



# Cirujano General

[www.elsevier.es/cirujanogeneral](http://www.elsevier.es/cirujanogeneral)



## ORIGINAL

### Calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama, cirugía radical vs. cirugía conservadora en la Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, CMNO, Jalisco

J. Jesús Medina Valencia<sup>a,\*</sup>, Wenceslao Guillermo Ángeles Bueno<sup>b</sup>,  
Juan Antonio Delgado Vázquez<sup>b</sup>, Jorge Antonio Lomelí Muñoz<sup>c</sup>,  
Joan Arlene Ojeda Babilonia<sup>c</sup> y Leonora Montes Velázquez Castro<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento de Cirugía Oncológica, Unidad Médica de Alta Especialidad 1 Bajío, León, Guanajuato, México

<sup>b</sup> Departamento de Cirugía Oncológica, Unidad Médica de Alta Especialidad CMNO, Guadalajara, Jalisco, México

<sup>c</sup> Servicio Social, Departamento de Ginecología, Hospital de Ginecología, CMNO, Guadalajara, Jalisco, México

Recibido el 1 de enero de 2015; aceptado el 1 de mayo de 2015

#### PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;  
Calidad de vida;  
Cirugía radical;  
Cirugía conservadora

#### Resumen

**Introducción:** El cáncer de mama es la principal neoplasia maligna en mujeres y la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500,000 muertes cada año. Sin embargo, durante su evolución, el enfoque se ha basado solo en el tratamiento, olvidando el aspecto psicológico de la enfermedad, motivo por el cual se ha tratado de integrar este en el estudio de la calidad de vida relacionada con la salud, donde se analiza tanto el enfoque clínico postratamiento, como las repercusiones físicas, los cambios relacionados con el comportamiento y el estado de ánimo, lo que permite destacar el estado funcional del paciente que refleje su salud física, mental y social.

**Material y métodos:** Estudio trasversal descriptivo de pacientes con cáncer de mama manejadas con tratamiento quirúrgico, incluyendo mastectomía o cirugía conservadora, en vigilancia por la consulta externa, atendidas en la UMAE-HE, CMNO, manejadas durante el período comprendido entre el 1.º de enero de 2000 y el 31 de diciembre del 2013 en etapas clínicas I a III. Las pacientes fueron evaluadas a partir de la aplicación de cuestionario del grupo EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23.

\* Autor para correspondencia: Lago de Camécuaro número 81, Colonia Fuentes del Pedregal, CP 38863. Moroleón Guanajuato. Teléfono: +4454585356; Celular: 331144103.

Correo electrónico: [metastaxi@hotmail.com](mailto:metastaxi@hotmail.com) (J.J. Medina Valencia).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.cirgen.2015.05.001>

1405-0099/© 2015 Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

**Resultados:** La calidad de vida global de las pacientes fue de 45.5 para mastectomía y de 42.7 para cirugía conservadora, con un estado global de salud de 44.1. De todos los parámetros, solo fueron significativos para el apartado de síntomas y específicamente para el estreñimiento y el impacto económico, los cuales fueron peores para las pacientes con mastectomía. De la misma forma, en el cuestionario específico para cáncer de mama, ninguno de los apartados mostró una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se puede asumir una calidad de vida similar entre los diferentes tipos de tratamiento.

**Conclusión:** Las pacientes con cáncer de mama de nuestra institución presentan una menor calidad de vida con respecto a lo descrito en la literatura mundial, lo que requiere de la implementación de programas enfocados en la valoración de estos aspectos durante el tratamiento y seguimiento de las pacientes, y no solo en el manejo oncológico.

© 2015 Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Breast cancer;  
Quality of life;  
Radical surgery;  
Conservative surgery

## Quality of life of patients with breast cancer, radical surgery versus conservative surgery in a highly specialised medical unit

### Abstract

**Introduction:** The breast cancer is the principal malignant tumour in women and the leading cause of death due to a tumour in women worldwide, with around 500,000 deaths each year. However, during its evolution the focus has only been based on the treatment, forgetting the psychological aspects of the disease. For this reason, this study includes the health related quality of life, in which it analyses the post-treatment clinical approach, the physical repercussions, the changes associated with behaviour and mood state, which will enable to highlight a functional status of the patients that reflects their physical, mental and social health.

**Material and methods:** A descriptive, cross-sectional study conducted on patients in clinical stages I to III breast cancer, managed with surgical treatment, including mastectomy or conservative surgery, on follow-up in the outpatient clinic of the UMAE-HE, CMNO, during the period between 1 February 2000 and 31 December 2013. The evaluations were made based on applying the questionnaires of the EORTC group QLQ-C30 and QLQ-BR23.

**Results:** The overall quality of life score of the patients was 45.5 for mastectomy and 42.7 for conservative surgery, with an overall health status of 44.1. Of all the parameters, there were only differences in the symptoms section, specifically for constipation, and financial impact, which were worse for patients with mastectomy. Likewise, in the questionnaire specific for breast cancer, no statistically significant differences were observed in any of the sections, from which it can be assumed that the quality of life is similar between the 2 types of treatment.

**Conclusion:** Patients with breast cancer in this institution have a lower quality of life than that reported in the world literature. This suggests that programs need to be implemented that are focused on these aspects during the treatment and follow-up of patients, and not only focused on oncological management.

© 2015 Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

## Introducción

En la actualidad el cáncer de mama ha presentado un aumento en su incidencia, hasta convertirse desde el 2006 en la principal neoplasia de la mujer, tanto en el ámbito nacional como en el internacional, con un riesgo global de 12.08% durante toda de vida (1 de cada 8 mujeres), con una incidencia de 13,648 y una mortalidad en México de 5,133 defunciones en 2010, con una tasa de 10.1 defunciones por cada 100,000<sup>1</sup>. De igual forma, existe un auge en su enfoque, en el que se consideran las implicaciones que tiene en la vida del paciente o, más concretamente, en su calidad de vida.

A partir de 1994, después de la implementación de nuevos programas de detección, se logró un incremento en la incidencia, la cual se ha mantenido de manera constante, tal y como se muestra en la gráfica (fig. 1). En 1958, la Union for International Cancer Control (UICC) presentó una clasificación clínica del cáncer de mama basada en el sistema TNM, y en 1977 el American Joint Committee on Cancer (AJCC) publicó la estadificación para el cáncer de mama. Desde entonces se han realizado revisiones y actualizaciones en función de los avances diagnósticos y terapéuticos que han ido apareciendo, hasta la séptima edición de la AJCC (tabla 1)<sup>2</sup>.

**Tabla 1** Estadificación TNM del cáncer de mama

T	Tumor primario		
Tx	No se puede evaluar el tumor primario		
T0	No existe prueba de tumor primario		
Tis	Carcinoma in situ		
Tis (CDIS)	Carcinoma ductal in situ		
Tis (CLIS)	Carcinoma lobulillar in situ		
Tis (Paget)	Enfermedad de Paget del pezón que no está relacionada con el carcinoma invasivo o carcinoma in situ (CDIS o CLIS) en el parénquima mamario subyacente. Los carcinomas del parénquima mamario relacionados con la enfermedad de Paget se clasifican sobre la base del tamaño y las características de la enfermedad parenquimatosa, aunque la presencia de la enfermedad de Paget aún se debería señalar		
T1	El tumor mide $\leq 20$ mm en su mayor dimensión		
T1mi	El tumor mide $\leq 1$ mm en su mayor dimensión		
T1a	El tumor mide $> 1$ mm, pero $\leq 5$ mm en su mayor dimensión		
T1b	El tumor mide $> 5$ mm, pero $\leq 10$ mm en su mayor dimensión		
T1c	El tumor mide $> 10$ mm, pero $\leq 20$ mm en su mayor dimensión		
T2	El tumor mide $> 20$ mm, pero $\leq 50$ mm en su mayor dimensión		
T3	El tumor mide $> 50$ mm en su mayor dimensión		
T4	El tumor mide cualquier tamaño con extensión directa a la pared pectoral o la piel (ulceración o nódulos cutáneos)		
T4a	Extensión a la pared torácica que no solo incluye adherencia o invasión a los músculos pectorales		
T4b	Ulceración de la piel o nódulos satélites ipsilaterales o edema (incluida la piel de naranja), la cual no satisface el criterio de carcinoma inflamatorio		
T4c	Ambos, T4a y T4b		
T4d	Carcinoma inflamatorio		
N	Ganglios linfáticos regionales (clínico)		
NX	No se puede evaluar el ganglio linfático regional (por ejemplo, fue extirpado previamente)		
N0	Sin ganglios linfáticos regionales palpables		
N1	Metástasis palpables a uno o varios ganglios linfáticos homolaterales axilares móviles		
N2	Metástasis a ganglio(s) axilares homolaterales fijos entre sí o a otras estructuras, o detectados clínicamente en la cadena mamaria interna homolateral en ausencia de metástasis axilares palpables		
N2a	Metástasis en ganglio(s) axilares fijos entre sí o a otras estructuras		
N2b	Metástasis clínicamente aparentes en la cadena mamaria interna sin evidencia clínica de metástasis axilares		
N3	Metástasis a ganglio(s) linfáticos infraclaviculares homolaterales o a ganglios clínicamente aparentes de la cadena mamaria interna homolateral y en presencia de ganglio(s) axilares palpables o metástasis a ganglio(s) de la región supraclavicular homolateral con o sin ganglios		
N3a	Metástasis a ganglio(s) infraclavicular homolateral y ganglio(s) axilares		
N3b	Metástasis a ganglio(s) de la mamaria interna y axilares homolaterales		
N3c	Metástasis a ganglio(s) supraclaviculares homolaterales		
M	Metástasis a distancia		
MX	No evaluable		
M0	Sin metástasis a distancia		
M1	Con metástasis a distancia		
Estadio	T	N	M
0	Tis	N0	M0
IA	T1 (incluye T1 mi)	N0	M0
IB	T0	N1mi	M0
	T1 (incluye T1 mi)	N1mi	M0
IIA	T0	N1	M0
	T1 (incluye T1 mi)	N1	M0
	T2	N0	M0
IIB	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIA	T0	N2	M0
	T1 (incluye T1 mi)	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIB	T4	N0	M0
	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
IIIC	Cualquier T	N3	M0
IV	Cualquier T	Cualquier N	M1

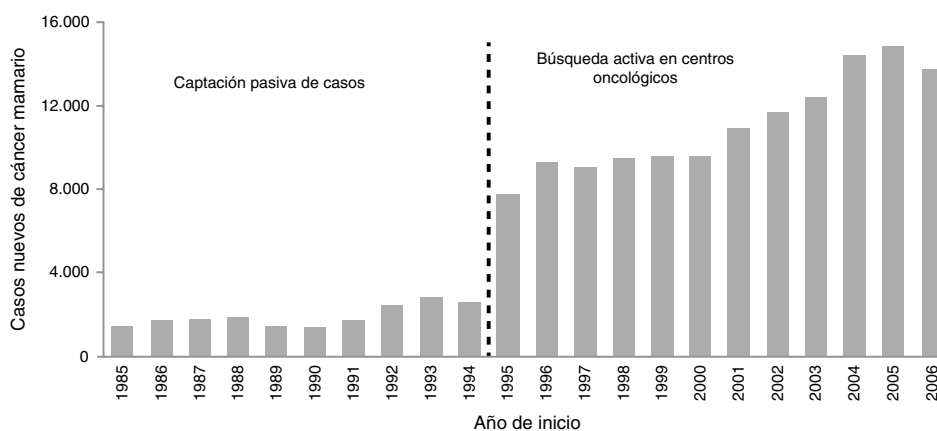


Figura 1 Casos nuevos de cáncer de mama por año de diagnóstico identificados por el RHNM. México 1985-2006.

Fuente: RHNM/DGE/SSPPS/SSA

Los momentos que pueden ser considerados como críticos en el trascurso de la enfermedad son el diagnóstico, la intervención quirúrgica y el inicio de la quimioterapia, así como la radioterapia. Sin embargo, existe otro momento estresante para las pacientes, que es el final del tratamiento, cuando tienen que volver a la vida normal<sup>3</sup>. Normalmente la evaluación del estado de salud de los individuos se ha basado en la observación o intervención médica, tomando en cuenta los instrumentos tradicionales (como es el caso de examen clínico, laboratorio, estudios de gabinete, entre otros, los cuales se encuentran clasificados como fiables y cuantificables) y se daba poco interés al resto de instrumentos que requerían de la percepción subjetiva de los individuos (como es el caso de los cuestionarios de capacidad funcional o síntomas declarados, que se encontraban considerados como menos fiables y no cuantificables)<sup>4</sup>. Pero son estos algunos de los parámetros requeridos para la evaluación integral del paciente.

Dentro de los principales perfiles de salud se encuentran el Medical Outcomes Study Short Form 36 (MOS-SF36), probablemente el instrumento más utilizado en la actualidad y del que existen algunas versiones reducidas, el Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile, NHP) y el Perfil de Impacto de la Enfermedad (Sickness Impact Profile, SIP)<sup>5</sup>. Todos ellos disponen de numerosos estudios de validación en diferentes poblaciones, incluyendo pacientes quirúrgicos de diferentes tipos. Se trata de instrumentos registrados cuya utilización requiere la autorización de sus propietarios. La calidad de vida se ha convertido en una categoría imprescindible para el abordaje integral en el estudio de las enfermedades crónicas. A pesar de las variadas posiciones que existen en el análisis de este concepto, todos los autores coinciden en señalar la necesidad de tomar en cuenta las opiniones, vivencias, expectativas y sufrimientos del individuo que enfrenta la realidad de padecer una enfermedad crónica. Así pues, se impone la necesidad de evaluar la enfermedad desde el punto de vista de quien la sufre<sup>6</sup>.

Barbon y Beato encontraron que los sufrimientos o trastornos que aquejan a la mujer con cáncer de mama incluyen frecuentemente ansiedad, insomnio, vergüenza, sentimientos de inutilidad y subvaloración personal. La depresión,

reacción emocional muy frecuente en los enfermos crónicos al inicio de su enfermedad, ha sido estudiada por Ford, quien encuentra que los síntomas depresivos se relacionan estrechamente con el estadio de la enfermedad y con el apoyo social<sup>7</sup>. En Inglaterra, Fenlon estableció un estudio de cohorte de mujeres con diagnóstico reciente de cáncer para tratar de describir, en la entrevista inicial de las participantes, la experiencia del dolor músculo-esquelético y explorar su impacto en la calidad de vida. En él refiere la presencia de dolores articulares o musculares, dolores o rigidez en un 69% de mujeres, lo que destaca la importancia de una mejor comprensión de estos síntomas y de su impacto en la vida de mujeres con cáncer de mama para que los profesionales de la salud estén en mejores condiciones para apoyar a los pacientes y para proporcionarles la información precisa para informar las decisiones de tratamiento<sup>8,9</sup>.

A pesar de que el cáncer de mama ocupa el primer lugar en el mundo en incidencia en las mujeres, se ha visto una disminución en su mortalidad, en parte debida al incremento en los programas de detección temprana, así como de screening, lo que permite llevar a cabo procedimientos quirúrgicos menos agresivos y aumentar la sobrevivencia de las pacientes. Sin embargo, se ha descuidado un punto importante sobre la evaluación de la calidad de vida. Existen estudios previos en los que se evalúa la satisfacción de las pacientes, así como la calidad de vida de manera global. Sin embargo, ninguno está enfocado a la calidad de vida posterior al manejo quirúrgico, tomando en cuenta si se realizó una cirugía conservadora, o la paciente fue intervenida mediante mastectomía. De esta forma, la aplicación de escalas de evaluación simples nos permitiría detectar alteraciones importantes en las pacientes y poder tomar medidas oportunas para que puedan reintegrarse a la sociedad, con las mejores condiciones posibles.

Aunque existen estudios sobre la calidad de vida de pacientes con cáncer de mama donde se demuestra que la etapa clínica, el estado civil soltera y el nivel de escolaridad representan aspectos importantes. Sin embargo, realizan las evaluaciones de manera global, sin tomar en cuenta el tipo de manejo quirúrgico, por lo que resulta importante evaluar el impacto psicológico que puede tener una cirugía mutilante contra una cirugía conservadora.

El objetivo de este estudio es determinar la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama con manejo quirúrgico, cirugía radical vs. cirugía conservadora en la Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) Hospital de Especialidades (HE) del Centro Médico Nacional de Occidente (CMNO), del IMSS en Jalisco.

## Materiales y métodos

Se realizó un estudio transversal descriptivo. Se seleccionó a pacientes con cáncer de mama con tratamiento quirúrgico que acudían a control en la Consulta Externa del Servicio de Ginecología Oncológica, en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2000 y el 31 de diciembre del 2013 en la UMAE del HE CMNO. Los criterios de inclusión fueron pacientes femeninas manejadas en la UMAE HE CMNO, de entre 16 y 80 años, en etapas clínicas I a III con al menos 6 meses desde el manejo quirúrgico (cirugía conservadora o cirugía radical), independientemente de si requirieron hormonoterapia, quimioterapia o radioterapia. Se descartó a pacientes con enfermedad metastásica al momento de su evaluación (etapa clínica IV), cáncer primario en otro sitio y pacientes en etapa clínica I-III consideradas no candidatas al manejo quirúrgico. Se evaluaron mediante la aplicación del cuestionario del grupo EORTC QLQ-C30 y QLQ-BR23. A partir de esta información, se realizaron las mediciones pertinentes de acuerdo con cada variable estadística. Las comparaciones entre los grupos (cirugía conservadora y cirugía radical) se establecieron mediante chi cuadrada en el caso de variables nominales o categóricas; para variables cuantitativas se utilizó t de Student o U de Mann Whitney según la distribución de la curva. El estudio fue sometido a revisión y aprobación por el Comité Local de Investigación en Salud de la UMAE HE CMNO.

## Resultados

### Frecuencia en manejo conservador y quirúrgico

Se realizaron un total de 114 encuestas, de las cuales 58 fueron del grupo de mastectomía y 56 del grupo de cirugía conservadora. La edad promedio de la muestra fue de 52.6 años y no hubo diferencia entre los grupos de mastectomía y cirugía conservadora con 51.8 y 53.3 años, respectivamente.

### Ganglio centinela

La realización de ganglio centinela se llevó a cabo en 33 pacientes (28.9%), de las cuales en 3 se realizó mastectomía y en 30 pacientes cirugía conservadora (5.2 y 53.6%). Por consiguiente, las pacientes con mastectomía tuvieron una mayor incidencia de linfadenectomías axilares, correspondiendo a 96.6%, en contraparte con el 75% de las pacientes manejadas con cirugía conservadora.

### Quimioterapia, hormonoterapia y radioterapia

No hubo diferencia significativa en cuanto al uso de quimioterapia entre ambos grupos de muestras, que fueron del 93.1 y del 91.1% en el manejo radical con mastectomía y

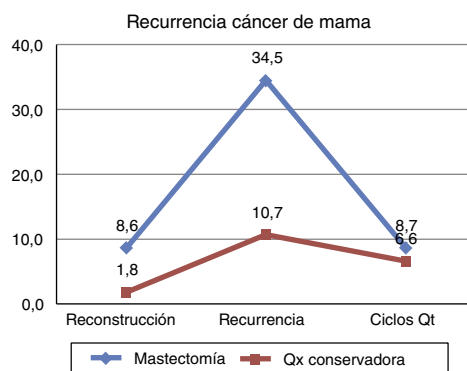


Figura 2 Recurrencia de pacientes con cáncer de mama y ciclos de quimioterapia.

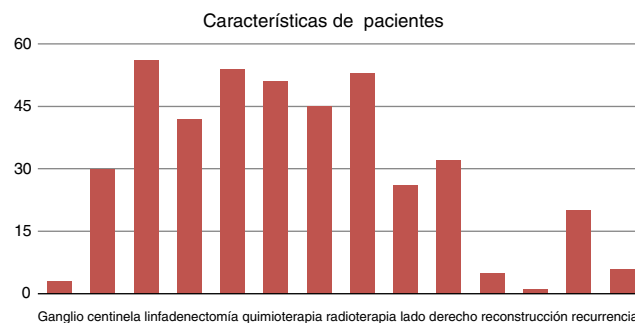


Figura 3 Características del manejo en pacientes.

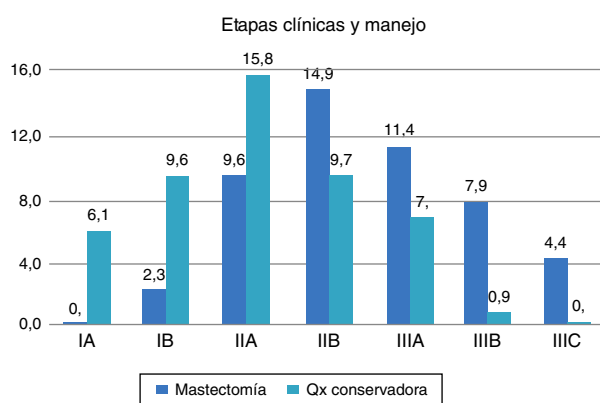
en la cirugía conservadora, respectivamente. En lo que respecta al uso de hormonoterapia, la recibieron 33 pacientes con mastectomía y 26 pacientes que tuvieron cirugía conservadora. Hubo una diferencia estadísticamente significativa en cuanto al uso de radioterapia, puesto que una mayor cantidad de pacientes del grupo de cirugía conservadora la recibieron (94.6 vs. 77.6%), lo cual es comprensible puesto que se considera una condición casi inseparable de la realización de cirugía conservadora. No existió una diferencia en lo que respecta al lado afectado, puesto que un 44.8% de las mastectomías fueron derechas vs. un 57.1% de las cirugías conservadoras y, de manera global, el lado derecho ocupó un 50.95% y el izquierdo un 49.05%. De igual forma no hubo una diferencia en la realización de reconstrucción de las pacientes, independientemente del grupo al que pertenecieron, con un porcentaje de 8.6 vs. 1.8%, sin que se observara significancia estadística (figs. 2 y 3).

### Recurrencia del cáncer de mama

Un dato importante es la presencia de una mayor recurrencia en el grupo de cirugía radical con un porcentaje de 34.5% contra solo un 10% de las pacientes con cirugía conservadora, lo que se puede explicar por la mayor cantidad de pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad en el grupo de mastectomías.

### Estadificación y manejo

Existió una diferencia en lo que respecta a las etapas clínicas de las pacientes, ya que las pacientes con cirugía



**Figura 4** Manejo de pacientes según estadificación del cáncer de mama.

conservadora presentaron etapas clínicas más iniciales, en comparación con las pacientes con mastectomías, las cuales tuvieron etapas clínicas más avanzadas. En general, las pacientes tuvieron una etapa ia en 6.14%, ib en 11.95%, iia en 24.55%, iib en 24.56%, iiia en 18.42%, iiib en 8.77% y iiic en 4.39%. Por lo que la mayor cantidad de pacientes se encontraban en EC II con un total del 50% vs. EC I del 18% y en EC III del 31.58%, como se muestra en la [figura 4](#).

### Calidad de vida

La calidad de vida global de las pacientes fue de 45.5 para las de mastectomía y de 42.7 para las de cirugía conservadora, sin diferencias estadísticamente significativa entre los grupos, con un estado global de salud de 44.1. En general, no hubo una diferencia entre los tipos de tratamiento puesto que, de manera global, no presentaron percepciones diferentes en los cuestionarios de calidad de vida. Solo en el QLQ-30 fueron diferentes para el apartado de síntomas y, específicamente, para el estreñimiento y el impacto económico, los cuales fueron peores para las pacientes con mastectomía. De la misma forma, en el cuestionario específico para cáncer de mama ninguno de los apartados mostró una diferencia estadísticamente significativa, por lo que se puede asumir una calidad de vida igual entre los diferentes tipos de tratamiento. Cuando se hizo la evaluación de las pacientes de acuerdo con la calidad de vida con respecto a la realización de ganglio centinela, se vio un estado global de salud similar con una resultado de 42.43 vs. 44.86, para la realización o no de ganglio centinela, respectivamente. Y de la misma forma a lo observado en la evaluación previa, solo el apartado de síntomas fue el que logró una diferencia en la evaluación de la diarrea. Pero no así en el BR-23, donde se mantuvieron con resultados similares entre ambos grupos.

### Calidad de vida poslinfadenectomía

La evaluación de la calidad de vida en las pacientes con o sin linfadenectomía mostró resultados diferentes: fue mejor en las pacientes con cirugía conservadora. De igual forma, los síntomas fueron menores en las pacientes con cirugía

conservadora, predominantemente a nivel de la fatiga, así como el dolor, el estreñimiento y el impacto económico.

### Quimioterapia, radioterapia, hormonoterapia y calidad de vida

Para el apartado del uso de quimioterapia se logró una diferencia en la calidad de vida, la cual se vio mejor en las pacientes que estaban recibiendo quimioterapia, a pesar de lo que se pudiera pensar, con un estado global de salud de 44.84 contra un 36.11 a favor de las pacientes con quimioterapia. No obstante, el resto de los parámetros permanecieron similares entre ambos grupos en los resto de las escalas. Para la evaluación de la radioterapia, mostraron una calidad de vida similar de 44.13 vs. 44.27, sin que se apreciara una diferencia en el QLQ-C30. En cambio, cuando se realizó el análisis de la escala específica para el cáncer de mama, se vio una diferencia en el funcionamiento sexual, que fue peor para las pacientes que fueron tratadas mediante radioterapia, aunque sin impacto en el disfrute sexual, solo en el funcionamiento. El resto de las evaluaciones se mantuvieron con resultados similares. En general, para las pacientes con hormonoterapia no existió diferencia en la calidad de vida, ni tampoco en el resto de variables estudiadas para el QLQ-C30. No obstante, cuando se realizó el análisis de BR-23 hubo una diferencia en los aspectos de la sintomatología, la cual fue específicamente peor en lo que respecta a síntomas en el brazo para las pacientes que recibieron hormonoterapia, aunque tenían menor preocupación por la caída de pelo que las pacientes que no recibieron hormonoterapia.

### Recurrencia y calidad de vida

Algunos de los aspectos con más relevancia son los concernientes a la evaluación de la recurrencia, en los que se vieron afectadas una mayor cantidad de variables. Tal es el caso de la función física, la cual fue mejor en las pacientes sin datos de recurrencia. De la misma forma, en las actividades cotidianas, las cuales fueron peores para las pacientes con recurrencia. Con lo que respecta a la sintomatología se encontraron variaciones en fatiga, dolor, náuseas y vómito, e impacto económico. Por lo que es uno de los aspectos en los que hubo una marcada diferencia en la calidad de vida de las pacientes.

### Importancia de la cirugía reconstructiva

Para las pacientes que tuvieron una cirugía reconstructiva, se vio reflejado el impacto en la calidad de la función sexual, tanto en el disfrute como en el funcionamiento sexual, el cual fue mejor en las pacientes con reconstrucción.

### Discusión

En nuestro estudio se demostró que la calidad de vida de las pacientes fue menor a la esperada. La puntuación mediana de la serie obtenida en la escala del QLQ-C30, que mide la percepción del estado global de salud, fue de 44.1, siendo 100 la puntuación correspondiente al estado de máxima

salud y calidad de vida relacionada con la salud. Esta puntuación se encuentra por debajo de la media establecida en los artículos internacionales, donde los valores medios en la escala de salud global oscilan entre 58 y 77<sup>10-13</sup>. Una posible explicación a estos resultados sería el hecho de que la mayoría de las pacientes en este estudio tenían poco tiempo desde la intervención quirúrgica y la realización de la encuesta, en algunos casos de menos de un año, por lo que aún se encontraban en fases de manejo, razón por la cual podría encontrarse mermada su calidad de vida.

Durante la evaluación se tomaron en cuenta diversas variables. Tal es el caso de la realización de ganglio centinela, la cual se llevó a cabo en 28.9%, 3 de mastectomía y 30 de conservadora (5.2 vs. 53.6%). Esto se encuentra relacionado con la posibilidad de realizar procedimientos menos agresivos para las pacientes manejadas en las modalidades de cirugía conservadora. Así mismo, las pacientes con mastectomía tuvieron mayor frecuencia de linfadenectomías, con un total de 96.6% en contraparte con el 75% de conservadora.

No hubo diferencia en cuanto a la administración de quimioterapia entre ambos grupos: en el grupo de mastectomía se requirió en un 93.1% de los casos, mientras que en el grupo de cirugía conservadora se requirió en un 91.1% de los casos, por lo que probablemente no fue un parámetro que afectó los resultados. En lo que respecta al uso de hormonoterapia, se dio en 33 y 26 pacientes respectivamente.

Un punto importante a destacar fue lo concerniente al uso de radioterapia, la cual, como era de esperarse, se encontraba en una mayor cantidad en el grupo de cirugía conservadora, con un 94.6 vs. 77.6%. Esto se debe a que las pacientes que son tratadas mediante un manejo conservador requieren de la aplicación de radioterapia, prácticamente como una condición sine qua non, lo cual, como veremos más adelante, tiene implicación en ciertos aspectos de la evaluación de la calidad de vida.

En relación con la modalidad quirúrgica, no hay muchos estudios sobre la asociación entre el tipo de cirugía y la calidad de vida que incluyan a pacientes con un seguimiento mayor de 5 años posterior a su intervención quirúrgica. Según Dorval, el tipo de cirugía (conservadora versus radical) no tiene un efecto importante a largo plazo en la calidad de vida relacionada con la salud. No obstante, las pacientes menores de 50 años tratadas mediante manejo conservador mostraron menos distrés psicológico que las de ese rango de edad tratadas mediante mastectomía. Ocurre de forma opuesta en las pacientes mayores de 50 años. Esto mismo se ve reflejado en los resultados de nuestra evaluación, donde la calidad de vida global de las pacientes fue de 45.5 puntos para las pacientes tratadas mediante mastectomía vs. 42.7 para las de cirugía conservadora, sin diferencias estadísticamente significativas, lo que concuerda con lo reportado en otras bibliografías<sup>14,15</sup>.

## Conclusión

Las pacientes con cáncer de mama de nuestra institución presentan una menor calidad de vida con respecto a lo descrito en la literatura mundial, lo que requiere de la implementación de programas enfocados en la valoración de estos aspectos durante el tratamiento y seguimiento de las

pacientes, y no solo en el manejo oncológico. Sin embargo, no existe diferencia en la calidad de vida relacionada con la salud para las pacientes con cáncer de mama, independientemente del tipo de manejo al que sean sometidas.

Se requiere seguimiento y estudios posteriores para las pacientes, puesto que la literatura mundial refiere que la calidad de vida de las pacientes se eleva un año después de terminar el tratamiento y, dado que existen muchas pacientes con seguimiento y manejo previo a un año, los resultados podrían estar infravalorados, y podríamos tener una mejor calidad de vida para las pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Robles-Castillo J, Ruvalcaba-Limón E, Maffuz A, Rodríguez-Cuevas S. Cáncer de mama en mujeres mexicanas menores de 40 años. *Ginecol Obstet Mex.* 2011;79(8): 482-8.
2. Singletary SE, Connolly JL. Breast cancer staging: Working with the 7 edition of the AJCC Cancer Staging Manual. *CA Cancer J Clin.* 2010;56(1):37-47.
3. Porzolt F, Wolpl CP, Rist CE, Kosa R, Büchele G, Gaus W. Comparison of 3 instruments (QLQ-C30, SF-36 QWB-7) measuring health-related quality of life/quality of well-being. *Psychooncology.* 1996;5(2):103-17.
4. Badía X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español (3.ª edición). Barcelona: Edimac; 2002.
5. Peiró S. Calidad de vida. En: Ruiz P, Alcalde J, Landa JI, editores. *Gestión clínica en cirugía.* Madrid: Arán Ediciones, S.L; 2005. p. 321-3.
6. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast cancer women. *Eur J Oncol Nurs.* 2008;12(1): 53-7.
7. Luxardo N. El cuerpo medido. Escalas y mediciones de la calidad de vida de personas con cáncer. Buenos Aires: Universidad de Buenos Aires (UBA); 2007.
8. Fenlon D, Powers C, Simmonds P, Clough J, Addington-Hall J. The JACS prospective cohort study of newly diagnosed women with breast cancer investigating joint and muscle pain, aches, and stiffness: Pain and quality of life after primary surgery and before adjuvant treatment. *BMC Cancer.* 2014;14: 467.
9. Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Epidemiología. Secretaría de Salud. 2011.
10. Janni W, Rjosk D, Dimpfl TH, Haertl K, Strobl B, Hepp F, et al. Quality of life influenced by primary surgical treatment for stage I-III breast cancer-long-term follow-up of a matched-pair analysis. *Ann Surg Oncol.* 2001;8(6):542-8.
11. Schou I, Ekeberg O, Sandvik L, Hjermstad MJ, Ruland CM. Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer. Data from a year follow up study compared with the general population. *Qual Life Res.* 2005;14(8): 1813-23.
12. Härtl K, Janni W, Kästner R, Sommer H, Strobl B, Rack B, et al. Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2003;14(7):1064-71.

13. Kootstra J, Hoekstra-Weebers JE, Rietman H, de Vries J, Baas P, Geertzen JH, et al. Quality of life after sentinel lymph node biopsy or axillary lymph node dissection in stage I/II breast cancer patients: A prospective longitudinal study. *Ann Surg Oncol*. 2008;15(9):2533–41.
14. Pandey M, Thomas BC, Ramdas K, Ratheesan K. Early effect of surgery on quality of life in women with operable breast cancer. *Jpn J Clin Oncol*. 2006;36(7):468–72.
15. Greene FL, Sobin LH. The staging of cancer: A retrospective and prospective appraisal. *CA Cancer J Clin*. 2008;58(3):180–90.