2020 Nov 1;155(11):1035-42. ◀
4. Sprangers MA, Groenvold M, Arraras 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 Oct;14(10) 291-300. ◀
5. Sprangers MA, Cull A, Groenvold M, Bjordal K, Blazeby J, Aaronson NK. The European Organization for Research and Treatment of Cancer approach to developing questionnaire modules: an update and overview. EORTC Quality of Life Study Group. *Qual Life Res*. 1998 May;7(4). Available from: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9610213/>> ◀
6. 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. *Support Care Cancer*. 2019;27(4):1171-80. ◀◀
7. Boquiren VM, Esplen MJ, Wong J, Toner B, Warner E, Malik N. Sexual functioning in breast cancer survivors experiencing body image disturbance. *Psychooncology*. 2016;25(1):66-76. ◀
8. Cerda M, Terrier F, Barbera L et al. Efecto del cáncer de mama en la calidad de vida: un estudio prospectivo. *Revista Argentina de mastología*. 2022; 41 (152): 83-102. ◀◀◀
9. Flechtner H, Bottomley A, On behalf of the EORTC Quality of Life Group and Quality of Life Unit. Quality of life assessment and research in the EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer). *Oncologie (Paris)*. 2006 ;8(5):443-6. ◀
10. Fayers P, Bottomley A. Quality of life research within the EORTC-the EORTC QLQ-C30. European Organisation for Research and Treatment of Cancer. *Eur J Cancer*. 2002;38 Suppl 4. ◀
11. Aronson NK, Ahmedzai S, Bergman B et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: A quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the National Cancer Institute* 1993; 85: 365-376. ◀
12. Bascoul-Mollevi C, Cantan F, Azria D, Gourgou- Bourgade S. EORTC QLQ C-30 descriptive analysis with the qlq c30 command: The Stata Journal 2015; 15 (4) 1060 - 1074. ◀
13. Ng CG, Mohamed S, Kaur K, Sulaiman AH, Zainal NZ, Taib NA. Perceived distress and its association with depression and anxiety in breast cancer patients. *PLoS One*. 2017 15;12(3). ◀
14. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *Am Psychol*. 2000;55(11): 1247 - 1263. ◀
15. Herbert SL, Flock F, Felberbaum et al. Predictors of Decreased Quality of Life in Breast Cancer Survivors Five Years After Diagnosis. *J Breast Cancer*. 2023;26(3):243-253. ◀◀
16. Timperi AW, Ergas IJ, Rehkopf DH, Roh JM, Kwan ML, Kushi LH. Employment status and quality of life in recently diagnosed breast cancer survivors. *Psychooncology*. 2013 ;22(6): 507 -524. ◀
17. Johnsson A, Fornander T, Rutqvist LE, Olsson M. Work status and life changes in the first year after breast cancer diagnosis. *Work*. 2011;38(4): 337 -346. ◀
18. Huiart L, Bouhnik AD, Rey D, et al. Complementary or alternative medicine as possible determinant of decreased persistence to aromatase inhibitor therapy among older women with non-metastatic breast cancer. *PLoS One*. 2013 18;8(12). ◀
19. Hershman DL, Kushi LH, Shao T et al. Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy in a cohort of 8,769 early-stage breast cancer patients. *J Clin Oncol*. 2010 20;28(27): 529 -537. ◀
20. Owusu C, Buist DS, Field TS et al. Predictors of tamoxifen discontinuation among older women with estrogen receptor-positive breast cancer. *J Clin Oncol*. 2008 1;26(4): 549 -555. ◀
21. Davies S, Voutsadakis IA. Adherence to adjuvant hormonal therapy in localised breast cancer. *Eur J Cancer Care*. 2022 ;31(6): 459 - 478. ◀

22. Rosso R, D'Alonzo M, Bounous VE, et al. Adherence to Adjuvant Endocrine Therapy in Breast Cancer Patients. *Curr Oncol*. 2023;30(2):1461 -1472. ◀◀
23. He W, Fang F, Varnum C, Eriksson M, Hall P, Czene K. Predictors of Discontinuation of Adjuvant Hormone Therapy in Patients With Breast Cancer. *J Clin Oncol*. 2015 10 ;33(20): 2262 -2268. ◀
24. Bhatta SS, Hou N, Moton ZN et al. Factors associated with compliance to adjuvant hormone therapy in Black and White women with breast cancer. *Springerplus*. 2013 30;2: 356. ◀
25. Schover LR, Baum GP, Fuson LA, 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. ◀
26. Tao JJ, Visvanathan K, Wolff AC. Long term side effects of adjuvant chemotherapy in patients with early breast cancer. *Breast*. 2015;24 Suppl 2(0 2): 149-153. ◀◀
27. Barber.M. J, Berdinelli D, McLean I et al. Impacto del diagnóstico y tratamiento del cáncer de mama en la calidad de vida de las pacientes. *Revista Argentina de Mastología*. 2018, 37 (136): 57-90. ◀
28. Dinapoli L, Colloca G, Di Capua B, Valentini V. Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep*. 2021 11;23(3):1-7. ◀
29. Lirola Manzano MJ, Carrasco Poyatos M, Espinosa Villegas JG, Paterna Roda A. Investigaciones sobre el impacto de la imagen corporal. Editorial Universidad de Almería, 2019, p. 122. ◀
30. Bober SL, Michaud AL, Recklitis CJ. Finding sexual health aids after cancer: are cancer centers supporting survivors' needs? *J Cancer Surviv*. 2019;13(2): 224-230. ◀
31. Mortimer PS. The pathophysiology of lymphedema. *Cancer*. 1998 15;83(S12B):2798-802. ◀
32. Wyld L, Markopoulos C, Leidenius M, Senkus-Konefka E. *Breast Cancer Management for Surgeons: A European Multidisciplinary Textbook*. Springer; 2017, pp 731. ◀
33. Sant M, Capocaccia R, Coleman MP et al. Cancer survival increases in Europe, but international differences remain wide. *Eur J Cancer*. 2001;37(13): 1659 -1667. ◀
34. Amir M, Ramati A. Post-traumatic symptoms, emotional distress and quality of life in long-term survivors of breast cancer: a preliminary research. *J Anxiety Disord*. 2002;16(2): 195 -206. ◀
35. Cardoso F, Bese N, Distelhorst SR et al. Supportive care during treatment for breast cancer: resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *Breast*. 2013;22(5): 593 - 605. ◀
36. Saatci E, Akin S, Akpınar E. Do the unmet needs affect the quality of life in breast cancer patients? *West Indian Med J*. 2007;56(3): 253 -207. ◀
37. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring health-related quality of life. *Ann Intern Med*. 1993 15;118(8):622-628. ◀

DEBATE

Dr. Cogorno: Felicitaciones por la presentación. Me parece que es un tema importante, porque nos llama poderosamente a la reflexión, porque hay toda una temática que por ahí nos ocupamos diariamente y nos mostraste bien en esta encuesta todo lo que respecta a la calidad de vida de los pacientes, más allá de los tratamientos “per se” que nosotros indicamos o las cirugías y demás. No me pareció verlo, ¿Hicieron una comparación? Siempre vemos en los trabajos la calidad de vida en pacientes con cirugía conservadora y mastectomías, si les dio distinto cuestionario, y pacientes mastectomizadas con reconstrucción inmediata, reconstrucción diferida, si hay algún dato sobre eso.

Dr. Carreras: En este trabajo puntualmente no se comparó la cuadrantectomía versus la mastectomía, porque la muestra de pacientes era fija y era muy desbalanceada, era mucho mayor la cuadrantectomía versus la mastectomía. Tenemos un 76% de cuadrantectomía y solamente un 24% de mastectomía. Cuando se analizó el número, era muy pequeño para compararlo y sacar conclusiones fijas, o pesadas, digamos. Así que no se comparó, no se tomó como comparación y tampoco fue un objetivo del trabajo.

Dr. Berman: Te felicito sobre todo por la originalidad, por lo menos para este tipo de sesiones científicas, de la temática a desarrollar. Un poco complementando lo del doctor Cogorno, el objetivo inicial y original era ése, como de alguna manera lo respondiste. La pregunta tiene que ver con que vos tenés un 70% conservadora y un 30% mastectomía. Pero vos también podés evaluar todo este tipo de variables en la cirugía conservadora, que evolucionó sin ningún tipo de secuela, ni quirúrgica ni radioterapéutica, con una que sí evolucionó, y dentro de las mastectomías vos tenías, si no me equivoco, un 65% sin reconstrucción y después eran muy parejas las columnas de con reconstrucción o con reconstrucción diferida. Entonces creo que ahí, aunque la muestra, dijiste vos, era quizás más pequeña, creo que podés tener un número importan-

te, que la lógica obviamente marca, la paciente con secuela va a tener una evolución, la paciente mastectomizada va a tener otra evolución, pero quizás tener los datos a mano como para poder continuar en esa línea de investigación. La pregunta que me surge a partir de esto es, ¿qué condiciones tenían aquellas pacientes que no fueron reconstruidas de forma inmediata, teniendo en cuenta la importancia de la reconstrucción mamaria inmediata, precisamente en las variables que vos estás hablando, de cómo se siente, de la calidad de vida, de la imagen corporal, de la autosatisfacción, de su función social, familiar, sexual.

Dr. Carreras: Perdón, no entendí la pregunta. Si las pacientes que no hicieron mastectomía...

Dr. Berman: No, que fueron mastectomizadas, algunas se reconstruyeron en forma inmediata y otras en forma diferida. ¿Cuál fue el motivo, el tipo de operación que ustedes tienen, de por qué de las que reconstruyen a la mitad es en forma diferida? ¿Se entiende?

Dr. Carreras: Sí, entiendo. Primero por el tipo de reconstrucción que hacemos principalmente, es diferida por una sistemática misma nuestra. Lo hacemos con expansor, generalmente, retropectoral, y lo hacemos en cirugía, o sea, colocamos por ahí el expansor y se reconstruye con la prótesis en otra cirugía. Eso iba con la reconstrucción diferida.

Dr. Berman: Ah, ¿porque es en un segundo tiempo?

Dr. Carreras: Claro, exactamente. Después, perdón, no me acuerdo la otra pregunta.

Dr. Berman: Lo otro era que a pesar de que la muestra sea baja, si tenés el registro de las pacientes que la imagen corporal no se les debería haber afectado tanto porque una cirugía conservadora que no tuvo tanto efecto ni de la cirugía ni de la radioterapia, versus una que sí, que a veces pasa, que ahí también seguramente vas a tener datos importantes que los tenés hoy como para poder analizarlos, ¿se entiende?

Dr. Carreras: Sí, las pacientes que realizaron reconstrucción y fue satisfactoria, digamos, sí, tienen mucho mejor calidad de vida notoriamente, versus a la que no, pero las pacientes que tienen mejor calidad de vida son las pacientes que realizaron cirugía conservadora, le hagan cuadrantectomía, con vaciamiento, o Centinela y radioterapia, son las pacientes que nos dieron los mejores resultados. Sí, un análisis así pequeño son las pacientes que nosotros hacíamos mastectomía con buen resultado y demás, versus la cuadrantectomía, yo no lo puse, pero tampoco es tan pesado el resultado para decirlo, son mejores las cuadrantectomías, porque la mastectomía simplemente la paciente toma como la temperatura, el peso de la mama y la caída es diferente a lo natural, digamos. Puntualmente estos cuestionarios no es como el BREAST-Q que evalúa la efectividad de la reconstrucción, esto evalúa calidad de vida en pacientes con cáncer de mama hasta pacientes metastásicos, en todos los estadios. Así que no es un cuestionario que justamente evalúa la satisfacción frente a una reconstrucción, tampoco es por eso que fue apuntado en ese sentido el trabajo, sino lo que se buscó es más calidad de vida en pacientes con cáncer de mama,

y cuatro años después cuál es la realidad que nosotros nos enfrentamos, y también qué herramientas tomamos a punto de partida de qué hacemos a una paciente cuatro años después, que tal vez nosotros en la práctica no le preguntamos si tiene relaciones, si siente dolor en la mama, si le duele la mama, cómo son los efectos de la caída del cabello, y la idea es que este trabajo nos muestre esta realidad, y también nosotros instrumentarlo a través de los cuestionarios en nuestra práctica diaria.

Dr. Berman: Perfecto, un poco mi pregunta iba buscando esa respuesta, para que quede bien claro, la importancia de intentar conservar la mama con un buen resultado cosmético y con seguridad oncológica, versus una mastectomía reconstruida en las mejores manos con el mejor resultado, siempre la mama nativa, sin secuela, va a tener mucha mejor calidad de vida que una mastectomía, por más que tenga el mejor resultado.

Dr. Terrier: Bueno, si no hay ninguna otra pregunta, yo también te felicito, no voy a hacer comentarios porque soy autor del trabajo, así que, felicitaciones. Bueno, gracias.