



Revista de Calidad Asistencial

www.elsevier.es/calasis



ORIGINAL

Influencia de los factores clínicos y biográficos en la calidad de vida de las mujeres durante la quimioterapia adyuvante por cáncer de mama

J.M. Baena-Cañada^{a,*}, S. Estalella-Mendoza^a, M. González-Guerrero^a,
I. Expósito-Álvarez^a, P. Rosado-Varela^a y E. Benítez-Rodríguez^b

^a Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^b Registro Provincial de Cáncer, Cádiz, España

Recibido el 5 de marzo de 2011; aceptado el 7 de abril de 2011

Disponible en Internet el 16 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Quimioterapia;
Adyuvante;
Calidad de vida

Resumen

Objetivo: La quimioterapia adyuvante afecta a diferentes aspectos de la calidad de vida de la mujer con cáncer de mama. Se ha estudiado su efecto en la calidad de vida y el impacto de las variables clínicas y biográficas.

Material y método: Una cohorte de mujeres con cáncer de mama, tratadas con quimioterapia adyuvante, participantes en un ensayo clínico aleatorizado de intervención no farmacológica (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00964522), completó los cuestionarios de calidad de vida EORTC QOL-C30 y QOL-BR23 antes, a mitad y al terminar el tratamiento.

Resultados: Cincuenta mujeres completaron los cuestionarios. La salud global empeoró con el tiempo ($p=0,01$). El funcionamiento físico ($p=0,0001$) y la imagen corporal ($p=0,002$) fueron las escalas más deterioradas. La astenia ($p=0,004$), las náuseas y vómitos ($p=0,05$) y anorexia ($p=0,025$) fueron los síntomas con mayor efecto temporal de la quimioterapia. Las mujeres desempleadas sufrieron peor funcionamiento físico ($p=0,046$) y de rol ($p=0,005$). Las mayores presentaron más diarrea ($p=0,013$). Las más educadas mostraron peor puntuación en la escala de dificultades financieras ($p=0,034$). Los casos con estadios más avanzados sufrieron mayor deterioro en su imagen corporal ($p=0,001$) y estuvieron más preocupados por su futuro ($p=0,006$). Las tratadas con antraciclinas y taxanos sintieron también peor perspectiva de futuro ($p=0,02$).

Conclusiones: La quimioterapia adyuvante deteriora la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama, sobre todo en su funcionamiento físico e imagen corporal. La astenia y toxicidad digestiva son los efectos secundarios predominantes. Las mujeres necesitan soporte si son mayores, desempleadas, mejor formadas, con estadio III y tratadas con antraciclinas y taxanos.

© 2011 SECA. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: josem.baena.sspa@juntadeandalucia.es (J.M. Baena-Cañada).

KEYWORDS

Breast cancer;
Chemotherapy;
Adjuvant;
Quality of life

Influence of clinical and biographical factors on the quality of life of women with breast cancer receiving adjuvant chemotherapy

Abstract

Objective: Adjuvant chemotherapy affects the life of women with breast cancer in different ways. The aim of this work is to study the effect of adjuvant chemotherapy on the quality of their lives and the impact of their clinical and biographical characteristics.

Patients and method: Women with breast cancer, candidates for adjuvant chemotherapy, participating in a randomised trial with non-pharmacological intervention (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00964522), completed the EORTC QOL-C30 and QOL-BR23 quality of life questionnaires before, in the middle, and at the end of the treatment.

Results: Fifty women completed the questionnaires. Overall health got worse over time ($p = 0.01$). Physical functioning ($p = 0.0001$) and body image ($p = 0.002$) were the scales that deteriorated most, and asthenia ($p = 0.004$), nausea/vomiting ($p = 0.05$), and anorexia ($p = 0.025$), were the symptoms with the largest temporary impact of the chemotherapy. Unemployed women had worse physical functioning ($p = 0.046$) and role functioning ($p = 0.005$). Older women had more diarrhoea ($p = 0.013$). The most qualified women had a worse score in financial difficulties scale ($p = 0.034$). Women with advanced stage (III) underwent more deterioration in the body image ($p = 0.001$) and were more concerned about the future ($p = 0.006$). Women treated with anthracycline and taxane also had a worse perspective of the future ($p = 0.02$).

Conclusions: Adjuvant chemotherapy deteriorates the quality of life of patients with breast cancer, basically in physical functioning and body image areas. Asthenia and gastrointestinal toxicity are the side effects that affect patients most. Women need support if they are older, unemployed, more educated, and have stage III breast cancer treated with anthracycline and taxane based chemotherapy.

© 2011 SECA. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Muchas mujeres diagnosticadas de cáncer de mama reciben tratamiento quimioterápico con objeto de reducir su riesgo de recidiva y de muerte. En su estado de salud personal deben entrar en consideración otros aspectos diferentes de la mera evaluación y cuantificación de los síntomas causados por la quimioterapia (lo que los oncólogos denominamos toxicidad). Aspectos tan diferentes como la imagen corporal y el funcionamiento psicológico, físico y social aparecen claramente afectados, no sólo por la quimioterapia, sino por la propia enfermedad y por otros tratamientos¹. Por otra parte, algunos efectos secundarios de la quimioterapia pueden ser valorados de forma muy diferente por las propias mujeres y por los profesionales que las atienden².

La forma adecuada de valorar estos efectos de la quimioterapia debe llevarse a cabo mediante el análisis de la calidad de vida de las mujeres, utilizando instrumentos específicos, psicométricamente fiables y previamente validados³. El concepto de calidad de vida es, por tanto, más amplio que el estado de salud personal. Además, dicha valoración no debe ser externa, sino que es necesario facilitar la autovaloración porque de este modo no se escapan aspectos que pasan inadvertidos para el evaluador externo, como el bienestar psicológico o el grado de satisfacción de la mujer³. Por otra parte, la autovaloración de la calidad de vida puede ser diferente dependiendo del contexto biomédico, sociodemográfico y cultural en el que esté inmersa la paciente⁴.

En la Organización Europea para la Investigación y el Tratamiento del Cáncer (EORTC) se creó un grupo de estudio sobre calidad de vida en 1986 que ha propuesto cómo debe

definirse y medirse la calidad de vida⁵. El grupo optó por un modelo modular que valora la salud física, psicológica y social de los pacientes con cáncer en general, complementado por módulos específicos para cada tipo de tumor⁶. Desarrolló el instrumento de medida general de la calidad de vida QLQ-C30, que consta de 30 preguntas que corresponden a cinco escalas funcionales, y desarrolló también el instrumento específico de cáncer de mama QLQ-BR23 que, entre otras, contiene la valoración de los síntomas y efectos secundarios de los diferentes tratamientos⁷. Ambos cuestionarios han sido validados en la población española^{8,9}.

En otros estudios la quimioterapia adyuvante ocasionó un considerable efecto en la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, llegando hasta un tercio las que la definieron como «insostenible» o como una experiencia para no repetir «nunca más»¹⁰. Además, cuando se compara el efecto de los diferentes tratamientos del cáncer de mama, las mujeres catalogaron la quimioterapia como la peor experiencia de todos ellos¹¹. La finalidad de este estudio ha sido analizar la calidad de vida de las mujeres durante el tratamiento quimioterápico adyuvante por cáncer de mama y conocer el impacto que los factores biomédicos, sociodemográficos y culturales tienen en ella.

Pacientes y métodos

Una cohorte constituida por las primeras 50 mujeres con cáncer de mama, candidatas a recibir quimioterapia (neo)-adyuvante con antraciclina o antracilina y taxano, participantes en un ensayo clínico aleatorizado de

Tabla 1 Características de las pacientes

Características de las pacientes	n (%)
<i>Total</i>	50 (100%)
<i>Edad, mediana [intervalo]</i>	50 [27-78]
<i>Estadio</i>	
I	10 (20%)
II	25 (50%)
III	15 (30%)
<i>Capacidad funcional (ECOG)</i>	
0	42 (84%)
1	8 (16%)
<i>Tipo de quimioterapia</i>	
Antraciclinas	21 (42%)
Antraciclinas y taxanos	29 (58%)
<i>Estatus social</i>	
Alto-medio alto	26 (52%)
Bajo-medio bajo	24 (48%)
<i>Estado civil</i>	
Casada	35 (70%)
Soltera-viuda-divorciada	15 (30%)
<i>Situación laboral</i>	
Paro-pensionista	20 (40%)
Ama de casa	17 (34%)
Activo	13 (26%)
<i>Nivel de estudios</i>	
Ninguno-primarios	27 (54%)
Secundarios-universitarios	23 (46%)

ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group.

intervención no farmacológica (ClinicalTrials.gov Identifier: NCT00964522), completaron de forma prospectiva los cuestionarios validados de calidad de vida (EORTC QLQ-C30, versión 3.0 y QLQ-BR23), antes de la quimioterapia (tiempo1), a mitad de ella (tiempo2) y al finalizarla (tiempo3). El periodo de reclutamiento transcurrió entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Las características de las pacientes están recogidas en la tabla 1. Se trataba de mujeres con mediana de edad de 50 años, con cáncer de mama operable (estadios I, II o III), con capacidad funcional íntegra o apenas afectada y que recibieron quimioterapia basada en antraciclinas o en antraciclinas y taxanos. En cuanto a los factores sociodemográficos y culturales, eran mujeres urbanas, mayoritariamente casadas, de las que sólo una cuarta parte presentaba una situación laboral en activo y cuya distribución en clase social y nivel de estudios estaba equilibrada (aproximadamente la mitad presentaba un estatus social alto o medio alto y nivel de estudios superiores o universitarios y la otra mitad, estatus social bajo o medio bajo y nivel de estudios primarios o ninguno) (tabla 1). Las observaciones perdidas a causa de que la paciente no rellenó el cuestionario o no acudió a la visita fueron escasas. Esto fue más común con el cuestionario EORTC QLQ-BR23 y específicamente con la escala de satisfacción sexual (tablas 2 y 3).

El cuestionario de la EORTC QLQ-C30 fue autoadministrado y contenía escalas multipreguntas y medidas de

preguntas únicas. Se agrupan en cinco escalas funcionales (funcionamiento físico, rol, cognitivo, emocional y social), tres escalas de síntomas (astenia, dolor y náuseas y vómitos) y una escala de salud global/calidad de vida. El cuestionario EORTC QLQ-BR23 también fue autoadministrado y contenía 23 preguntas específicas para pacientes con cáncer de mama en diferentes estadios y tratadas con distintas modalidades terapéuticas. Comprendía cinco escalas para evaluar los efectos secundarios del tratamiento sistémico, los síntomas del brazo, los síntomas mamarios, la imagen corporal y el funcionamiento sexual. Además, contenía preguntas únicas sobre disfrute sexual, preocupación por la alopecia y perspectiva de futuro. Se calculó la media de las puntuaciones de las preguntas de cada escala para obtener la puntuación bruta. Se realizó una transformación lineal para estandarizar la puntuación bruta entre 0 y 100. Una puntuación alta en una escala funcional representa un alto/saludable nivel de funcionamiento. Una puntuación alta en la escala de salud global/calidad de vida significa alta calidad de vida. Pero una puntuación alta en una escala o pregunta de síntomas significa un alto nivel de sintomatología o problemas en dicho síntoma.

Con objeto de interpretar mejor los resultados, se estudiaron las diferencias en la puntuación de las escalas y preguntas según las siguientes variables clínicas y biográficas: edad (≤ 40 años, 61-64 años, ≥ 65 años), estadio tumoral (I, II, III), tipo de quimioterapia (antraciclinas, antraciclinas-taxanos), estado civil (solteras, casadas, viudas, divorciadas), nivel de estudios (ninguno, primarios, secundarios, universitarios), estatus social (alto, bajo) y situación laboral (en activo, desempleada, pensionista).

El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS versión 14.0. Para el análisis de la calidad de vida a lo largo del tiempo, se ha empleado el análisis de la varianza factorial mixto (ANOVA) con medidas repetidas. Para ello utilizamos un procedimiento estadístico que se denomina Modelo Lineal General. También hemos realizado un análisis multivariante de la varianza (MANOVA). Con el fin de poder comparar todas las dimensiones de un cuestionario entre los diferentes grupos en estudio, se efectuó un análisis multivariante incluyendo todas las dimensiones de los cuestionarios, medidos varias veces a lo largo del mismo. Es el mismo procedimiento anterior, con la diferencia de que ahora se trata de un modelo con dos factores, con medidas repetidas de un factor. Por un lado, el factor intrasujeto (la medida de la calidad de vida a lo largo del tiempo), y por otro lado, el factor intersujeto (el resto de las variables, que es lo que diferencia a un sujeto de otro).

El estudio fue revisado y aprobado por el Comité Ético del centro. Todas las pacientes consintieron por escrito.

Resultados

La salud global/calidad de vida empeoró a lo largo del tiempo ($p=0,01$). El funcionamiento físico ($p=0,0001$) fue la escala que más empeoró y la astenia ($p=0,004$), las náuseas y vómitos ($p=0,05$) y anorexia ($p=0,025$), los síntomas con mayor impacto temporal de la quimioterapia en el cuestionario general de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30 (tabla 2). Respecto del cuestionario del módulo

Tabla 2 Puntuaciones de las escalas funcionales y de síntomas del cuestionario de calidad de vida de la EORTC QLQ-C30

	Pacientes, n	Tiempo 1	Tiempo 2	Tiempo 3	p
Funcionamiento físico	48	90 ± 13	83 ± 15	79 ± 19	0,0001
Función de rol	49	78 ± 25	77 ± 27	72 ± 28	0,34
Funcionamiento emocional	44	70 ± 19	75 ± 20	69 ± 26	0,12
Funcionamiento social	46	80 ± 22	73 ± 24	74 ± 26	0,15
Función cognitiva	47	88 ± 16	84 ± 20	83 ± 20	0,17
Náuseas y vómitos	47	5 ± 12	12 ± 18	10 ± 14	0,05
Astenia	44	19 ± 19	29 ± 26	34 ± 27	0,004
Dolor	45	19 ± 19	18 ± 20	21 ± 25	0,62
Calidad de vida/salud global	47	69 ± 22	64 ± 19	61 ± 21	0,01
Disnea	49	10 ± 18	16 ± 23	12 ± 19	0,16
Insomnio	49	29 ± 27	35 ± 31	33 ± 34	0,37
Anorexia	49	8 ± 16	16 ± 25	18 ± 28	0,025
Estreñimiento	47	11 ± 21	17 ± 26	16 ± 25	0,1
Diarrea	50	7 ± 17	8 ± 17	8 ± 17	0,74
Dificultades financieras	46	21 ± 32	25 ± 31	25 ± 33	0,58

EORTC: European Organization for Research and Treatment of Cancer; QLQ: Quality of Life Questionnaire.
 Todos los valores están expresados con la media ± desviación estándar.

específico de cáncer de mama EORTC QLQ-BR23, la escala funcional que medía la imagen corporal empeoró significativamente ($p=0,002$), así como los síntomas atribuidos al tratamiento sistémico ($p=0,001$) (tabla 3). De ellos, la alopecia ($p<0,0001$), la xerostomía ($p<0,0001$), los síntomas oculares ($p<0,0001$), la disgeusia ($p<0,0001$) y las crisis vasomotoras ($p<0,0001$) fueron los efectos secundarios que más negativamente afectaron a las pacientes.

Las diferencias en la puntuación de las escalas y preguntas según las variables clínicas y biográficas están resumidas en la tabla 4. Las puntuaciones que las pacientes otorgaron a la escala de funcionamiento físico y rol fueron diferentes dependiendo de su situación laboral ($p=0,046$ y $p=0,005$). Las mujeres desempleadas, en baja laboral o pensionistas presentaban peor funcionamiento físico y rol que las amas de casas y éstas peor que las que trabajaban. De las escalas de síntomas, solo se identificó que la edad influyó en la autovaloración de la diarrea ($p=0,013$). Así, la diarrea afectó más a las mujeres mayores de 65 años que a las más jóvenes. El nivel de estudios de las pacientes influyó en la puntuación de la escala que evalúa el impacto financiero ($p=0,034$). Las mujeres más cualificadas percibieron que su

estado físico o el tratamiento les causaban más problemas económicos que a las mujeres menos cualificadas. La imagen corporal y la percepción de futuro de las mujeres fueron diferentes según el estadio tumoral al diagnóstico ($p=0,001$ y $p=0,006$). Las mujeres con estadio III fueron las que más deterioro en la imagen corporal sufrieron y las que más preocupadas estuvieron por su futuro. La puntuación que medía la preocupación por el futuro también fue diferente dependiendo del tipo de quimioterapia recibido ($p=0,02$). Las que recibieron antraciclina y taxanos estaban más preocupadas por su futuro que las que recibieron solo antraciclina.

Discusión

La evaluación de la calidad de vida es obligatoria a la hora de considerar los resultados del tratamiento quimioterápico del cáncer de mama. Su medida proporciona a los clínicos una información muy útil acerca del verdadero impacto de dicho tratamiento en la felicidad, satisfacción con la vida y sensación de bienestar de las pacientes y constituye una guía de actuación para minimizar dicho impacto¹². De esta forma, se pueden ofrecer soluciones centradas en la

Tabla 3 Puntuaciones de las escalas funcionales y de síntomas del cuestionario del módulo específico de cáncer de mama EORTC QLQ-BR23

	Pacientes, n	Tiempo 1	Tiempo 2	Tiempo 3	p
Imagen corporal	44	81 ± 25	70 ± 29	69 ± 30	0,002
Función sexual	40	21 ± 24	20 ± 23	18 ± 23	0,54
Disfrute del sexo	14	64 ± 36	57 ± 38	50 ± 34	0,26
Perspectiva de futuro	47	45 ± 31	49 ± 33	56 ± 35	0,13
Síntomas del brazo	41	16 ± 19	18 ± 25	19 ± 23	0,06
Síntomas de la mama	40	22 ± 19	19 ± 21	21 ± 23	0,56
S. tratamiento sistémico	49	12 ± 20	28 ± 29	33 ± 31	0,001
Preocupación por la alopecia	39	49 ± 38	57 ± 30	57 ± 30	0,54

EORTC: European Organization for Research and Treatment of Cancer; QLQ: Quality of Life Questionnaire.
 Todos los valores están expresados con la media ± desviación estándar.

Tabla 4 Variación significativa en las puntuaciones de acuerdo con las variables clínicas y biográficas

Escala	Tiempo 1	Tiempo 2	Tiempo 3	p
QLQ*-C30				
<i>Funcionamiento físico según situación laboral</i>				
En paro, pensionistas	86 ± 17	79 ± 13	74 ± 21	0,046
Amas de casa	90 ± 11	83 ± 16	77 ± 19	
En activo	96 ± 13	90 ± 14	88 ± 14	
<i>Función de rol según situación laboral</i>				
En paro, pensionistas	65 ± 31	66 ± 27	62 ± 30	0,005
Amas de casa	86 ± 16	78 ± 28	73 ± 26	
En activo	86 ± 18	90 ± 16	87 ± 21	
<i>Diarrea según la edad</i>				
40 años	2 ± 9	2 ± 9	2 ± 9	0,013
41-64 años	7 ± 15	7 ± 14	7 ± 14	
≥ 65 años	17 ± 41	22 ± 40	22 ± 40	
<i>Dificultades financieras según el nivel de estudios</i>				
Ninguno-primarios	15 ± 24	14 ± 22	18 ± 26	0,034
Secundarios-universitarios	30 ± 39	37 ± 37	33 ± 39	
QLQ-BR23				
<i>Imagen corporal según el estadio tumoral</i>				
Estadio I	15 ± 22	40 ± 23	39 ± 29	0,001
Estadio II	11 ± 20	19 ± 22	20 ± 23	
Estadio III	36 ± 30	40 ± 35	50 ± 33	
<i>Perspectiva de futuro según el estadio tumoral</i>				
Estadio I	44 ± 33	37 ± 20	59 ± 36	0,006
Estadio II	35 ± 30	44 ± 36	47 ± 36	
Estadio III	67 ± 24	67 ± 30	72 ± 27	
<i>Perspectiva de futuro según el tipo de quimioterapia</i>				
Antraciclina	42 ± 29	33 ± 27	46 ± 36	0,02
Antraciclina-taxanos	49 ± 35	61 ± 34	65 ± 34	

QLQ: Quality of Life Questionnaire.

Todos los valores están expresados con la media ± desviación estándar.

paciente, como los tratamientos de soporte óptimos, las medidas de intervención psicosocial, la mejora de la comunicación médico-paciente y, cuando sea posible, priorizar la investigación clínica dirigida a la mejora de la calidad de vida¹². Cuando comparamos nuestro estudio con otros realizados para investigar la calidad de vida en relación con el tratamiento quimioterápico adyuvante, encontramos que la mayoría de ellos analizan aspectos concretos de dicha terapia, como recibirla o no, monoquimioterapia contra poliquimioterapia, tratamiento corto contra largo, quimioterapia contra ablación ovárica, regímenes con antraciclina contra regímenes sin antraciclina, regímenes con antraciclina contra regímenes con antraciclina y taxanos y regímenes con diferente intensidad de dosis¹². El presente estudio no sólo pretende analizar cómo es la calidad de vida de las mujeres, sino que da un paso más allá y analiza cómo influyen las diferencias personales y clínicas de las mujeres en su calidad de vida durante el tratamiento quimioterápico adyuvante. La población analizada era representativa de las mujeres atendidas en la práctica clínica en el área de salud y el tipo de tratamiento quimioterápico recibido puede ser considerado también estándar.

El funcionamiento físico es una medida indirecta de las condiciones médicas previas (comorbilidad) y de la intensidad de síntomas (dolor y astenia sobre todo). Los pacientes

con cáncer que experimentan más deterioro en su funcionamiento físico son los que también tienen peor calidad de vida e incluso mayor mortalidad^{13,14}. En nuestro estudio, las puntuaciones basales de la escala de funcionamiento físico fueron altas, aunque fue también la escala funcional que más empeoró a lo largo del tratamiento quimioterápico. Este hallazgo es común en los estudios de calidad de vida ya que, como consecuencia de la quimioterapia, las pacientes sufren muchas limitaciones en su estado funcional¹⁵. La instrucción sistemática de las pacientes en técnicas para modificar su conducta relacionada con la salud (intervenciones conductuales) puede ayudarles a mejorar su funcionamiento físico durante el tratamiento de quimioterapia¹⁶. Hemos encontrado que las mujeres comunican poco o nulo impacto de la quimioterapia en su funcionamiento de rol, emocional, social y cognitivo, a pesar de haber recibido un tratamiento complejo durante meses. Hallazgos similares también han sido descritos con anterioridad¹⁷. Normalmente, los oncólogos preparan a sus pacientes para el deterioro que van a sufrir en las diferentes dimensiones de su calidad de vida, para afrontar los síntomas tóxicos de la quimioterapia adyuvante y para conservar en lo posible la calidad de vida en general. Sin embargo, disponen de muy poca información acerca de la influencia de los factores biomédicos, sociodemográficos y culturales en

estas dimensiones de la calidad de vida. Las diferencias encontradas en las puntuaciones de las escalas de funcionamiento físico y de rol según la situación laboral de la paciente pone de manifiesto que éste es un factor que tener presente cuando las mujeres reciben quimioterapia adyuvante por cáncer de mama, siendo las desempleadas y las amas de casa más vulnerables que las que se encuentran en activo. Es posible que disfrutar de una vida laboral activa sea un condicionante de protección contra el deterioro de la función física y de mantenimiento de las tareas y atribuciones de la vida cotidiana¹⁸.

Con los resultados de este estudio queda claro que es necesario prestar más atención a la astenia, las náuseas y vómitos y anorexia, como síntomas predominantes durante el tratamiento quimioterápico, así como a alopecia, xerostomía, síntomas oculares, disgeusia y crisis vasomotoras, como síntomas específicos del tratamiento sistémico. Estos hallazgos son también comunes en otros estudios que evalúan el impacto de los síntomas tóxicos de la quimioterapia adyuvante en la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama^{19,20}. Han sido publicados algunos estudios que investigan el efecto de la edad en la calidad de vida de las mujeres que reciben tratamiento²¹. En ocasiones, la calidad de vida de las mujeres más jóvenes es más vulnerable que la de las mayores². Según nuestro estudio, las mujeres mayores informaron de más diarrea que las jóvenes, sin encontrar diferencias en ninguna otra escala funcional o de síntomas en razón de la edad.

Del análisis del módulo específico de cáncer de mama es destacable el impacto negativo que la quimioterapia adyuvante ocasiona en la imagen corporal de las mujeres. Desde una puntuación relativamente alta al inicio de la quimioterapia se obtiene un descenso significativo en el que, sin duda, están influyendo la caída del cabello²² y el tiempo necesario para reconocer las secuelas de la cirugía. Las mujeres con estadios más avanzados percibieron, además, mayor amenaza a su integridad corporal. Sin embargo, no todos los estudios otorgan a la quimioterapia igual responsabilidad en el deterioro de la imagen corporal de las mujeres²³.

El impacto económico de la enfermedad es, en nuestro sistema de salud, mucho menor que en los sistemas privados, donde los usuarios pueden estar expuestos a riesgos financieros catastróficos¹⁸. En nuestro trabajo solo las mujeres con mayor nivel de estudios sintieron una amenaza financiera relacionada con la quimioterapia. Por otra parte, la preocupación por el futuro estuvo directamente relacionada con los estadios más avanzados y, por ende, con peor pronóstico, que son los que recibieron con más frecuencia quimioterapia basada en antraciclinas y taxanos. Es posible que las mujeres con estadios más avanzados sintieran mayor amenaza por la enfermedad y sufrieran más incertidumbre por su propio porvenir.

A pesar de que está bien establecida la relación entre menor morbilidad y mortalidad y tener pareja estable en estudios de individuos con enfermedades graves como el cáncer²⁴, nuestro estudio no encuentra mejor calidad de vida en las mujeres casadas. Algunos estudios prestan especial atención no al estado marital, sino a la calidad de dicha relación, que se encuentra deteriorada en un tercio de los casos²⁵. No encontramos tampoco un impacto significativo de la quimioterapia en la función sexual de las pacientes. Sin embargo, nuestro estudio no fue capaz de

obtener suficiente información en las variables de función y satisfacción sexual ya que pocas pacientes respondieron. Esto está justificado en parte porque la escala de satisfacción con el sexo sólo debía ser respondida por las mujeres con vida sexual activa. Necesitamos más información sobre cómo afecta la quimioterapia a la vida sexual de las mujeres que reciben quimioterapia por cáncer de mama. Como clínicos deberíamos prestar más atención a las quejas de dolor y sequedad vaginal y pérdida del deseo sexual durante el tratamiento quimioterápico adyuvante y plantear intervenciones en pareja²⁶.

Es preciso ser cautos a la hora de generalizar nuestras observaciones a todas las mujeres con cáncer de mama que reciben quimioterapia adyuvante. Habría que verificar dichas observaciones en otros contextos poblacionales. Hay una limitación en el tamaño de la muestra ya que el número de mujeres estudiadas con los cuestionarios de calidad de vida en los tres puntos temporales es pequeño y no sabemos si las mujeres que no desearon completarlos habrían respondido de igual manera. Sin embargo, la limitación existente sobre investigación en calidad de vida en mujeres españolas con cáncer de mama²⁷ otorga un valor especial a nuestro estudio. En la actualidad, los autores han reclutado a más pacientes con todos los cuestionarios completos y van a estudiar el cambio en la calidad de vida al año de terminar la quimioterapia.

Financiación

El estudio ha sido financiado por una beca concedida al Dr. Baena por el Ministerio de Ciencia e Innovación (Fondo de Investigaciones Sanitarias del Ministerio de Ciencia e Innovación; # FIS 07/0141).

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Dra. Marina Pollán (Departamento de Epidemiología Ambiental y Cáncer, Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III) la revisión del manuscrito.

Bibliografía

1. Perry S, Kowalski TL, Chang CH. Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health Qual of Life Outcomes revista electrónica* 2007 May [citada 6 Abr 2011];5:[24p]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/5/1/24/>.
2. Kayl AE, Meyers CA. Side-effects of chemotherapy and quality of life in ovarian and breast cancer patients. *Curr Opin Obstet Gynecol.* 2006;18:24-8.
3. Araras JL, Illaramendi JJ, Manterola A, Salgado E, Domínguez MA. Progresos en la evaluación de la calidad de vida en el cáncer de mama. *El sistema de medida de la EORTC. Psicooncología.* 2007;4:367-84.
4. Bernhard J, Hürny C, Coates AS, Peterson HF, Castiglione-Gertsch M, Gelber RD, et al. Factors affecting baseline quality of life in two international adjuvant breast cancer trials. *Br J Cancer.* 1998;78:686-93.
5. De Haes JC, Van Knippenberg FC, Neijt JP. Measuring psychological and physical distress in cancer patients: Structure and application of the Rotterdam Symptom Checklist. *Br J Cancer.* 1990;62:1034-8.

6. Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, Bullinger M, Cull A, Duez NJ, 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. *J Nat Cancer Inst.* 1993;85:365-76.
7. Fayers PM, Aaronson NK, Bjordal K, Groenvold M, Curran D, Bottomley A, en representación del EORTC Quality of Life Group. *The EORTC QLQ-C30 Scoring Manual.* 3.^a ed. Bruselas: European Organisation for Research and Treatment of Cancer; 2001.
8. Arraras JI, Garrido E, Pruja E, Marcos M, Tejedor M, Arias F. El Cuestionario de Calidad de Vida de la EORTC QLQ-C30 (Version 2.0). Estudio psicométrico con pacientes con cáncer de mama. *Clin Salud.* 2000;11:329-49.
9. Toledo M, Barreto MP, Pascual A, Ferrero J. Adaptación del cuestionario de calidad de vida de la E.O.R.T.C. para cáncer de mama. *Rev Psicol Salud.* 1993;5:29-45.
10. Palmer BV, Walsh GA, McKinna JA, Greening WP. Adjuvant chemotherapy for breast cancer: side effects and quality of life. *BMJ.* 1980;281:1594-7.
11. Kiebert GM, Hanneke J, De Haes CJ, Kievit J, Van de Velde CJ. Effect of peri-operative chemotherapy on the quality of life of patients with early breast cancer. *Eur J Cancer.* 1990;26:1038-42.
12. Montazeri A. Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *J Exp Clin Cancer Res.* 2008;27:32.
13. Dodd MJ, Miaskowski C, Paul SM. Symptom clusters and their effect on the functional status of patients with cancer. *Oncol Nurs Forum.* 2001;28:465-70.
14. Braithwaite D, Satariano WA, Sternfeld B, Hiatt RA, Ganz PA, Kertlikowske K, et al. Long-term prognostic role of functional limitations among women with breast cancer. *J Nat Cancer Inst.* 2010;102:1468-77.
15. Patrick DL, Ferketich SL, Frame PS, Harris JJ, Hendricks CB, Levin B, et al. National Institutes of Health State-of-the-Science Conference statement: Symptom management in cancer: Pain, depression and fatigue, July 15-17, 2002. *J Nat Cancer Inst.* 2003;95:1110-7.
16. Doorenbos A, Given B, Given C, Verbitsky N. Physical Functioning: Effect of behavioral intervention for symptoms among individuals with cancer. *Nurs Res.* 2006;55:161-71.
17. Ganz P, Kwan L, Stanton A, Krupnick J, Rowland J, Meyerowitz B, et al. Quality of life at the end of primary treatment of breast cancer: First results from the moving beyond cancer randomized trial. *J Natl Cancer Inst.* 2004;96:376-87.
18. Ell K, Xie B, Wells A, Nedjat-Haiem F, Lee P-J, Vourlekis B. Economic stress among low-income women with cancer. Effects on quality of life. *Cancer.* 2008;112:616-25.
19. Byar KL, Berger AM, Bakken SL, Cetak MA. Impact of adjuvant breast cancer chemotherapy on fatigue, other symptoms, and quality of life. *Oncol Nurs Forum revista electrónica* 2006 Jan [citada 6 Abr 2011];33:[18p]. Disponible en: <http://ons.metapress.com/content/um1281005428t806/fulltext.html>.
20. Mandelblatt J, Figueiredo M, Cullen J. Outcomes and quality of life following breast cancer treatment in older women: when, why, how much, and what do women want? *Health Qual of Life Outcomes revista electrónica* 2003 Sep [citada 6 Abr 2011];1:[45p]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/1/1/45>.
21. Lemieux J, Maunsell E, Provencher L. Chemotherapy-induced alopecia and effects on quality of life among women with breast cancer: a literature review. *Psychooncology.* 2008;17:317-28.
22. Arora NK, Gustafson DH, Hawkins RP, McTavish F, Cella DF, Pingree S, et al. Impact of surgery and chemotherapy on the quality of life of younger women with breast carcinoma. *Cancer.* 2001;92:1288-98.
23. Hopwood P, Haviland J, Mills J, Sumo G, Bliss JM. The impact of age and clinical factors on quality of life in early breast cancer: An analysis of 2208 women recruited to the UK START Trial (Standardisation of Breast Radiotherapy Trial). *The Breast.* 2007;16:241-51.
24. Goodwin JS, Hunt WC, Key CR, Samet JM. The effect of marital status on stage, treatment, and survival of cancer patients. *JAMA.* 1987;258:3125-30.
25. Yang H-C, Schuler TA. Marital quality and survivorship: Slowed recovery for breast cancer patients in distressed relationships. *Cancer.* 2009;115:217-28.
26. Manne S, Ostroff J, Winkel G, Fox K, Grana G, Miller E, et al. Couple-focused group intervention for women with early stage breast cancer. *J Consult Clin Psychol.* 2005;73:634-46.
27. Delgado-Sanz MC, Garcia-Mendizabal MJ, Pollan M, Forjaz MJ, Lopez-Abente G, Aragones N, et al. Health-related quality of life in Spanish breast cancer patients: a systematic review. *Health Qual of Life Outcomes revista electrónica* 2011 Jan [citada 6 Abr 2011];9:[3p]. Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/9/1/3>.