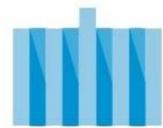




UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



HOSPITAL DE CLINICAS
Dr. Manuel Quintela

Caracterización del cáncer de mama precoz en mujeres añosas

Hospital de Clínicas 2011 - 2018

Universidad de la República Uruguay - Facultad de Medicina

Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Departamento de Oncología Clínica Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Departamento de Psicología Médica Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Ciclo de Metodología Científica II - 2020 Grupo 64

14 de Noviembre de 2020

Docentes a cargo:

Natalia Camejo¹

Cecilia Castillo¹

Ana Laura Hernández²

Estudiantes:

Martina Abero³

Thaís Arenas³

Vanira Bárcena³

Camila Goldman³

Santiago González³

María Paz Icardo³

¹ Prof. Adj del Servicio de Oncología. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo, Uruguay

² Prof. Adj. del Departamento de Psicología Médica, Hospital de Clínicas, "Dr. Manuel Quintela". Facultad de Medicina. Universidad de la República, Uruguay.

³ Estudiante de grado, carrera Doctor en Medicina, Facultad de Medicina, Universidad de la República

ÍNDICE

RESUMEN	2
ABSTRACT	2
PALABRAS CLAVE	3
KEY WORDS	3
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS	11
METODOLOGÍA	11
RESULTADOS	13
DISCUSIÓN	19
CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS	20
DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS	21
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
ANEXOS	26
Encuesta telefónica	26
Consentimiento informado	27

RESUMEN

OBJETIVOS El objetivo de este trabajo fue conocer las características, manejo, evolución e impacto emocional del cáncer de mama (CM) precoz en mujeres añosas.

METODOLOGÍA Se encuestó telefónicamente a pacientes de sexo femenino, de 70 años o más diagnosticadas con CM precoz (estadio 0, I, II), asistidas en la Unidad de Mastología del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas en el período 1 de enero 2011 – 31 de diciembre 2018, donde también se recabaron datos relevantes en las correspondientes historias clínicas.

RESULTADOS En cuanto a las características del CM en la población estudiada, 22 (70,96%) presentaron carcinoma ductal infiltrante NOS, y 18 pacientes (58,06%) presentaron grado histológico 2. Con respecto al tratamiento convencional, el mismo fue realizado a 14 pacientes (45,16%), fueron subtratadas 12 pacientes (38,71%) y 5 pacientes (16,13%) fueron sobretratadas. Actualmente 17 (54,84%) viven sin la enfermedad, 4 (12,90%) viven con la enfermedad y 10 (32,26%) fallecieron, siendo la sobrevida de nuestra población de aproximadamente 8 años. 12 pacientes (63,15%) refirieron que su estado anímico no se vio afectado por el diagnóstico ni por el tratamiento de la enfermedad.

CONCLUSIONES Se deberá seguir investigando en esta temática dado el aumento de la esperanza de vida en esta población y la falta de estudios en esta área.

ABSTRACT

OBJECTIVES The objective of this work was to know the characteristics, management, evolution and emotional impact of early breast cancer (BC) in elderly women.

METHODOLOGY Female patients, aged 70 years or older, diagnosed with early BC (stage 0 I II), attended by the Mastology Unit of the Oncology Service of the Hospital de Clínicas, in the period January 1 2011 - December 31, 2018 were included. They were surveyed by telephone and relevant data was collected in the corresponding medical records.

RESULTS Regarding the characteristics of BC in the studied population, 70% had infiltrating ductal carcinoma NOS, and more than 50% had histological grade 2. According to conventional treatment, it was performed in 14 patients (45,16 %), 12 patients were undertreated (38,71%) and 5 patients (16.13%) were overtreated. Currently 17 patients (54,84 %) live without the disease, 4 (12,90%) live with the disease and 10 (32,26%) died, being the survival of our population approximately 8 years. 12 patients (63,15%) reported that their mood was neither affected by the diagnosis nor the treatment.

CONCLUSIONS Research should continue in this area due to the increase in life expectancy in the population and lack of studies in this subject.

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama, estadio precoz, mujeres añosas, impacto emocional, Uruguay.

KEY WORDS

Breast cancer, early stage, elderly women, emotional impact, Uruguay.

INTRODUCCIÓN

El CM es el cáncer más frecuente en mujeres a nivel mundial, con aproximadamente 570.000 muertes en 2015. Más de 1,5 millones de mujeres son diagnosticadas anualmente.

En Uruguay el CM es el tipo más frecuente de cáncer en el sexo femenino y la principal causa de muerte por cáncer en mujeres.^[1] La tasa de incidencia del CM es de 73,1/100.000, con una mortalidad de 21,1/100.000 mujeres, según datos reportados por el Registro Nacional de Cáncer.^[2]

El sexo y la edad son los principales factores de riesgo. Casi el 60% de los casos se diagnostican a los 65 años o más y más del 30% de los casos se diagnostican en mujeres mayores de 70 años. El riesgo de desarrollar CM aumenta con la edad, por lo que debido al envejecimiento de la población y aumento de esperanza de vida en el mundo occidental, es esperable que la incidencia de CM aumente.^[3] De acuerdo a la Agencia Internacional de Investigación sobre el Cáncer, la incidencia de CM en mujeres de 70 años o más pasará de 445.081 en el 2018 a 908.119 en el 2040, existiendo un incremento del 104%.^[4]

Los estudios que demostraron las ventajas de la mamografía de tamizaje excluyeron a las mujeres mayores de 70 años, por lo que se desconocen los beneficios del mismo en este subgrupo de pacientes. Esto podría determinar una forma de presentación diferente en este subgrupo, con presentaciones en estadios más avanzados en comparación con las mujeres más jóvenes.

A nivel nacional e internacional existen pocas pautas para el tratamiento del CM en pacientes añosas, ya que no se encuentran representadas en los estudios clínicos que evalúan la eficacia y seguridad de los diferentes tratamientos. Esta falta de evidencia usualmente genera que las pacientes sean subtratadas o por el contrario sobretratadas. Algunas publicaciones muestran que

aproximadamente un 50% de las mujeres ańosas con CM en etapa temprana podrían no tener un manejo terapéutico adecuado, lo que conduce a un mal pronóstico y una mayor mortalidad. [3,5]

Por otro lado, algunos estudios han demostrado que las mujeres ańosas suelen tener menos redes de contención para enfrentarse a la enfermedad, aunque la mayoría de los trabajos en relación al impacto emocional también están referidos a las pacientes más jóvenes. Esto podría tener un impacto en la calidad de atención de estas pacientes. [6]

Muchas de las mujeres de 70 años o más presentan además del cáncer otras comorbilidades significativas, lo que sumado en algunos casos a dificultades económicas y una vida social más limitada podría explicar una mayor prevalencia de estados depresivos en esta población. [6]

Por lo mencionado anteriormente, resulta de suma importancia conocer en nuestro medio las características y la forma de presentación, así como el manejo diagnóstico y terapéutico, y la evolución del CM en las pacientes de 70 años o más.

A pesar de que guías internacionales para cáncer y su tratamiento no especifican diferencias en las estrategias del mismo en cuanto a la edad de la paciente, las pacientes ańosas generalmente reciben tratamientos de modalidad menos agresiva. Esto se debe a que las mismas son usualmente omitidas o subrepresentadas en ensayos clínicos, generando poca evidencia científica significativa en este grupo de población específico. Se ha reportado que casi el 50% de mujeres ańosas con estadios precoces de CM no tienen un manejo adecuado. [7,3]

La presentación en este subgrupo es más frecuentemente en forma de masa palpable y menos frecuentemente por medio de tamizaje. Si bien la mamografía tiene en estas pacientes una mayor sensibilidad, especificidad y valor predictivo positivo que en pacientes de menor edad, no se promueve debido a un mayor riesgo de morir de otra enfermedad, y a que los tumores poseen un crecimiento lento; además de no estar demostrado el impacto del tamizaje en la mortalidad en este grupo. [8][9]

Aunque la *American Cancer Society* (ACS) recomienda la mamografía en aquellas mujeres sanas con una expectativa de vida de 10 años o más, los servicios de prevención de Estados Unidos concluyeron que no hay evidencia suficiente para evaluar el balance riesgo-beneficio en mujeres de 75 años o más. [5]

Actualmente en muchos países (incluido Uruguay), en mujeres mayores de 70 años se realiza un tamizaje personalizado que consiste en evaluar factores demográficos y factores de riesgo para decidir si existe o no un beneficio.

En comparación con pacientes más jóvenes, es menos frecuente detectar CM en estadios precoces. Tumores T1 se observan en el 70% de las pacientes entre 45 y 64 años, y solo se

observan en un 47% de las pacientes mayores a 75 años.^[3]

Al igual que en mujeres más jóvenes, el tipo histológico más frecuente en la mujer añosa es el carcinoma ductal invasivo, que se desarrolla en el 76% de los casos. El segundo en frecuencia es el lobulillar invasivo (5.6%). El mucinoso y papilar le siguen en frecuencia en este rango etario.^[10] Por lo general, son tumores pequeños y de proliferación lenta. El carcinoma in situ representa el 30% de los carcinomas en esta población, y estudios sugieren que podría no ser precursor de un carcinoma invasivo.^[11]

El grado histológico o grado de diferenciación se establece mediante una puntuación calculada en función del pleomorfismo, índice mitótico y formación de túbulos. Establece tres grados: el grado I o bien diferenciado, el grado II o moderadamente diferenciado y el grado III o pobremente diferenciado, este último con peor pronóstico. ^[12]

Se reconocen en el cáncer de mama, subtipos moleculares que tienen diferente pronóstico. El tipo luminal A expresa niveles elevados de receptores de estrógeno (RE), no tienen expresión del receptor del factor de crecimiento epidérmico (HER2) e histológicamente son de bajo grado, expresando niveles bajos de KI67 (factor de proliferación celular). Otro subtipo es el HER2 enriquecido, que tiene altos niveles y/o amplificación de HER2 y no expresa receptores hormonales (RRHH). Por otro lado los tipo luminal B en su mayoría son también HER2-, expresan ER a bajos niveles y son frecuentemente de alto grado, expresando niveles elevados de KI67. Se puede reconocer dentro de este grupo a su vez dos subtipos: RRHH+ HER2- KI67 alto y RRHH+ HER2+ y cualquier KI67. Por último los basal-símiles, en su mayoría corresponden a los comúnmente llamados triple negativo, ya que son RRHH- HER2- ^[13]

Las pacientes añosas presentan con mayor frecuencia un perfil biológico tumoral más favorable que las más jóvenes.^[14] Tienen mayor expresión de RE y receptor de progesterona (RP), bajos niveles de marcadores de proliferación celular y menor expresión de HER2. ^[3,15]

Un estudio retrospectivo realizado en España estudió las características del CM en población añosa, y muestra que el síntoma principal fue la presencia de una tumoración mamaria; el 73% fue diagnosticada en estadio II; el tipo histológico más frecuente fue el ductal infiltrante en 76,3%; el 58% tenía un grado tumoral 2, y el 88% presentó expresión de RE+. ^[16]

En un estudio retrospectivo realizado en México en el 2019 con pacientes portadoras de CM mayores a 70 años, se analizaron los hallazgos obtenidos en la mamografía, ecografía mamaria y anatomía patológica. En esta población predominó la lesión única mamaria en un 60%. En cuanto al tipo histológico, el ductal fue presentado en el 78% de la población. Con respecto a los resultados hallados en la inmunohistoquímica, se obtuvo que los RE+ fueron los que

prevalecieron en estas pacientes, al igual que los HER2-.^[17]

En países desarrollados la mortalidad global por CM ha ido disminuyendo en un promedio de 1,9% cada año durante los 10 últimos años gracias a las mejoras en la detección y al tratamiento complementario.^[18]

Cuando se habla de pacientes añosas cobra especial importancia la presencia de comorbilidades, afectando directamente en la morbilidad y mortalidad. El 14% de las pacientes diagnosticadas de entre 70 y 79 años y el 22% de las pacientes mayores de 80 años sufre de dos o más enfermedades coexistentes.^[3]

La *American College of Cardiology* (ACC) y *American Heart Association* (AHA) reportaron que las cirugías mamarias tienen bajo riesgo y la existencia de otras comorbilidades es el principal factor que afecta la morbilidad y mortalidad, y no la edad.^[3]

La presencia frecuente de otras patologías, sumadas al CM (sobre todo enfermedades cardiovasculares, diabetes u otras neoplasias), generan en estas pacientes un peor pronóstico vital con una disminución de la supervivencia global, independientemente de la supervivencia específica para el CM.^[16]

Las pacientes tienden a ser subtratadas en los estadios precoces, debido a que no son incluidas en la mayoría de los estudios clínicos, a que los tumores son menos agresivos que en pacientes más jóvenes, y a la incertidumbre de los médicos sobre si la paciente podría tolerar bien el tratamiento. Se les realiza menos frecuentemente cirugía axilar y radioterapia (RT) adyuvante, siendo frecuente la administración de terapia hormonal (HT) únicamente.^[3]

Se ha planteado utilizar herramientas como *Comprehensive geriatric assessment* (CGA), lo que permitiría a los clínicos lidiar con las características propias del adulto mayor, y predecir el resultado luego del tratamiento. Esta herramienta evalúa el estado físico, comorbilidades, medicaciones, estado cognitivo, psicológico, nutricional y soporte social. Se propuso que la evaluación geriátrica en combinación con la oncológica sería el gold estándar para el manejo de CM en esta población.^[3]

Actualmente, la cirugía conservadora de mama es el tratamiento de elección en la mujer añosa con estadios precoces de la enfermedad.^[10,19] Además provee control local e índices de sobrevida equivalentes a la mastectomía si es seguida por RT adyuvante.^[20]

En 2019 en Estados Unidos se realizó por medio de la base de datos SEER (*Surveillance, Epidemiology, and End Results program*) un estudio con pacientes con CM mayores a 60 años. En este se dividió a las pacientes en 3 grupos: 1) las que tuvieron cirugía, 2) la cirugía fue recomendada pero no realizada, y 3) la cirugía no fue recomendada ni practicada. Se investigó cómo los factores clinicopatológicos impactaron en la decisión de realizar la cirugía,

especialmente en pacientes de los grupos 2 y 3.^[7]

Se concluyó que etnia, estadio del tumor, estatus HER2, grado del tumor, estado civil casada/en pareja mostraron asociación con la decisión de realizar cirugía. Pacientes afroamericanas, en estadio avanzado, HER2+ y estado civil divorciada/soltera/viuda eran más probablemente encontradas en los grupos 2 y 3.^[7]

En pacientes con clínica axilar negativa, es imperioso realizar la biopsia del ganglio axilar centinela (BGC) con el fin de predecir diseminación linfática y en vistas al tratamiento.^[13] En algunos casos particulares, que cumplan ciertas características, como ser: mujeres posmenopáusicas, con tumores T1, grado histológico final 1-2, entre otras, el vaciamiento axilar ganglionar no ha demostrado incidir en la sobrevida global (SVG) de las pacientes con afectación del ganglio centinela; lo que fue reemplazado por RT, con una menor cantidad de efectos secundarios como el linfedema, y sin presentar diferencias significativas en cuanto a SVG y sobrevida libre de enfermedad.^[13]

La BGC juega un rol importante no solo en guiar las decisiones en el tratamiento adyuvante postoperatorio sino también para reducir la carga tumoral de los ganglios axilares. Por más que BGC esté asociado a una mejora en la calidad de vida de las pacientes reduciendo morbilidad en comparación con el vaciamiento axilar, continúa generando ciertas complicaciones, que pueden ser más severas en las pacientes añosas.^[21]

La RT como parte del tratamiento del CM ha demostrado ser efectiva, y estudios evidenciaron que la importancia de la RT adyuvante radica en que disminuye la reincidencia del cáncer ipsilateral luego de cirugía conservadora.^[22]

Estudios han demostrado que dosis de 16 Gy al tumor primario mejoran el control local después de la lumpectomía, de acuerdo con los resultados de la Organización Europea de Investigación y Tratamiento del Cáncer. La incidencia acumulada de recurrencia ipsilateral a 20 años fue 16,4% (IC 99% 14.1-14.4) en el grupo de quienes no recibieron dosis versus 12,0% (9.8-14.4) en quienes sí recibieron.^[20]

Albert et al. analizaron 7403 mujeres entre 70 y 79 años, tratadas con cirugía conservadora, con un seguimiento medio de 7,3 años. Se registró un riesgo de mastectomía de 3,2% en pacientes que recibieron RT versus 6,3% en pacientes que no la recibieron. (p menor a 0.001)^[20]

Truong et al. analizaron a 4836 mujeres entre 50 y 89 años con diagnóstico de CM precoz, dividiéndolas en 3 grupos etarios. La omisión de RT aumentó con la edad avanzada (7%, 9% y 26% en edades 50 a 64, 65 a 74, y mayores de 75 respectivamente, (p menor a 0.0001). Esto se tradujo en un control local significativamente disminuido, al igual que la supervivencia por CM y SVG.^[20]

De acuerdo con un metaanálisis realizado a partir de 17 ensayos clínicos de tratamiento conservador en la mama, se vio que la RT luego de la cirugía no solo disminuye a la mitad el riesgo local o distante a 10 años de recurrencia sino que también disminuye un sexto la muerte anual de CM en pacientes en estadios precoces.^[3] La mayoría de las pacientes añosas presenta una buena tolerancia a la RT, y la misma tiene buenos resultados a nivel estético.

Sin embargo, estudios evidencian que el riesgo de recaída local es menor en estas pacientes que en pacientes más jóvenes, y se sabe que los beneficios de la RT adyuvante luego de la cirugía conservadora disminuyen con la edad. En este sentido, dos estudios sugieren que en las pacientes añosas con tumores pequeños, de bajo grado, axila negativa, RRHH+ y HER2+, la omisión de la RT es una opción válida, en particular en aquellas pacientes que presenten comorbilidades significativas.^[23,24] Asimismo un meta análisis publicado en 2014 evidencia que en estas pacientes la omisión de RT adyuvante no tendría impacto en la SVG.^[25] Por otro lado, estudios han demostrado que la administración de RT adyuvante, en mujeres añosas con tumores menores a 1 cm, axila negativa, HER2-, RRHH+, puede dar resultados favorables en cuanto al tiempo libre de enfermedad y metástasis a distancia. La no adherencia a terapia hormonal en las mujeres añosas es de aproximadamente 25-45%, en cuales casos podría utilizarse RT en reemplazo a la HT en pacientes que no adhieren al tratamiento o lo tienen contraindicado. En el caso de los tumores mayores a 1cm, la RT exclusiva aumenta el riesgo de metástasis a distancia y disminuye el tiempo libre de enfermedad en comparación con RT + HT.^[26]

La HT adyuvante es la piedra angular en el tratamiento del CM precoz.^[3] Para que haya buenos resultados luego del tratamiento hormonal, el tumor debe tener RRHH+.^[27]

Entre los años 80 y 90 estudios mostraron que la terapia con Tamoxifeno exclusivamente era tan efectiva como la mastectomía en pacientes con CM precoz. Sin embargo, en un seguimiento de 10 años se observó que la recurrencia local era de 9% en pacientes en las que se realizó mastectomía y de 57% en las que fueron tratadas solamente con Tamoxifeno.^[3]

Según las recomendaciones de la Sociedad Europea de Cáncer de Mama, la cirugía es la primera línea de tratamiento, ya que previene la recurrencia local y mejora la calidad de vida. La terapia hormonal es aceptable como primera línea para mujeres cuyas comorbilidades y esperanza de vida representan una limitante, o cuando se niegan a la cirugía.^[3] Igualmente podría estar recomendada en aquellas que poseen nódulos linfáticos negativos para malignidad, RRHH+ y tumores menores a 2 cm pudiendo evitar la cirugía axilar y la RT en la mama.^[10,19]

Las mujeres de entre 70 y 79 años tratadas con Tamoxifeno presentan un aumento del riesgo absoluto de carcinoma endometrial (2,2%), accidente cerebrovascular (ACV) (2%), episodios

tromboembólicos (0,5%) y cataratas (3,8%). Por otro lado la administración de inhibidores de aromatasa (IA), tiene un menor riesgo de generar cáncer endometrial, enfermedad tromboembólica venosa y hemorragias vaginales en comparación con Tamoxifeno en todos los rangos etarios. Se observa con mayor frecuencia luego del tratamiento con IA a largo plazo la presencia de artralgia, mialgia y pérdida mineral ósea. Las guías ESMO recomiendan iniciar tratamiento con IA o hacerlo luego de 2 o 3 años de tratamiento con Tamoxifeno. ^[3,28]

El ensayo CALGB 9343 investigó mujeres mayores 70 años con estadio I, RE+. Se observó que a los 10.5 años hay 9% de recurrencia local solo con HT versus 2% con la adición de RT. Un ensayo clínico no randomizado de 15 años demostró resultados similares en estadios precoces (I y II), no teniendo diferencia significativa en la mortalidad y comorbilidades. ^[5]

Un estudio comparó el uso de HT adyuvante en mujeres de entre 60 y 79 años y mujeres de 80 o más años. Se observó que las mujeres que tenían 80 o más años de edad, más probablemente no cumplieran la HT recomendada, específicamente si eran tratadas por un especialista no oncólogo, destacando el rol de la especialidad en el manejo de la enfermedad en esta población. ^[29]

Está demostrado que en las pacientes añosas con CM en estadios precoces (T1, T2, N0, N1) y RRHH+, disminuye la mortalidad, tanto por el cáncer como por cualquier causa, el recibir HT y cirugía frente a aquellas pacientes que solo reciben HT. La cirugía es una opción segura de tratamiento en este tipo de pacientes y el no realizarla implica peor sobrevida en esta población. ^[30]

Las mujeres añosas con CM reciben QT con menor frecuencia en comparación con la población más joven. Esto se debe frecuentemente a un mayor número de comorbilidades, menor expectativa de vida, y quimiotoxicidad en el tratamiento de las pacientes frágiles. ^[8]

Estudios han demostrado que la realización de QT resulta beneficioso para pacientes mayores de 70 años, aunque la eficacia disminuye conforme aumenta la edad. La elección del régimen de tratamiento está dado por la biología y extensión tumoral y las preferencias de la paciente. ^[3,19]

Otro estudio retrospectivo en *Memorial Sloan Kettering Cancer Center* que buscó mostrar el rol de la QT como tratamiento adyuvante en adición con Trastuzumab en pacientes añosas con HER2+, no solo encontró una disminución en los eventos cardíacos (3.2%), sino que también una mejoría en SVG y en la sobrevida libre de enfermedad. ^[8]

En las mujeres mayores de 65 años que desarrollan CM subtipo molecular triple negativo se observó una disminución del 15% en la mortalidad con la utilización de tratamiento adyuvante con QT. ^[8] También se demostró que la QT beneficia a pacientes que presentan RRHH-. ^[3]

A pesar del beneficio en la supervivencia, se ha encontrado en algunos agentes quimioterapéuticos (como las antraciclinas) toxicidades cardíacas y hematológicas, más frecuentemente observadas en pacientes frágiles y con comorbilidades, por lo que el *National Cancer Institute* (NCI) recomendó modificaciones en el tratamiento. Sería apropiado tomar en cuenta la valoración geriátrica funcional y psicológica con el objetivo de decidir el régimen de QT adecuado en las pacientes mayores. [8]

Ante todo lo expuesto, parece importante conocer el impacto emocional en la población mayor ante el diagnóstico de CM, resultando fundamental comprender las necesidades de este grupo etario, teniendo implicancias en el afrontamiento y recuperación de la enfermedad. [31]

El hecho de padecer una enfermedad amenazante como el cáncer, lleva a la necesidad de considerar no solo el pronóstico vital sino también la esfera psicológica y emocional, al verse afectada la identidad, la autoestima y la imagen. La mayoría de las mujeres experimentan sentimientos de ansiedad, incertidumbre, miedo o depresión. [6,31]

En el caso de las mujeres mayores, se cree que experimentan un menor deterioro en su calidad de vida y salud mental que las más jóvenes frente al diagnóstico y tratamiento aún teniendo otros problemas de salud, como otras comorbilidades y un mal estado físico. El alto grado de adaptación psicosocial que se encuentra en las mujeres mayores con diagnóstico de CM se desarrolla a través de las experiencias de vida, incluyendo vivencias previas con el sistema de salud, el estar presente durante el diagnóstico de cáncer en terceros, etc; resultando en una exitosa adaptación de este grupo a la enfermedad. [6,32]

A diferencia de las mujeres jóvenes, es más probable que las pacientes mayores con diagnóstico de CM conciben la enfermedad como un hecho asociado al proceso del envejecimiento. [6].

En un estudio en el cual formaron parte 98 pacientes mayores (con más de 62 años) de 379 con cáncer de mama, el estrés promedio (emocional, de salud, social y práctico) en dicho rango etario fue menor en comparación con mujeres de edad media (45-62 años) y joven (menor a 45 años). [33]

Las relaciones familiares y las redes de apoyo son un factor protector importante en las pacientes con CM. [6] El proceso de adaptación al diagnóstico y tratamientos para el CM es diferente según la etapa vital en que se encuentre la paciente, y se conoce poco sobre las características específicas del impacto psicosocial del CM en mujeres pertenecientes a la franja etaria incluida en este estudio.

OBJETIVOS

General

- Determinar las características, manejo, evolución e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres aÑosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el período 2011-2018.

Específicos

- Identificar las características de la población, estudios diagnósticos y de estadificación realizados y tratamientos.
- Conocer la proporción de casos en que no se realizaron los tratamientos convencionales para el manejo del cáncer de mama precoz según las guías clínicas y los motivos (edad, comorbilidades, decisión del paciente, etc).
- Evaluar la evolución clínica de las pacientes.
- Evaluar el impacto emocional del cáncer de mama en la vida de las pacientes.
- Comparar los datos obtenidos en el estudio con los reportados en la literatura científica.

METODOLOGÍA

El presente es un estudio observacional, descriptivo, transversal. El universo del mismo fueron las pacientes de sexo femenino de 70 años o más con diagnóstico de CM precoz en estadios 0, I y II. De este se tomó un subconjunto de población que incluyó a las pacientes de sexo femenino de 70 años o más, diagnosticadas por primera vez con CM precoz, asistidas en la Unidad de Mastología del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas en el período comprendido entre el 1 de enero 2011 y el 31 de diciembre 2018.

La recolección de datos fue realizada una vez aprobado el proyecto por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas, respetando lo estipulado en el decreto 158/019

Se brindó a los estudiantes una lista de nombres y teléfonos extraída de una base de datos preexistente que contenía los datos de las pacientes mayores de 70 años con diagnóstico de CM precoz asistidas en la Unidad de Mastología en el período descrito anteriormente. Se contactó telefónicamente a las mismas, se les explicó sobre todo lo referente al proyecto utilizando un lenguaje comprensible, términos simples, claros y precisos y se las invitó a participar en el mismo.

Todo lo mencionado anteriormente quedó plasmado en el consentimiento informado (ver anexos), que se brindó de forma oral a las pacientes, quienes pudieron decidir si consentían o no su integración al estudio, haciendo mero uso de su autonomía, pudiendo consultar con alguien de su confianza de considerarlo necesario.

El criterio de inclusión fue el deseo de participar y el criterio de exclusión fue el no deseo de participar (en caso de fallecimiento o incapacidad de consentir los familiares debieron consentir la participación).

Si al realizar la llamada telefónica la paciente consintió la participación en el estudio (o en su defecto un familiar), se recabó luego la información necesaria de la historia clínica (edad al diagnóstico, antecedentes personales, tipo histológico, grado histológico, tamaño tumoral, estatus ganglionar axilar, estadio, estatus RE, RP y HER2, datos sobre tamizaje, y sobre los tratamientos recibidos: cirugía, tratamiento radiante y/o sistémico). Asimismo, al momento de la llamada, se realizó una encuesta con el fin de valorar el impacto emocional del CM (estado anímico al diagnóstico, repercusión emocional del tratamiento empleado, tratamiento psicológico/psiquiátrico y percepción de apoyo recibido por parte de la paciente). Dicha encuesta no fue validada. En caso de que la paciente hubiera fallecido y el familiar consintiera la participación de la misma en el estudio, solo se recabaron los datos de la historia clínica y no se realizó la encuesta telefónica.

Durante la investigación se utilizaron números de registro asignados a las pacientes con el fin de preservar el anonimato. Se salvaguardó la confidencialidad y la privacidad de los datos personales de las participantes, así como su imagen. Se garantizó la no estigmatización y el no uso de su información en perjuicios a personas y/o comunidades, disminuyendo de esta manera los posibles riesgos del manejo de datos.

El análisis estadístico de los datos recabados se realizó con Graphpad. Se utilizaron herramientas de estadística descriptiva, tales como distribución de frecuencias y medidas de resumen. Se registró la evolución clínica para el cálculo de la SVG. Para este cálculo se utilizó

el método de Kaplan-Meier. Se realizó una revisión de la literatura sobre la sobrevida en pacientes afeadas.

Se mantuvo el anonimato de las pacientes en el análisis estadístico y para el reporte de los datos. Tanto la clasificación TNM utilizada como el manejo terapéutico realizado fueron los vigentes en el momento en el que se diagnosticó y trató a las pacientes de la muestra, difieren en la actualidad.

RESULTADOS

La media de edad de las pacientes al diagnóstico fue de 76,84 años con un desvío estándar de 4,57 años.

Del total de pacientes que integraron el estudio se vio que 11 fueron diagnosticadas con cáncer de mama entre los 70 y los 74 años (35,48%), 11 pacientes fueron diagnosticadas entre los 75 y los 79 años (35,48%) y 9 pacientes fueron diagnosticadas con 80 años o más (29,03%). (Tabla 1).

Asimismo el total de las pacientes (100,00%) presentaron comorbilidades. Del total, el 90% presentó 2 o más. La hipertensión arterial (HTA) fue la más frecuente, presente en 21 (67,74%) de ellas.

En cuanto al tipo histológico, 22 presentaban carcinoma ductal infiltrante NOS (70,96%), 2 presentaban carcinoma lobulillar infiltrante (6,45%), 3 presentaron carcinoma papilar (9,67%), 1 paciente presentó carcinoma ductal tubular (3,22%), 2 pacientes presentaron carcinoma ductal mucinoso (6,45%) y 1 paciente presentó carcinoma ductal in situ (3,22%).

En relación a grado histológico, 5 presentaron grado histológico 1 (16,13%), 18 grado 2 (58,06%), 2 grado 3 (6,45%), y 1 (3,22%) se trataba de carcinoma ductal in situ, mientras que hubo 5 (16,13%) en las que no se contó con el dato.

En lo que refiere al tamaño tumoral al momento del diagnóstico, en 19 pacientes (61,29%) se registró un tamaño tumoral (pT) de 1; 11 pacientes (35,48%) presentaron pT de 2 y 1 paciente (3,22%) presentó pT de 3.

Respecto al estatus ganglionar axilar, 5 (16,12%) presentaron estatus ganglionar axilar 1 mientras que 25 (80,64%) estatus ganglionar axilar 0. No se obtuvieron datos de una paciente.

En cuanto al estadio, 17 (54,83%) presentaron estadio 1 al diagnóstico y 14 (45,16%) de ellas estadio 2.

Considerando el perfil molecular, 27 pacientes (87,10%) presentaron RE+, 4 pacientes (12,90%) RE-. 28 pacientes (90,32%) presentaron RP+, y 3 (9,68%) RP-. 5 pacientes (16,67%)

presentaron HER2+ y 25 (83,33%) HER2-. A su vez, 21 pacientes (67,74%) presentaron RRHH+, HER2 - .

Dentro de los HER2- se desprenden 2 pacientes, la primera HER2- , E+ P- y la segunda con HER2- , E- P+; mientras que 4 pacientes (12,90%) RRHH + , HER2 +, 2 pacientes (6,45%) presentaron RRHH- , HER2- . La paciente que presentó carcinoma in situ mostró RRHH+

En cuanto a la forma de detección, 9 pacientes (29,03%) fueron detectadas por tamizaje, 15 de ellas (48,39%) no fueron detectadas por este método, y en las 7 (22,58%) restantes faltó el dato (Fig. 1).

Detección del cáncer por tamizaje

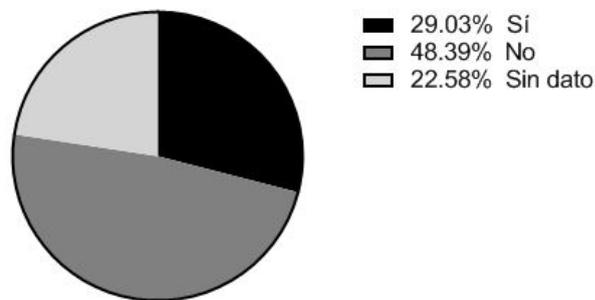


Fig. 1

Total=31

Respecto a la indicación y realización de cirugía mamaria, el 100,00% de las pacientes cumplió con ambas.

En cuanto al tipo de cirugía, en 22 de las pacientes (70,96%) se realizó cirugía conservadora, en 7 (22,58%) se llevó a cabo la mastectomía total, en 1 paciente (3,22%) se realizó cirugía radical, mientras que mastectomía radical bilateral en mama contralateral se realizó en 1 de las pacientes (3,22%).

En lo que respecta a la indicación y realización de cirugía para estadificación axilar, se llevó a cabo en 28 pacientes (90,32%), mientras que en 2 (6,45%) no hubo indicación. No se cuenta con el dato de 1 de ellas.

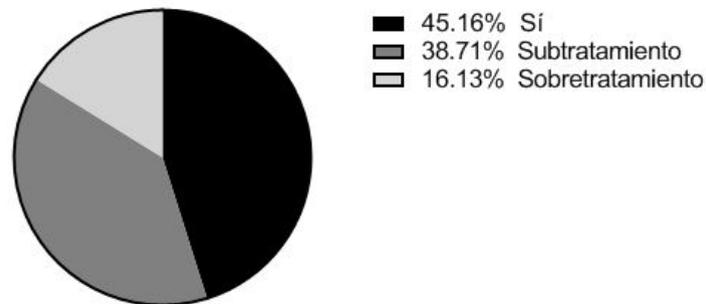
En referencia al tipo de cirugía, se realizó mastectomía radical modificada (MRM) en 6 de las pacientes (19,35%) , en 19 pacientes (61,29%) se realizó BGC y en 4 (12,90%) se realizó VAG. Respecto a la RT, fue indicada a 21 pacientes (67,74%), mientras que 10 (32,25%) no tuvieron indicación.

De las que tenían indicación, en 19 pacientes (90,47%) se llevó a cabo, en 2 (9,52%) no se realizó.

En relación al tratamiento sistémico, 8 (25,80%) tuvieron indicación de quimioterapia (QT), mientras que a 28 (90,32%) se les indicó hormonoterapia. A 4 pacientes (12,90%) se les indicó Trastuzumab y de éstas 3 lo recibieron.

A 23 de las pacientes (74,19%) se les indicó tratamiento convencional, que posteriormente fue realizado en 14 (45,16%), mientras que 5 pacientes (16,13%) fueron sobretratadas y 12 (38,71%) fueron subtratadas (Fig. 2).

Realización de tratamiento convencional



Total=31

Fig. 2

De las 12 pacientes que fueron subtratadas, en 5 pacientes (41,67%) no se obtuvo el motivo. De los motivos reportados, el principal fue la edad, presentado en 4 pacientes (33,33%). Otros motivos fueron las comorbilidades (8,33%) la no tolerancia a la QT (8,33%) y el no deseo de cumplir con el tratamiento indicado (8,33%), que se presentaron en una paciente en cada caso.

En lo que refiere a la evolución clínica, se observó que del total, 17 pacientes (54,84%) continuaban sin enfermedad al momento del estudio, 4 pacientes (12,90%) convivían con la enfermedad y 10 pacientes (32,26%) habían fallecido (Fig. 3).

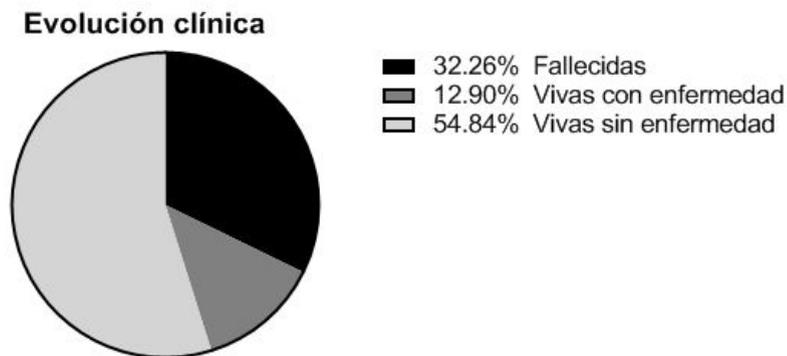


Fig. 3 Total=31

La mediana de la sobrevida global en la población de estudio fue de 2963 días, que equivale a 8 años aproximadamente. No se obtuvo la fecha del diagnóstico de una paciente contemplada en el estudio, por lo que no se la incluyó en el cálculo de la sobrevida global (Fig. 4).

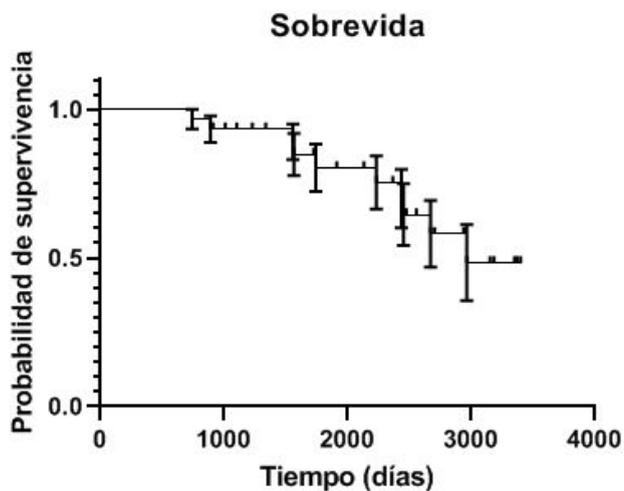
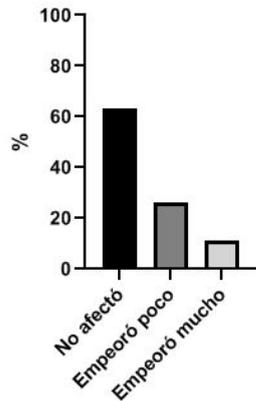


Fig. 4

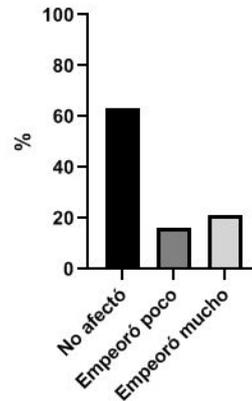
Fueron encuestadas 19 pacientes, de las cuales 12 (63,15%) refirieron que el diagnóstico de cáncer de mama no afectó su estado de ánimo, 5 (26,31%) manifestaron que empeoró poco y 2 (10,52%) que empeoró mucho (Fig. 5). De igual manera, 12 (63,15%) refirieron que el tratamiento del cáncer de mama no afectó su estado anímico, mientras que en 3 pacientes (15,78%) empeoró poco y en 4 (21,05%) empeoró mucho (Fig. 6).

Repercusión del diagnóstico en el estado de ánimo Repercusión del tratamiento en el estado de ánimo



Repercusión en el estado de ánimo

Fig. 5



Repercusión en el estado de ánimo

Fig. 6

De las pacientes encuestadas, 16 (84,21%) no recibieron ningún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico, mientras que 3 (15,78%) sí lo recibieron. Del total, 7 (36,84%) pacientes manifestaron haber recibido “muchísimo” apoyo durante el proceso de enfermedad. 7 (36,84%) de las pacientes calificaron con la palabra “mucho” el apoyo recibido, 3 (15,78%) con la palabra “poco” y 2 (10,52%) dijeron que fue “nada”.

Con respecto al impacto emocional de la enfermedad, ante la pregunta “¿Por quién o quiénes se sintió apoyada?”, “hijos/as” fue nombrado en 15 oportunidades (78,94%), “equipo de salud” en 11 (57,89%), “pareja” en 4 (21,05%), “amigos/as” en 3 (15,78%), “instituciones religiosas” en 3 (15,78%), y “otros” en 7 ocasiones (36,84%) (fueron nombrados dentro de esta categoría “nietos/as” en 3 ocasiones, “vecinos” en 2, “hermanos/as” en 1, y “otros” en 1) (Fig. 7).

Apoyo recibido por las pacientes

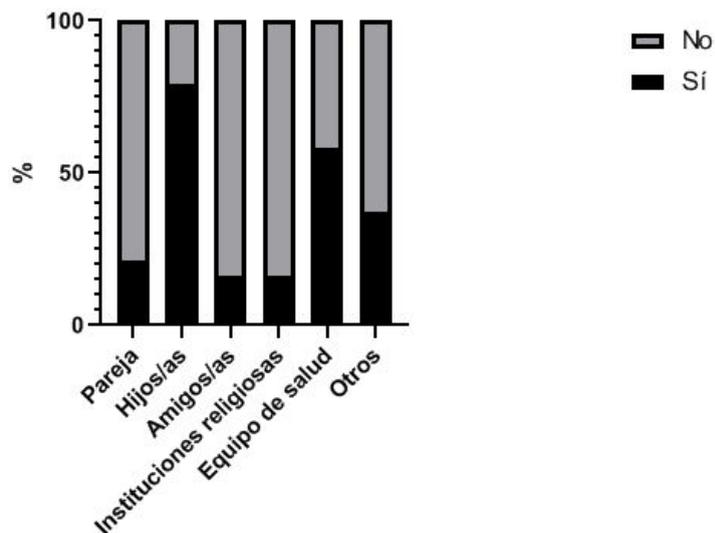


Fig. 7

Fuentes de apoyo

Tabla 1			
<i>Edad al diagnóstico</i>	$\mu \pm s$	<i>Pacientes (Fr Abs)</i>	<i>(%)</i>
70-74	72,18 ± 1,779	11	35,48
75-79	76,82 ± 0,9816	11	35,48
≥ 80	82,56 ± 2,555	9	29,03
Tipo histológico¹			
<i>Tipo histológico¹</i>	<i>Pacientes (Fr Abs)</i>		<i>(%)</i>
Ductal infiltrante NOS	22		70,96
Lobulillar infiltrante	2		6,45
Papilar	3		9,67
Ductal tubular	1		3,22
Ductal mucinoso	2		6,45
Ductal In situ	1		3,22
Grado histológico¹			
1	5		16,13
2	18		58,06
3	2		6,45
Tamaño tumoral			
pT 1	19		61,29
pT 2	11		35,48
pT 3	1		3,22
Estatus ganglionar axilar²			
0	25		80,64
1	5		16,12
Estadio			
1	17		54,83
2	14		45,16
Perfil molecular			
RE+	27		87,10
RE-	4		12,90
RP+	28		90,32
RP-	3		9,68
HER2+	5		16,67
HER2-	25		83,33

¹ 1 (3,22%) se trataba de carcinoma ductal in situ, mientras que en 5 (16,13%) no se contó con el dato

² No se contó con el dato de 1 paciente

DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos, en aproximadamente la mitad de las pacientes la lesión no fue detectada por tamizaje, pero no se obtuvieron los datos sobre la forma de presentación en estos casos. En casi un tercio se detectó por tamizaje, y en la población restante faltó el dato. La falta de evidencia científica sobre el beneficio del tamizaje en la mujer añosa, que hace que el mismo no se recomiende en esta población, concuerda con el hecho de que la mayoría de las pacientes no se lo hayan realizado de rutina, por lo que el cáncer se detectó de manera clínica en varios casos.

La edad avanzada y las comorbilidades presentes en las pacientes pueden ser factores que hayan condicionado el tratamiento, pudiendo causar tanto sobretreatmento como subtratamiento en una parte de la población en estudio. ^[8]

Al igual que lo reportado en la literatura científica, el tipo histológico más frecuente fue el ductal invasivo tipo NOS;^[10] por otro lado se reportaron más casos de carcinoma papilar que de lobulillar infiltrante. El carcinoma ductal mucinoso fue más frecuente en este rango etario, al igual que lo reportado en la literatura, a diferencia de lo que ocurre en pacientes más jóvenes. ^[10] Se reportó en un estudio realizado en Uruguay que el 27% de las pacientes incluidas presentó HER2 + y el 85% de los cánceres eran positivos para receptores hormonales, mientras que en el presente estudio el 16,67% de las pacientes presentó HER2 + y el 90 % de los cánceres fueron positivos para receptores hormonales. ^[34]

La gran mayoría de las pacientes presentó dos o más comorbilidades independientemente de su edad, siendo las enfermedades crónicas no transmisibles las más prevalentes, al igual que lo que reportan estudios anteriores. ^[3]

En cuanto al tratamiento, la HT fue la más realizada en esta población, pero no como terapia exclusiva. Por otro lado, a más de la mitad de las pacientes se les indicó y realizó RT adyuvante, en contraste con lo expuesto en trabajos previos. ^[20]

La cirugía axilar fue realizada en casi la totalidad de la pacientes, siendo la estadificación por BGC la más frecuente. Con respecto a la cirugía mamaria, se le realizó a todas independientemente de las características tumorales.

A la minoría de las pacientes se les indicó QT, en los casos de tumores HER2+ y triple negativo más frecuentemente, lo cual concuerda con el protocolo actual. Esto puede deberse al mayor número de comorbilidades, menor expectativa de vida y menor tolerancia a la misma. Se debe tener en cuenta que en el estudio solo se analizaron pacientes con estadios precoces. ^[3]

Se constató que un tercio de las pacientes falleció, aunque se desconoce la causa. En más de la mitad de los casos tuvieron una evolución clínica favorable ya que al momento del estudio se

encontraban libres de enfermedad. Si bien la falta de evidencia dificulta los protocolos, en principio se plantea que las pacientes presentaron una favorable evolución clínica. Con respecto a la sobrevida observada, no se hallaron datos en la bibliografía en base a los cuales establecer una comparación, sin embargo, se conoce que estas pacientes tienen una menor sobrevida en comparación con las pacientes jóvenes, debido a la mayor presencia de comorbilidades y al tratamiento menos agresivo.^[7,3]

La mayoría de las pacientes refirió que su estado de ánimo no se vio afectado, ante el diagnóstico ni ante el tratamiento recibido. Esto coincide con lo reportado en el ámbito científico, donde se informa que las pacientes de este rango etario no presentan cambios significativos en su estado anímico ante situaciones adversas y estresantes de esta índole^[6]

CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

Este es el primer estudio a nivel nacional que reporta características, forma de presentación, impacto emocional y manejo terapéutico en pacientes añosas con cáncer de mama.

Incluyó 31 pacientes de 70 años o más. La mayoría con subtipo carcinoma ductal infiltrante NOS, subtipo molecular RRHH+, HER2-, grado histológico 2. El tratamiento estándar fue aplicado en 14 pacientes, 5 pacientes fueron sobretratadas, y debido a edad, comorbilidades, no tolerancia a la QT y no deseo de realizar el tratamiento, 12 pacientes fueron subtratadas. La sobrevida global fue de 8 años aproximadamente, lo que podría orientar a que el tratamiento fue adecuado.

Como limitantes, este estudio incluyó un bajo número de pacientes, y las mismas fueron vistas en una única unidad (Hospital de Clínicas), por lo que se desconoce si los resultados pueden ser extrapolables a la población general. Además, este estudio fue realizado durante el período de pandemia de COVID-19, lo que afectó y condicionó de forma determinante el desarrollo del mismo, tanto en la selección de pacientes, teniendo que recurrir a una planilla de datos preexistente, como en la modalidad de trabajo, siendo esta en gran parte virtual.

Otra de las limitantes fue que la edad avanzada de las pacientes y sus comorbilidades en múltiples oportunidades dificultaron la comunicación.

Durante el seguimiento se presentaron dificultades en la recolección de datos relacionados con características propias de la enfermedad debido a la ausencia de una historia clínica unificada, ya que los datos se encontraban distribuidos una parte en historia clínica electrónica y otra en historia clínica formato papel.

Debe tenerse en cuenta al interpretar los datos, que tanto la clasificación TNM aplicada como el manejo terapéutico realizado fueron los vigentes al momento en el que se diagnosticó y trató a las pacientes de la muestra, que difieren en la actualidad ya que fueron actualizados.

Queda pendiente para un futuro, estudios que incluyan mayor número de pacientes y una encuesta que permita evaluar el impacto emocional en forma más profunda y estandarizada, así como también extender el estudio a otras instituciones, tanto públicas como privadas y del interior del país, para conocer formas de presentación, características y conductas terapéuticas en una población diferente a la estudiada.

Se deberá seguir investigando en esta temática dado el aumento de la esperanza de vida en esta población y la falta de estudios en esta área.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Todos los autores declaran no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1) Bonilla C, Bertoni B, Hidalgo PC, Artagaveytia N, Ackermann E, Barreto I, et al. Breast cancer risk and genetic ancestry: A case-control study in Uruguay. *BMC Womens Health*. 2015;15(1):1–10.

2) Basso J, Lustemberg C, Quian J, Rosa R, Echevarría A. Guía de Práctica Clínica de Detección Temprana del Cáncer de Mama. Minist Salud Pública República Orient del Uruguay [Internet]. 2015;9–27. Available from: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Iniciativas sanitarias \(guia deteccion cancer mama\).pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Iniciativas_sanitarias_(guia_deteccion_cancer_mama).pdf)

3) Dimitrakopoulos FID, Kottorou A, Antonacopoulou AG, Makatsoris T, Kalofonos HP. Early-stage breast cancer in the elderly: Confronting an old clinical problem. *J Breast Cancer*. 2015;18(3):207–17.

4) Hannoun-Lévi JM, Lam Cham Kee D, Gal J, Schiappa R, Hannoun A, Fouche Y, et al. Accelerated partial breast irradiation in the elderly: 5-Year results of the single fraction elderly breast irradiation (SiFEBI) phase I/II trial. *Brachytherapy*. 2020;19(1):90–6.

- 5) Glaser R, Marinopoulos S, Dimitrakakis C. Breast cancer treatment in women over the age of 80: A tailored approach. *Maturitas* [Internet]. 2018;110(January):29–32. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.01.014>
- 6) Campbell-Enns H, Woodgate R. The psychosocial experiences of women with breast cancer across the lifespan: a systematic review protocol. *JBIC database Syst Rev Implement reports*. 2015;13(1):112–21.
- 7) Yin M, Verschraegen C, Vincent VH, Patel SM, George T, Truica CI. Impact of lack of surgery on outcomes in elderly women with nonmetastatic breast cancer-A surveillance, epidemiology, and end results 18 population based study. *Med (United States)*. 2020;99(3).
- 8) Flora Varghese, Jasmine Wong. Breast Cancer in the Elderly. *Surg Clin N Am*. 98 (2018); 819–833
- 9) Gil-Enriquez DM, García-Calderón MR. Cáncer de mama en pacientes de 70 años y más, hallazgos radiológicos y su correlación histopatológica. *Rev An Radiol México*. 2019;18(2):84–98.
- 10) Mermut Ö, İnanç B. Prognostic factors and survival of elderly women with breast cancer aged ≥ 70 years. *Turk Geriatr Derg*. 2019;22(4):426–33.
- 11) Reginelli A, Calvanese M, Ravo V, Di Franco R, Silvestro G, Gatta G, et al. Management of breast cancer in elderly patients. *Int J Surg* [Internet]. 2014;12(S2):S187–92. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijssu.2014.08.344>
- 12) Hernández JC, Sánchez, C, Morillo E, Sánchez, EF. Cáncer de mama. *Oncología Clínica*. 6ta edición. España: Elsevier; 2018.p.131-147
- 13) Clínica C de O. Pautas de oncología médica. 2012;257. Available from: [http://www.oncologiamedica.hc.edu.uy/files/Pautas de Oncologia Médica - Diciembre 2012 - Version Final 22Mayo2013_LIMPIO\(1\).pdf](http://www.oncologiamedica.hc.edu.uy/files/Pautas de Oncologia Médica - Diciembre 2012 - Version Final 22Mayo2013_LIMPIO(1).pdf)
- 14) Haddad A, Zoukar O, Daldoul A, Bhiri H, Wiem K, Mhabrich H, et al. Breast diseases in women over the age of 65 in Monastir, Tunisia. *Pan Afr Med J*. 2018;31:3–8.
- 15) American Cancer Society [internet]. USA: Equipo de redactores y editores médicos de la Sociedad Americana contra el Cáncer; [Última actualización 20 Set 2019; citado el 9 May 2020]. [cancer.org](http://www.cancer.org). Disponible en:

<https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/grados-del-cancer-de-seno.html>

16) Lobato Miguelez JL, Moreno Domingo J, Arriba Olivenza T, Ajuriagogeascoa Andrada S, López Valverde M. Características y manejo del cáncer de mama primario en pacientes octogenarias: Estudio retrospectivo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012;47(5):210–3. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.03.007>

17) Gil-Enriquez DM, García-Calderón MR. Cáncer de mama en pacientes de 70 años y más, hallazgos radiológicos y su correlación histopatológica. *Rev An Radiol México*. 2019;18(2):84–98.

18) Govindan R, Morgensztern. *Manual Washington de Oncología*. 3 edición. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins;2016

19) Kimmick G, Seo PH, Wildiers H. Overview of the approach to early breast cancer in older women - UpToDate. *Up To Date* [Internet]. 2019;37. Available from: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-the-approach-to-early-breast-cancer-in-older-women?search=radioterapia+para+el+cáncer+de+mama&source=search_result&selectedTitle=4~150&usage_type=default&display_rank=4#H2804262766

20) Valli M, Cima S, Fanti P, Muoio B, Vanetti A, Azinwi CN, et al. The role of radiotherapy in elderly women with early-stage breast cancer treated with breast conserving surgery. *Tumori*. 2018;104(6):429–33.

21) Xu L, Wen N, Qiu J, He T, Tan Q, Yang J, et al. Predicting Survival Benefit of Sparing Sentinel Lymph Node Biopsy in Low-Risk Elderly Patients With Early Breast Cancer: A Population-Based Analysis. *Front Oncol*. 2020;10(September):1–14.

22) Inoue H, Hirano A, Ogura K, Kamimura M, Hattori A, Yukawa H, et al. Breast-conserving surgery without radiation in elderly women with early breast cancer. *Surg Oncol* [Internet]. 2019;31(August):22–5. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.suronc.2019.08.008>

23) Hughes KS, Schnaper LA, Bellon JR, Cirrincione CT, Berry DA, McCormick B, et al. Lumpectomy plus tamoxifen with or without irradiation in women age 70 years or older with early breast cancer: Long-term follow-up of CALGB 9343. *J Clin Oncol*. 2013;31(19):2382–7.

- 24) Kunkler IH, Williams LJ, Jack WJL, Cameron DA, Dixon JM. Breast-conserving surgery with or without irradiation in women aged 65 years or older with early breast cancer (PRIME II): A randomised controlled trial. *Lancet Oncol* [Internet]. 2015;16(3):266–73. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045\(14\)71221-5](http://dx.doi.org/10.1016/S1470-2045(14)71221-5)
- 25) Van De Water W, Bastiaannet E, Scholten AN, Kiderlen M, De Craen AJM, Westendorp RGJ, et al. Breast-conserving surgery with or without radiotherapy in older breast patients with early stage breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Ann Surg Oncol*. 2014;21(3):786–94.
- 26) Murphy CT, Li T, Wang LS, Obeid EI, Bleicher RJ, Eastwick G, et al. Comparison of Adjuvant Radiation Therapy Alone Versus Radiation Therapy and Endocrine Therapy in Elderly Women with Early-Stage, Hormone Receptor-Positive Breast Cancer Treated with Breast-Conserving Surgery. *Clin Breast Cancer* [Internet]. 2015;15(5):381–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.clbc.2015.02.005>
- 27) Martí Álvarez C, Meléndez Gispert M, Loayza Galindo A, Moreno Palacios E, Frías Aldeguer L, Sánchez Méndez JI. Current use of neoadjuvant endocrine treatment for breast cancer: Results of a survey conducted in Spain. *Rev Senol y Patol Mamar* [Internet]. 2020;33(1):23–31. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.senol.2020.02.001>
- 28) Martino G, Catalano A, Agostino RM, Bellone F, Morabito N, Lasco CG, et al. Quality of life and psychological functioning in postmenopausal women undergoing aromatase inhibitor treatment for early breast cancer. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(3):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0230681>
- 29) Shachar SS, Hurria A, Muss HB. Breast cancer in women older than 80 years. *J Oncol Pract*. 2016;12(2):123–32.
- 30) Nayyar A, Strassle PD, Iles K, Jameison D, Jadi J, McGuire KP, et al. Survival Outcomes of Early-Stage Hormone Receptor-Positive Breast Cancer in Elderly Women. *Ann Surg Oncol* [Internet]. 2020;27(12):4853–60. Available from: <https://doi.org/10.1245/s10434-020-08945-1>
- 31) Correa Rodríguez M. Impacto psicológico frente al diagnóstico de cáncer de mama: primeras reacciones emocionales TT - Psychological impact against breast cancer diagnosis: first emotional reactions. *Index de Enfermería*. 2017;

- 32) Buscariollo DL, Cronin AM, Borstelmann NA, Punglia RS. Impact of pre-diagnosis depressive symptoms and health-related quality of life on treatment choice for ductal carcinoma in situ and stage I breast cancer in older women. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2019;173(3):709–17. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-018-5006-5>
- 33) Ludwigson A, Huynh V, Bronsert M, Sloan K, Murphy C, Christian N, et al. A screening tool identifies high distress in newly diagnosed breast cancer patients. *Surg (United States)* [Internet]. 2020;168(5):935–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.surg.2020.04.051>
- 34) Barrios E, Garau M. Cáncer : magnitud del problema en el mundo y en Uruguay , aspectos epidemiológicos Cancer : magnitude of the problem in the world and in. *AnFaMed*. 2017;4(1):9–46.

ANEXOS

Encuesta telefónica

Paciente n°:

Fecha: __/__/__

Formulario destinado a la encuesta telefónica realizada a cada paciente del subconjunto en estudio:

- Paciente o familiar consiente participación en el estudio

Sí No

- Evolución clínica de la paciente al momento de la encuesta

Viva con enfermedad Vive sin enfermedad Fallecida

- Fecha de fallecimiento: __/__/__

- Causa de fallecimiento: _____ - Fallecimiento por la enfermedad: Sí No

¿En qué medida el **diagnóstico** de cáncer de mama afectó su estado de ánimo?

Empeoró mucho empeoró poco no afectó mejoró

¿En qué medida el **tratamiento** de cáncer de mama afectó su estado de ánimo?

Empeoró mucho empeoró poco no afectó mejoró

¿Recibió algún tipo de tratamiento psicológico o psiquiátrico?

Sí No ¿cuál? _____

¿En qué medida siente que recibió apoyo emocional durante el proceso de la enfermedad?

Nada Poco Mucho Muchísimo

¿Por quién o quiénes se sintió apoyada emocionalmente?

Pareja Hijos/jas Amigas/gos Inst. sociales

Inst. religiosas Equipo de salud Otros Aclarar _____

Consentimiento informado

“Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres aÑosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el período 2011 - 2018”. Natalia Camejo (099 932 545), Cecilia Castillo (095 222 087), Ana Laura Hernández (099 959 528); Martina Abero (099 916 111), Thaís Arenas (099 968 883), Vanira Bárcena (099 766 120), Camila Goldman (099 160 476), Santiago González (095 678 709), María Paz Icardo (098 450 469).

Prof. Directora del Servicio de Oncología del Hospital de Clínicas Dra. Lucía Delgado. Montevideo - Uruguay Teléfono - Fax: (+598) 2487 2075 E-mail: onco_cli@hc.edu.uy, oncocli@gmail.com

Prof. Director del Servicio de Psicología Médica del Hospital de Clínicas Dr. Juan J. Dapuetto. hcpsimed@hc.edu.uy.

Servicio de oncología clínica del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Departamento de psicología médica del Hospital de Clínicas.

Objetivos del estudio:

General:

- Determinar las características, el manejo y el impacto emocional del cáncer de mama precoz en una muestra de mujeres aÑosas asistidas en la unidad docente asistencial de mastología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el período 2011-2018.

Específicos:

- Identificar las características de la población, estudios diagnósticos realizados y tratamientos.
- Conocer la proporción de casos en los cuales no se realizaron los tratamientos convencionales para el manejo del cáncer de mama precoz según las guías clínicas y los motivos (edad, comorbilidades, decisión del paciente, etc).
- Evaluar la evolución clínica de las pacientes pertenecientes al estudio.
- Evaluar el impacto emocional del cáncer de mama en la vida de las pacientes.
- Comparar los datos obtenidos en el estudio con los reportados en la literatura científica.

Investigación no terapéutica.

El investigador no obtendrá beneficios de dicha investigación.

Probabilidad de riesgos emocionales: Se indagará acerca de datos personales en relación a la esfera emocional de la paciente, referidos a las vivencias al momento del diagnóstico y durante el transcurso de la enfermedad, por lo cual puede remover sentimientos y emociones múltiples, generar incomodidad y reticencia al diálogo.

Se considera importante transmitir a la paciente que ante sentimientos de angustia reiterados, impotencia o cualquier otro sentimiento que denote sufrimiento psíquico en relación a su enfermedad, existe la posibilidad de comunicarse con el equipo de salud mental del Hospital de Clínicas.

La persona objeto del estudio se podrá retirar de la investigación en cualquier momento en que lo desee, sin explicación de causa y ello no le ocasionará ningún perjuicio patrimonial ni moral, ni afectará en ninguna forma la atención médica que le corresponda recibir en el futuro.

La participación en el estudio no dará derecho a ninguna remuneración ni compensación de ningún tipo.

Formulario de información al paciente

Proyecto: Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres añosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el período 2011 - 2018

Hola, mi nombre es (nombre del investigador que realiza la encuesta), soy estudiante de la carrera “Dr. en Medicina”, lo estoy llamando desde el Servicio de Oncología Clínica del Hospital de Clínicas. Estamos llevando a cabo un trabajo de investigación acerca de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama a los 70 años o más, que fueron asistidas en la Unidad Docente Asistencial del Hospital de Clínicas.

¿Su nombre y apellido son? (nombre y apellido de la paciente) y/o de Cédula de identidad es (número de la cédula de identidad del paciente)

El proyecto de investigación “Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres añosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el período 2011 – 2018” tiene como objetivo conocer las características, el manejo y el impacto emocional del cáncer de mama precoz en una muestra de mujeres de 70 años o más que fueron asistidas en la unidad docente asistencial de mastología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el período 2011-2018.

En este estudio pueden participar las pacientes que como usted fueron diagnosticadas con cáncer de mama y asistidas en la Unidad.

Le solicitamos el acceso a los datos que se encuentran en su historia clínica sobre sus antecedentes personales, la forma de presentación, el modo en que se diagnosticó de su enfermedad, el tratamiento recibido y su evolución, con el fin de recopilarlos.

Asimismo se le pedirá contestar cinco preguntas sencillas con el fin de conocer el impacto emocional que sufrió por el diagnóstico y tratamiento de su enfermedad.

Toda la información recogida será confidencial. Sus datos personales no serán usados durante el análisis de los datos ni durante la difusión de resultados del presente estudio.

Su participación en el estudio es voluntaria, no recibirá nada a cambio y puede negarse a participar o retirarse si usted así lo desea sin verse afectada su atención médica.

Consentimiento informado para las participantes

Proyecto: Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres
añosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el
período 2011 - 2018.

Montevideo, __/__/____

Se me explicó en forma telefónica y clara acerca del proyecto. He tenido la oportunidad de
preguntar sobre el mismo y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he
realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y
entiendo que puedo no participar de la investigación sin que esto afecte en ninguna manera mi
cuidado médico.

No recibiré ningún tipo de remuneración.

Nombre de la paciente _____ Cédula de la paciente _____

Nombre de la persona que recaba el consentimiento _____

Cédula de la persona que recaba el consentimiento _____

Firma de la persona que recaba el consentimiento _____

Formulario de información al familiar

Proyecto: Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres añosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el período 2011 - 2018

Hola, mi nombre es (nombre del investigador que realiza la encuesta), soy estudiante de la carrera “Dr en Medicina”, lo estoy llamando desde el Servicio de Oncología Clínica del HC. Estamos llevando a cabo un trabajo de investigación acerca de las pacientes diagnosticadas con cáncer de mama a los 70 años o más, que fueron asistidas en la Unidad Docente Asistencial del Hospital de Clínicas.

¿El nombre y apellido son? (nombre y apellido de la paciente) y/o de Cédula de identidad es (número de la cédula de identidad del paciente)

El proyecto de investigación “Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres añosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el período 2011 – 2018” tiene como objetivo conocer características, el manejo y el impacto emocional del cáncer de mama precoz en una muestra de mujeres de 70 años o más que fueron asistidas en la unidad docente asistencial de mastología del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, en el período 2011-2018.

En este estudio pueden participar las pacientes que como su familiar fueron diagnosticadas con cáncer de mama y asistidas en la Unidad.

Le solicitamos el acceso a los datos que se encuentran en la historia clínica de la paciente sobre sus antecedentes personales, la forma de presentación, el modo en que se diagnosticó su enfermedad, el tratamiento recibido y su evolución, con el fin de recopilarlos.

Toda la información recogida será confidencial. Los datos personales no serán usados durante el análisis ni durante la difusión de resultados del presente estudio.

La participación en el estudio es voluntaria, no recibirá nada a cambio y puede negarse a participar o retirarse si usted así lo desea sin que esto lo afecte de ninguna manera.

Consentimiento informado para familiar

Proyecto: Características, manejo e impacto emocional del cáncer de mama precoz en mujeres
añosas asistidas en la Unidad Docente Asistencial de Mastología del Hospital de Clínicas en el
período 2011 - 2018.

Montevideo, __/__/____

Se me explicó en forma telefónica y clara acerca del proyecto. He tenido la oportunidad de
preguntar sobre el mismo y se me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he
realizado. Consiento voluntariamente el uso de datos de la paciente en la investigación, y
entiendo que puedo no participar de la investigación sin que esto me afecte de ninguna manera.

No recibiré ningún tipo de remuneración.

Nombre de la paciente _____

Nombre del familiar _____ vínculo _____

Cédula del familiar _____

Nombre de la persona que recaba el consentimiento _____

Cédula de la persona que recaba el consentimiento _____

Firma de la persona que recaba el consentimiento _____