

¿CÓMO ES LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES POSTMASTECTOMIZADAS POR CÁNCER DE MAMA?

Autores: Francisco Araneda G., Mariana Canto M., Iván Cañete P.

introducción

Introducción

El cáncer es la principal causa de muerte en los países económicamente desarrollados y la segunda causa de muerte en los países en vías de desarrollo (1). En 2008 hubo 12.7 millones de casos y 7,6 millones de muertes por cáncer en el mundo (2), lo que lo convierte en una de las enfermedades más temidas, con un enorme impacto psicológico sobre los pacientes y sus cuidadores (3). Dentro de las manifestaciones psicológicas secundarias al diagnóstico de cáncer se pueden presentar: depresión, que es la manifestación psiquiátrica más frecuente (4). Esto puede conllevar con incumplimiento del tratamiento, avance de la enfermedad, intolerancia al dolor y disminución en la calidad de vida de los pacientes (5). Lamentablemente, estos síntomas son pocas veces evaluados, por lo tanto son subdiagnosticados y tras ser diagnosticados, pueden ser subtratados (6).

El cáncer de mama es la primera causa de muerte

por cáncer en la mujer en el mundo, falleciendo más de 400.000 mujeres al año, con una tasa de letalidad de 13,2x100000 mujeres; dando cuenta además del 23% del total de nuevos cánceres a nivel mundial (7). Chile no se escapa a estas estadísticas. En nuestro país el cáncer de mama ocupa el primer lugar en mortalidad por cáncer en mujeres y el cuarto lugar en mortalidad por cáncer en ambos sexos; con una incidencia de 15,7 por cada 100000 mujeres, superando al cáncer de vesícula biliar (15,1 por cada 100000 mujeres) y además con una tasa de Años de Vida Potencialmente Perdidos (AVPP) de 100 por 100000, ocupando el segundo lugar después del cáncer de cuello uterino (8).

Gracias al aumento en la detección precoz y al avance en las terapias contra el cáncer de mama, la supervivencia a 5 años desde el diagnóstico, bordea el 90% (9), no obstante, este outcome no debería ser el único a considerar.

La Calidad de Vida, entendiéndose como “la per-

cepción del individuo de su posición en la vida en relación a su sistema de valores, sus metas, expectativas, estándares e intereses”, ha adquirido un importante rol en la evaluación de los pacientes oncológicos, donde se ha validado en la evaluación de la carga de enfermedad, el tratamiento y el pronóstico de algunos tipos de cáncer (10). Este concepto adquiere una mayor relevancia en cáncer de mama, que agrede a un órgano tan íntimamente asociado a la autoestima, la femineidad y la sexualidad de una mujer (11). De este modo, se entiende que después de someterse a una cirugía por cáncer de mama, hay quienes se ven afectados psicológicamente en diferentes grados, no se sienten satisfechos con su apariencia física y experimentan una pérdida de confianza en sí mismos (9).

Por este motivo, la eficacia del tratamiento del cáncer no sólo debería medirse por el período de remisión y el tiempo de supervivencia, sino también por la calidad de vida del paciente, su funcionamiento social y familiar, y el grado de ausencia de malestar físico y psicológico (11).

Según estadísticas españolas, el número de pacientes con respuesta normal al padecimiento del cáncer es del 50%, un 30% presenta un trastorno adaptativo, con síntomas de ansiedad y depresión, y el 20% restante son verdaderos casos psiquiátricos, de los cuales el 50% ya presentaban este cuadro (11).

En Chile, la Guía Minsal de “Cáncer de Mama” dice que “Toda paciente con diagnóstico confirmado de cáncer de mama debe recibir apoyo psicológico” (7), sin embargo, no especifica el manejo de las pacientes con cáncer de mama. Más aún, revisando bibliografía acerca del tema, no existen datos epidemiológicos chilenos acerca de depresión en mujeres post mastectomizadas, y muchos

menos acerca de la Calidad de Vida en pacientes post mastectomizadas, secundarias a un cáncer de mama.

Es por esto que nuestro objetivo será evaluar la calidad de vida en pacientes post mastectomizadas por cáncer de mama, considerando a pacientes en seguimiento por cáncer de mama, post-mastectomía (parcial o radical) en el Hospital Clínico San Borja Arriarán.

Metodología:

Se realizó un estudio transversal descriptivo a 13 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama; mastectomizadas entre los años 2013-2014 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán, que continúan seguimiento del cáncer en dicho Centro Hospitalario. A estas pacientes se les solicitó que completen de forma individual la encuesta “Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30” (QLQ-C30). Este cuestionario comprende una escala global del estado de salud / calidad de vida, además de cinco escalas funcionales “multiitem” que evalúan estado físico, función emocional, cognitivo y social, además de seis elementos individuales que miden síntomas específicos (disnea, insomnio, pérdida de apetito, estreñimiento y diarrea), y por último evalúa fatiga, dolor, náuseas y vómitos (12). Se usó la encuesta QLQ-30 en español, validada para su uso.

La encuesta se aplicó a las pacientes mientras esperan ser llamadas por el ginecólogo del equipo de mama, el día de su control. Además de la aplicación de la encuesta, se solicitó el número de su ficha, su edad, estado civil, si se encuentra o no sexualmente activa, si presentan antecedentes trastornos emocionales personales y/o familiares,

si se les ha indicado el uso de antidepresivos y si actualmente están en tratamiento con antidepresivos. Tras esto, se recolectaron las encuestas y se procedió a la revisión de las fichas de las pacientes encuestadas, con el fin de conocer la fecha de la cirugía y el tipo de cirugía que se realizó.

Finalmente se analizó el puntaje obtenido según la encuesta QLQ-C30 en la población en estudio, y se correlacionó con los demás factores evaluados.

Resultados:

El estudio recoge 13 pacientes, operadas entre los años 2012 a 2014 en el Hospital Clínico San Borja Arriarán. La edad promedio de las pacientes fue de 65,5 años (+9,97). A siete de ellas se les realizó una mastectomía parcial, a 5 una mastectomía total. 4 pacientes tenían el antecedente de depresión (una de ellas bipolar), y sólo dos de ellas estaban usando antidepresivos actualmente. 5 mujeres estaban casadas, una separada, 5 viudas y una soltera.

El puntaje total promedio, de acuerdo a la encuesta QLQ-C30, fue de 54,1 puntos (+21,5). La función global promedio fue de 10,75 puntos (+1,75). El puntaje de la función física promedio fue 8,33 puntos; el puntaje promedio de la función de trabajo fue de 3,5 puntos. El puntaje promedio de evaluación de función emotiva fue de 8,75 puntos; el puntaje de función cognitiva fue 11,16 puntos (Tabla 1).

Al comparar el puntaje total promedio, en relación al tipo de mastectomía realizada, se vio que las pacientes con mastectomía parcial tuvieron 67,14 puntos (+19,29), en cambio el puntaje total promedio en pacientes con mastectomía total fue 37,6 puntos (+6,73). El puntaje promedio de la "función global" en las pacientes mastectomiza-

das en forma parcial fue 10 puntos (+1,29), versus 11,78 puntos (+1,38), en pacientes con mastectomía total.

Al comparar el "puntaje total" promedio y el puntaje "función global" promedio, en relación al antecedente de depresión, se observó que en las pacientes con depresión, el puntaje total promedio de ellas fue 62,8 puntos (+28,25), mientras que el puntaje en las pacientes sin depresión fue 41,1 puntos (+15,02), en relación a la "función global", en los pacientes con depresión fue de 10,4 puntos (+1,61), mientras que en los pacientes sin depresión, fue de 11 puntos (+1,82). Al evaluar el uso de antidepresivos en las pacientes con depresión, se vio que las pacientes que sí los usaban, tenían un puntaje total de 34,5 puntos y un puntaje de función global de 12,5 puntos; versus el grupo de pacientes con depresión sin tratamiento antidepresivo, quienes presentaron un puntaje total de 58,9 puntos y un puntaje de función global de 10,5 puntos.

Para comparar el puntaje total y la función global en relación a la edad de las pacientes, éstas se dividieron en dos grupos de acuerdo a la mediana de la muestra (66,5 años), el puntaje total en las menores de 66,5 años fue de 54,3 puntos (+16,2); mientras que en las mayores de 66,5 años, éste fue de 55,3 puntos (+26,4); el puntaje de función global de las pacientes menores de 66,5 años fue de 10,6 puntos (+1,2), mientras que en las mayores de 66,5 años, éste fue 10,8 puntos (+2,2).

Por último, se comparó el puntaje total y el puntaje de función global en relación al estado civil de la pareja, observándose que el puntaje total de las pacientes casadas fue de 64,6 puntos (+23,75), 67 puntos en la soltera, 35 puntos en la separada y 46,4 puntos (+19,21) en las separadas. Al reagrupar las pacientes "viudas, separada y soltera" en

un grupo de “no casadas”, se observó que su puntaje total promedio fue de 47,8 puntos (+18,33). En relación a la función global promedio, se observó que las “casadas” presentaron un puntaje de 10 (+1,58), “soltera”; 10 puntos, “separadas”; 12 puntos y viudas 11,4 puntos. Al reorganizar nuevamente las viudas, soltera y separada en “no casadas”, se obtiene que tienen un puntaje de función global de 11,28 puntos.

Finalmente, se realizó una regresión logística multivariable, para evaluar el grado de injerencia de las variables, no pudiendo concluir, dado el bajo número de la muestra.

Discusión

Primero debemos mencionar que nuestra población estudiada no es estadísticamente significativa por lo que no pudimos aplicar un método de regresión logística multivariable, para evaluar las diferentes variables de nuestro estudio.

A pesar de esta limitación, este grupo de pacientes sigue siendo una muestra de pacientes con patología mamaria maligna en seguimiento después de una mastectomía, sea parcial o total. La discusión se realizará con estos resultados preliminares.

Y segundo, debemos entender que el “puntaje de función global” corresponde a un puntaje entregado directamente de la paciente (Ella le coloca puntaje a su calidad de vida) mientras que el “puntaje total” es un puntaje de calidad de vida compuesto por diferentes áreas analizadas de acuerdo a preguntas realizadas por el entrevistador, quien es el que califica de acuerdo a la respuesta de la paciente.

Y tercero, se debe entender que el “puntaje de función global” entre mayor es significa que el paciente tiene una mejor percepción de su ca-

lidad de vida. Por el contrario, el “puntaje total” entre mayor es, implica una calidad de vida más afectada, pudiendo ser esta a nivel social, cognitivo, emotivo o laboral.

Si comparamos la función global de acuerdo al tipo de cirugía que recibieron los pacientes, se puede observar que el promedio de puntaje es mayor en pacientes con mastectomía total y por lo tanto tienen una mejor percepción de calidad de vida. Sin embargo, uno de los pacientes con mastectomía parcial, con antecedente de depresión, tiene el peor puntaje en este nivel. Si lo sacamos del análisis, el promedio de puntaje de función global es mayor en pacientes con mastectomía parcial. Esto significa que aquellas pacientes que se realizaron una mastectomía parcial tienen una mejor percepción de su calidad de vida que aquellas sometidas a una mastectomía total.

Al evaluar el puntaje total por cirugía, este es mayor en mastectomías parciales que en totales (67,14 v/s 27,6). Este resultado no se correlaciona con el anterior, ya que aquí el resultado es inverso.

Aquellas pacientes con algún antecedente de depresión (que incluye haber cursado con un episodio de depresión, haber tenido algún tratamiento antidepresivo y/o tener un familiar de primer grado con depresión) tienen un puntaje total mayor y una función global más baja (62,8 y 10,4 respectivamente) v/s aquellas sin antecedentes de depresión (41,1 y 11 respectivamente). Aquí los resultados se correlacionan bien. La percepción personal de calidad de vida en aquellas pacientes con algún antecedente de depresión es más baja, y el puntaje de calidad de vida, entregado por el entrevistador, es más alto que significa peor calidad de vida.

Aquellas pacientes mayores de 66 años tienen

un mayor puntaje total que los menores (55,3 v/s 54,3) sin embargo, presentan una mayor función global (10,8 v/s 10,6).

Aquellas pacientes con vida sexual activa tienen un mayor puntaje total como función global (59 y 11,16 respectivamente) v/s quienes no tienen una vida sexual activa (50 y 10,3 respectivamente). Aquí los resultados son contradictorios, ya que la percepción personal de los pacientes con vida sexual activa es mayor sin embargo el puntaje entregado por el entrevistador da una peor calidad de vida.

Los pacientes con antecedente de uso actual de antidepresivos tienen menor puntaje total y función global (34,5 y 10,5 respectivamente) v/s quienes no tienen este antecedente (58,9 y 12 respectivamente). Nuevamente los resultados son contradictorios, ya que aquellos pacientes con uso actual de antidepresivos tienen una mejor calidad de vida de acuerdo al puntaje entregado por el entrevistador, peor una peor calidad de vida de acuerdo a su percepción personal de calidad de vida.

Conclusiones

Los resultados esperados son que la mastectomía parcial conlleve una mejor calidad de vida postoperatoria por ser una operación que cambia en menor medida la imagen corporal de una mujer, que la mastectomía total. Al igual que esperamos que aquellas pacientes que tienen algún antecedente de depresión, de mayor edad y/o sin vida sexual activa tengan una peor calidad de vida después de someterse a una mastectomía, sea esta parcial o total.

La mayoría de estos resultados que se esperaban se observaron en nuestra muestra, sin embargo algunos no, posiblemente por el bajo número de

pacientes encuestadas.

La mastectomía parcial conlleva una mejor percepción de calidad de vida postoperatoria, que la mastectomía total. Sin embargo, por puntaje asignado de acuerdo a la entrevista tienen una peor calidad de vida.

Los antecedentes de depresión que arbitrariamente decidimos que sean antecedentes familiar de depresión, antecedente de haber sido diagnosticado con un episodio de depresión y/o haber estado en tratamiento con antidepresivos fueron factores que se asociaron a una peor percepción de calidad de vida y a un puntaje asignado de peor calidad de vida posterior a una mastectomía, sea parcial o total.

La edad mayor de 66,5 años también constituyó un factor asociado a peor calidad de vida.

Y la vida sexual activa se asoció a una mejor calidad de vida percibida pero a una peor calidad de vida de acuerdo a puntaje asignado.

Y por último el uso actual de antidepresivos constituyó un factor asociado a peor calidad de vida percibida pero a mejor calidad de vida de acuerdo a puntaje asignado.

Podemos concluir además que la percepción de calidad de vida se correlacionó con los resultados esperados mientras que con el puntaje de calidad de vida asignado de acuerdo al cuestionario no obtuvieron resultados correlacionables.

Para finalizar, es importante destacar; tal como se ha comentado anteriormente, que el número de pacientes evaluadas en el estudio es bajo, por lo que es difícil poder realizar conclusiones, sí evaluar tendencias en los resultados. Es por tanto fundamental, continuar con la investigación en esta área, ya que será fundamental a la hora de evaluar el real bienestar de los pacientes.

Bibliografía

- 1] World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 Update. Geneva: World Health Organization; 2008.
- 2] Ferlay J, Shin HR, Bray F, Forman D, Mathers CD, Parkin D. GLOBOCAN 2008, Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC CancerBase No. 10. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; Year. Available at: <http://globocan.iarc.fr>. 2010. Last accessed 8/17/2010.
- 3] Knobf, M.T., 2007. Psychosocial responses in breast cancer survivors. *Semin. Oncol. Nurs.* 23, 71-83
- 4] Derogatis, L.R., Morrow, G.R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A.M., Henrichs, M., Carnicke Jr., C.L., 1983. The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA* 249, 751-757
- 5] Chong Guan Ng Marco P.M. BoksNorZuraidaZainalNiek J. de Wit. The prevalence and pharmacotherapy of depression in cancer patients. *Journal of Affective Disorders* 131 [2011] 1-7.
- 6] Kadan-Lottick, N.S., Vanderwerker, L.C., Block, S.D., Zhang, B., Prigerson, H.G., 2005. Psychiatric disorders and mental health service use in patients with advanced cancer. A report from the Coping with Cancer Study. *Cancer* 104, 2872-2881.
- 7] Ministerio de Salud. Guía Clínica Cáncer de Mama. Santiago 2009.
- 8] DEIS MINSAL 2009
- 9] Young Sun, Sung-Won Kim, Chan YeongHeo, Dongwon Kim, Yoonsun Hwang, Cha Kyong Yom and Eunyoun-gKang. Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer. *Jpn J ClinOncol* 2014;44[1]22-27 doi:10.1093/jjco/hyt176 Advance Access Publication 25 November 2013
- 10] Doll KM, et al, Preoperative quality of life and surgical outcomes in gynecologic oncology patients: A new predictor of operative risk?, *Gynecol Oncol* [2014], <http://dx.doi.org/10.1016/j.ygyno.2014.04.002>
- 11] Barroilhet, S., Forjaz, M. & Garrido, E. [2005]. Conceptos, teorías y factores psicosociales en la adaptación al cáncer. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 33, 390-397.
- 12] Miguel Morató. Análisis de la valoración psicológica mediante la Hospital Anxiety and Depression Scale en pacientes operadas de cáncer de mama. *Enferm Clin.* 006;16[3]:144-7
- 13] Aaronson NK, Ahmedzai S, Bergman B, et al. The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality of life instrument for use in international clinical trials in oncology. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:365-76