



Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama atendidas en medicina complementaria: estudio comparativo

Quality of life in breast cancer patients treated with complementary medicine: comparative study

Rushmely Gaby Perez Mendez^{1,a}, Elsy Haydeé Miní Díaz^{1,a}

¹ Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

^a Médica cirujana

Resumen

Introducción: El cáncer de mama (CM) en Perú tiene un gran impacto en la salud pública y existen desafíos en los tratamientos convencionales para mejorar la calidad de vida (CV), por lo que la medicina complementaria (MC) puede ser una opción importante. **Objetivo:** Comparar la calidad de vida entre pacientes con CM con y sin tratamientos de MC. Metodología: Estudio transversal y analítico, realizado en pacientes con cáncer CM mayores de 20 años tratadas en el servicio de oncología. La variable dependiente fue la CV medida con el cuestionario SF-36, se midieron sus dimensiones función física (FF), rol físico (RF), rol emocional (RE), función social (FS), dolor corporal (DC), vitalidad (VT), salud mental (SM) y salud general (SG); la independiente fue el servicio de atención (oncología/oncología + MC). Se realizaron análisis descriptivos e inferenciales, utilizando pruebas de chi cuadrado y regresión de Poisson (para FF y RE), considerando $p < 0,05$ como significativo. **Resultados:** La mayoría de los pacientes eran mayores de 60 años, con nivel educativo universitario, y diagnósticos de 1 a 3 años. Solo el 20% recibió MC. La atención en MC disminuyó la prevalencia de CV media/baja en las dimensiones FS ($p=0,044$), VT ($p=0,020$), SM ($p=0,044$) y SG ($p=0,041$); mas no para FF ($p=0,079$), RF ($p=0,367$), RE ($p=0,055$) y DC (0,532). **Conclusión:** La integración de tratamientos de MC está relacionada en diversos aspectos de la calidad de vida de pacientes con CM, resaltando la importancia de profundizar los estudios en estas terapias complementarias.

Palabras clave: Calidad de vida; Neoplasias de la Mama; Terapias Complementarias (Fuente: DeCS BIREME)

Abstract

Introduction: Breast cancer (BC) in Peru has a substantial impact on public health, and there are challenges with conventional treatments to enhance the quality of life (QoL); thus, complementary medicine (CM) may represent a significant option. **Objective:** The objective was to compare the quality of life between BC patients with and without complementary medicine treatments. **Methodology:** A cross-sectional and analytical study was conducted on BC patients over 20 years old treated in the oncology service. The dependent variable was QoL measured with the SF-36 questionnaire, evaluating its dimensions physical function (PF), physical role (PR), emotional role (ER), social function (SF), body pain (BP), vitality (VT), mental health (MH), and general health (GH); the independent variable was the care service (oncology/oncology + CM). Descriptive and inferential analyses were performed, using chi-square tests and Poisson regression (for PF and ER), considering $p < 0.05$ as significant. **Results:** The majority of the patients were over 60 years old, with a university education level, and diagnoses from 1 to 3 years. Only 20% received CM. Attention in CM decreased the prevalence of medium/low QoL in the dimensions of SF ($p=0.044$), VT ($p=0.020$), MH ($p=0.044$), and GH ($p=0.041$); but not for PF ($p=0.079$), PR ($p=0.367$), ER ($p=0.055$), and BP (0.532). **Conclusion:** The integration of CM treatments is related to various aspects of the quality of life in BC patients, highlighting the importance of deepening studies in these complementary therapies

Keywords: Quality of Life; Breast Neoplasms; Complementary Therapies (Source: MeSH NLM)

INTRODUCCIÓN

El cáncer es la segunda causa de muerte en el mundo, responsable de aproximadamente 8,8 millones de defunciones en 2015 ^[1]. En particular, el cáncer de mama (CM) destaca como el tipo de cáncer más prevalente entre las mujeres y en muchos países representa la causa más frecuente de muerte por cáncer en este grupo poblacional ^[1]. En el Perú, alrededor de 4 000 nuevos casos de CM se diagnostican cada año, y casi 4 mujeres mueren diariamente debido a esta enfermedad ^[2]. A pesar de los avances en métodos diagnósticos y tratamientos ^[3], aún existen dificultades relacionadas con la calidad de vida (CV) de los pacientes, exacerbadas por los efectos secundarios de la quimioterapia y otros tratamientos ^[4].

DOI: 10.26722/rpmi.2023.v8.n2.728

Información del artículo

Fecha de recibido

12 de junio del 2021

Fecha de aprobado

03 de agosto del 2023

Correspondencia

Rushmely Gaby Perez Mendez.
gaby18.perez.mendez@gmail.com

Conflictos de interés

Las autoras declaran no tener conflicto de interés.

Contribuciones de autoría

RGP participó en la conceptualización, curación de datos, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, visualización y redacción del borrador original del artículo. Además, EHM participó en la supervisión, validación, y redacción-revisión y edición del artículo. Ambas autoras aprobaron la versión final del artículo para su publicación y aseguraron que todos los aspectos que forman parte del trabajo estuviesen investigados y resueltos de forma adecuada.

Financiamiento

Autofinanciado

Citar como: Perez Mendez RG, Miní Díaz EH. Comparación de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama de acuerdo a la atención en el servicio de medicina complementaria. Rev Peru Med Integrativa. 2023; 8(2).

La medicina convencional ofrece diversas estrategias para el tratamiento del CM, como la cirugía, radioterapia y quimioterapia, entre otros [3]. Sin embargo, estos métodos a menudo presentan efectos secundarios perjudiciales [4] que, potencialmente, podrían afectar la CV de las pacientes en los ámbitos físicos, funcionales, mentales, emocionales, sociales y sexuales [5,6]. Esto ha hecho que muchas pacientes hayan acudido a tratamientos complementarios, especialmente para aminorar los síntomas agravados por los tratamientos convencionales frente a CM; sin embargo, aún no se conoce con certeza la efectividad de la medicina complementaria (MC) en la mejora de la calidad de vida de estos pacientes [7,8], pero muchos lo hacen sin comunicarlo a su equipo médico [10-12].

A pesar de los beneficios potenciales de la MC, especialmente en enfermedades crónicas, muchos sistemas de salud aún no han incorporado completamente estas prácticas [13,14], lo que les impide evaluar su desempeño y estimar el beneficio que podría llevar a los pacientes. Esta falta de integración y de conocimiento subraya la importancia y la necesidad de investigaciones adicionales en el contexto peruano, donde no existen suficientes estudios que comparen la efectividad de los métodos de tratamiento convencionales y complementarios en la calidad de vida (CV) en pacientes con cáncer de mama (CM). Con la adquisición de estos datos, aspiramos a enriquecer el cuerpo de conocimiento científico y a informar futuras políticas de salud pública y prácticas médicas que puedan guiar una integración más efectiva de la MC en sistemas de atención médica. En consecuencia, el objetivo de este estudio es comparar la CV de pacientes con CM que reciben tratamiento en los servicios de Oncología frente a las pacientes que, además, reciben tratamiento en el servicio de MC del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins (HNERM), el cual es un hospital de alto nivel resolutivo y uno de los pocos de la región con ambas áreas dentro de su cartera de servicios.

METODOLOGÍA

Diseño y área de estudio

Este estudio adopta un enfoque cuantitativo, con un diseño transversal y analítico. El área geográfica de estudio es el HNERM en el año 2020. Se centra en pacientes que reciben tratamientos oncológicos y busca compararlos con los que, además, recibieron tratamientos de MC de manera adicional. El servicio de oncología del HNERM es uno de los mejores del País con una atención altamente especializada en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con diferentes tipos de cáncer. Por otro lado, el servicio de MC ofrece a los pacientes con cáncer tratamientos como la acupuntura, la homeopatía y la fitoterapia, entre otras, con el fin de mejorar la CV de las pacientes, aliviar los efectos secundarios de los tratamientos de oncología y fomentar el bienestar físico y mental; con un enfoque holístico de la persona, adaptando las terapias a sus necesidades específicas y preferencias personales.

Población y muestra

La población objeto de este estudio comprende a todas las pacientes con CM atendidas en el servicio de Oncología del HNERM durante el año 2020. Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando pacientes que hayan recibido su tratamiento solo en el servicio de Oncología y aquellas pacientes que, además de recibir su tratamiento solo en el servicio de Oncología, hayan sido atendidas en el Servicio de MC.

Se incluyeron a mujeres mayores de 20 años que habían sido diagnosticadas con CM y que estén recibiendo atención oncológica convencional en el HNERM; además, que tuvieran una atención mínima de 3 meses y, en caso de acudir al servicio de MC del HNERM, al menos 4 citas en dicho servicio. Por otro lado, se excluyeron del estudio a las mujeres que decidieron no participar o que se negaron a firmar el consentimiento informado requerido.

Variables e instrumentos

La variable dependiente fue la CV [7], medida con el cuestionario de Salud SF-36. Este cuestionario está conformado por 36 ítems que exploran ocho dimensiones: función física (10 preguntas), rol físico (4 preguntas), rol emocional (3 preguntas), función social (2 preguntas), función emocional (3 preguntas), dolor corporal (2 preguntas), vitalidad (4 preguntas), salud mental (6 preguntas) y salud general (5 preguntas). Las alternativas de respuesta oscilan entre 3 y 6 opciones, dependiendo de la pregunta, y conforman escalas de Likert de frecuencia e intensidad. Los resultados se trasladan a una escala de 0 (peor salud) a 100 (mejor salud), con una media de 50 y una desviación estándar de 10 [15]; cada dimensión se consideró buena calidad si puntuaba entre 70 y 100; y media/baja si su puntaje fue menor de 70 puntos. Por otro lado, la variable independiente fue el servicio de atención, que puede referirse a si la paciente es atendida solo en el servicio de Oncología o en Oncología y MC (oncología/oncología + MC). Asimismo, las covariables (sociodemográficas y clínicas) fueron la edad (30-39 años/40-49 años/50-59 años/>60 años), el nivel educativo (analfabeta/primaria/secundaria/técnico superior/universitario), tipo de usuario (nuevo/continuator), tiempo de diagnóstico (<1 año/1-3 años/4-5 años/>5 años) y el tratamiento recibido (ninguno/cirugía/quimioterapia/cirugía + quimioterapia/cirugía + radioterapia/cirugía + quimioterapia + radioterapia/cirugía + quimioterapia + hormonal/quimioterapia + radioterapia).

Procedimientos

Para la recolección de datos, se llevó a cabo una encuesta utilizando el Cuestionario de Salud SF36 durante los meses de enero y febrero de 2020. Las pacientes fueron informadas personalmente acerca de los objetivos, riesgos y beneficios del estudio, utilizando un formato de consentimiento informado. El proceso de recolección de datos y manejo de la información fue coordinado con la unidad de investigación del HNERM.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo primeramente en el que se calcularon las frecuencias y porcentajes de las variables sociodemográficas y clínicas de acuerdo al servicio de atención, y las frecuencias de los niveles de calidad de vida según cada dimensión. Para la estadística inferencial se compararon las proporciones de calidad de vida baja/media de acuerdo al servicio de atención y de cada variable sociodemográfica y clínica usando la prueba de chi cuadrado y, para frecuencias pequeñas, la prueba de exacta de Fisher. Se hizo un análisis multivariado ajustando la relación entre el servicio de atención y la calidad de vida baja/media en las dimensiones de función física y rol emocional con la edad y el tiempo de diagnóstico, respectivamente; al ser esas dos variables también asociadas con sus respectivos desenlaces. Para ello se usó una regresión de Poisson con varianzas robustas para calcular el RP ajustado y su IC95%. Se consideró un valor de p menor a 0,05 como estadísticamente significativo.

Aspectos éticos

Este estudio fue conducido siguiendo rigurosos estándares éticos y estuvo en total concordancia con la Declaración de Helsinki, cumpliendo con todas las normativas y protocolos éticos internacionalmente reconocidos. Recibió la aprobación formal del Comité de Ética del HNERM antes de iniciar cualquier fase de investigación. Todas las participantes fueron informadas detalladamente acerca de los objetivos, procedimientos, beneficios, y posibles riesgos del estudio antes de la recolección de datos. Posteriormente, se obtuvo su consentimiento informado para asegurar su participación voluntaria, consciente y autónoma. Se tomaron medidas estrictas para garantizar el anonimato y la confidencialidad de las participantes, evitando incluir cualquier información que pudiera identificarlas en las bases de datos. De esta manera, se aseguró la integridad, la dignidad y los derechos de todas las pacientes involucradas en este estudio.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas según el servicio donde se atienden se puede apreciar que entre las pacientes que se atienden solo en Oncología prevalecieron pacientes de 60 años o más (63.75%), nivel de instrucción superior universitario (45%), el 92.5% fueron pacientes continuadoras, el tiempo de diagnóstico mayoritariamente entre 1 y 3 años (42.5), y con tratamiento recibido predominantemente con Cirugía + Radioterapia (33.75%) seguido por la Cirugía + Quimioterapia (22.5%). Similar a las pacientes atendidas también por MC con pacientes de 60 años o más (65%), nivel de instrucción superior universitario (80%), fueron pacientes continuadoras (100%), el tiempo de diagnóstico, a diferencia de las atendidas solo por Oncología, fue de 5 años a más (40%), y con tratamiento recibido predominantemente con Cirugía + Radioterapia (45%) seguido por la Cirugía + Quimioterapia (25%).

Tabla 1. Características sociodemográficas de las pacientes con cáncer de mama del HNERM de acuerdo a los servicios de atención

Características sociodemográficas	Servicio de Oncología (solamente) 80 (80%)	Servicios de Oncología y Medicina complementaria 20 (20%)	Total
Edad (años)			
30 a 39	0 (0%)	1 (5%)	1 (1%)
40 a 49	5 (6,3%)	1 (5%)	6 (6%)
50 a 59	24 (30%)	5 (25%)	29 (29%)
60 a más	51 (63,8%)	13 (65%)	64 (64%)
Grado de instrucción			
Analfabeto	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (1%)
Primaria	11 (13,8%)	0 (0%)	11 (11%)
Secundaria	21 (26,3%)	3 (15%)	24 (24%)
Superior técnico	11 (13,8%)	1 (5%)	12 (12%)
Superior universitario	36 (45%)	16 (80%)	52 (52%)
Tipo de Usuario			
Nuevo	6 (7,5%)	0 (0%)	6 (6%)
Continuador	74 (92,5%)	20 (100%)	94 (94%)
Tiempo de diagnóstico (años)			
Menos de 1	23 (28,8%)	2 (10%)	25 (25%)
1 a 3	34 (42,5%)	7 (35%)	41 (41%)
4 a 5	3 (3,8%)	3 (15%)	6 (6%)
5 o más	20 (25%)	8 (40%)	28 (28%)
Tratamiento			
Ninguno	6 (7,5%)	2 (10%)	8 (8%)
Cirugía	5 (6,3%)	1 (5%)	6 (6%)
Quimioterapia	16 (20%)	0 (0%)	16 (16%)
Cirugía + quimioterapia	18 (22,5%)	5 (25%)	23 (23%)
Cirugía + quimioterapia + radioterapia	3 (3,8%)	3 (15%)	6 (6%)
Cirugía + radioterapia	27 (33,8%)	9 (45%)	36 (36%)
Cirugía + terapia hormonal	1 (1,3%)	0 (0%)	1 (1%)
Quimioterapia + radioterapia	4 (5%)	0 (0%)	4 (4%)

La Tabla 2 presenta los niveles de diferentes dimensiones de calidad de vida en pacientes con cáncer de mama del HNERM. Entre algunas de las presentadas esta la dimensión de Función Física, donde el 56% de los pacientes tiene un nivel Bajo/medio, mientras que el 44% tiene un nivel Alto. La dimensión de Vitalidad muestra la mayor discrepancia, con el 79% de los pacientes en el nivel Bajo/medio. Las dimensiones de Rol Emocional y Salud Mental muestran una distribución con un 49% y 51%, y un 55% y 45% respectivamente.

En la Tabla 3 se puede observar la relación de cuatro dimensiones de la calidad de vida (función física, rol físico,

Tabla 2. Nivel de las dimensiones de calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama del HNERM

Dimensiones de la calidad de Vida	Frecuencia	Porcentaje
Función Física (FF)		
Bajo/medio	56	56
Alto	44	44
Rol Físico (RF)		
bajo/medio	54	54
Alto	46	46
Rol Emocional (RE)		
Bajo/medio	49	49
Alto	51	51
Función Social		
Bajo/medio	55	55
Alto	45	45
Dolor Corporal (DC)		
Bajo/medio	64	64
Alto	36	36
Vitalidad (VT)		
Bajo/medio	79	79
Alto	21	21
Salud Mental (SM)		
Bajo/medio	55	55
Alto	45	45
Salud General (SG)		
Bajo/medio	60	60
Alto	40	40

HNERM: Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

rol emocional y función social) con el servicio de atención, se encontraron diferencias significativas con las dimensiones de función física ($p=0,034$), rol emocional ($p=0,016$) y función social ($p=0,044$) entre los pacientes atendidos solo en Oncología en comparación con aquellos atendidos también en MC. Por otro lado, se observa una relación significativa en la categoría de edad en la dimensión de función física, donde el grupo de edad 30-59 tiene un 58,3% en alta y el grupo de 60 o más tiene un 35,9% en alta con un valor p de 0,030. en cuanto al tiempo de diagnóstico, se aprecia una relación significativa con rol emocional, donde aquellos con un diagnóstico de menos de 1 año tienen un 28% en alta, comparado con el 65,9% de 1 a 3 años con un valor p de 0,012.

En la Tabla 4 se observa la relación de cuatro dimensiones de la calidad de vida (dolor corporal, vitalidad, salud mental y salud general) con el servicio de atención. Se hallaron diferencias significativas en la vitalidad entre los pacientes atendidos exclusivamente en Oncología y aquellos que también recibieron atención en MC ($p=0,020$), así como en la salud mental ($p=0,044$) y en la salud general ($p=0,041$); no se encontró asociación con la dimensión de dolor corporal.

Los resultados del análisis multivariado realizado considerando como desenlace la categoría baja de las dimensiones función física y rol emocional, se pueden ver en la

Tabla 5. No hubo relación entre el servicio de atención y la función física, al ajustar por edad; y tampoco con el rol emocional, tras ajustar por tiempo de diagnóstico.

DISCUSIÓN

En los resultados del estudio, respecto a las características sociodemográficas de las pacientes con CM se encontró que en su mayoría fueron pacientes mayores de 50 años con mayor proporción de pacientes mayores de 60 años, en su mayoría de instrucción universitaria, con tiempo de diagnóstico de 1 a 3 años la gran mayoría, recibiendo Cirugía + Radioterapia como esquema de tratamiento más frecuente, seguido por la Cirugía + Quimioterapia, lo cual es acorde con lo conocido por la literatura científica sobre CM.

En la exploración de la CV en sus diferentes dimensiones en las pacientes con CM atendidas en el HNERM se encontró una CV media o baja con mayor frecuencia en casi todas sus dimensiones: función física, rol físico, función social, vitalidad, dolor corporal, salud mental y salud general, a excepción del rol emocional que presentó una CV alta en el 51% de las pacientes. Lo cual es acorde a lo estudiado por Dionigi F *et al.* quien encontró que a pesar de los avances modernos, el CM afecta la CV en general ^[16]. De forma similar, Amador AA *et al.* descubrieron que la CV en pacientes oncológicas de mama fue media y baja, relacionándolo con la adherencia al tratamiento, y posiblemente, a las reacciones adversas derivadas del mismo ^[17]. Además, Sibhat SG *et al.* llevaron a cabo una investigación para evaluar la CV relacionada con la salud (CVRS) en pacientes oncológicas de mama, concluyendo que la CV global general fue moderada. Subrayaron que las estrategias específicas para mejorar la CVRS de los pacientes deben tener en cuenta la etapa del cáncer, el funcionamiento cognitivo, el dolor, el estado financiero y las inquietudes respecto a la futura salud del paciente ^[18].

El 20% de las pacientes con CM en el HNERM fueron atendidas simultáneamente en los servicios de Oncología y MC. En este grupo, al igual que en aquellos atendidos únicamente en Oncología, predominaron mujeres mayores de 60 años, con educación universitaria y tratamientos más frecuentes de Cirugía + Radioterapia. No obstante, también presentaban un grado de instrucción mínimo de secundaria y el diagnóstico más común fue superior a 5 años. Estos hallazgos son similares a los de Cui Y *et al.* y Wyatt G *et al.*, destacando tendencias en el uso de MC en función de la edad, estado civil, nivel educativo y condiciones de empleo, entre otros factores ^[19,20] particularly patients' intentions and their perceived effectiveness of using Chinese herbal medicine (CHM). Azhar Y *et al.* también observaron una relación entre el uso de MC y factores como ingresos, educación, etapas del cáncer y la relación médico-paciente ^[21]. Mientras que Kang E *et al.* vincularon el uso de MC con el estado civil, el estadio del cáncer y enfermedades coexistentes ^[22]. A pesar de explorar la atención en el servicio de MC, este estudio no excluye la posibilidad de

Tabla 3. Relación entre el servicio de atención, y otras variables clínicas y sociodemográficas, con la calidad de vida en sus dimensiones de función física, rol físico, rol emocional y función social en las pacientes con cáncer de mama del HNERM

Variables	Función física			Rol físico			Rol emocional			Función social		
	Alta	Media/ Baja	p*	Alta	Media/Baja	p*	Alta	Media/ Baja	p*	Alta	Me- dia/ Baja	p*
Edad												
30-59	21 (58,3%)	15 (41,7%)	0,030	18 (50%)	18 (50%)	0,547	19 (52.8%)	17 (47.2%)	0,79	15 (41.7%)	21 (58.3%)	0,615
60 o más	23 (35,9%)	41 (64,1%)		28 (43.8%)	36 (56.3%)		32 (50%)	32 (50%)		30 (46.9%)	34 (53.1%)	
Grado de instrucción												
Analfabeto o primaria	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0,414+	5 (41.7%)	7 (58.3%)	0,943	5 (41.7%)	7 (58.3%)	0,764	4 (33.3%)	8 (66.7%)	0,633+
Secundaria	8 (33,3%)	16 (66,7%)		12 (50%)	12 (50%)		11 (45.8%)	13 (54.2%)		12 (50%)	12 (50%)	
Superior Técnico	7 (58,3%)	5 (41,7%)		6 (50%)	6 (50%)		6 (50%)	6 (50%)		4 (33.3%)	8 (66.7%)	
Superior Universitario	25 (48%)	27 (52%)		23 (44.2%)	29 (55.8%)		29 (55.8%)	23 (44.2%)		25 (48.1%)	27 (51.9%)	
Tipo de Usuario												
Nuevo	3 (50%)	3 (50%)	>0,999+	3 (50%)	3 (50%)	>0,999+	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0,432+	2 (33.3%)	4 (66.7%)	0,688+
Continuador	41 (43,6%)	53 (56,4%)		43 (45.7%)	51 (54.3%)		49 (52.1%)	45 (47.9%)		43 (45.7%)	51 (54.3%)	
Tiempo de diagnóstico												
< 1 año	12 (48%)	13 (52%)	0,452	10 (40%)	15 (60%)	0,579	7 (28%)	18 (72%)	0,012	10 (40%)	15 (60%)	0,515
1 a 3 años	20 (48,8%)	21 (51,2%)		18 (43.9%)	23 (56.1%)		27 (65.9%)	14 (34.1%)		17 (41.5%)	24 (58.5%)	
4 años o más	12 (35,3%)	22 (64,7%)		18 (52.9%)	16 (47.1%)		17 (50%)	17 (50%)		18 (52.9%)	16 (47.1%)	
Tratamiento												
Ninguna o solo Cirugía	8 (57,1%)	6 (42,9%)	0,603+	7 (50%)	7 (50%)	0,877+	5 (35.7%)	9 (64.3%)	0,138+	5 (35.7%)	9 (64.3%)	0,132+
Quimioterapia	6 (37,5)	10 (62,5%)		6 (37.5%)	10 (62.5%)		6 (37.5%)	10 (62.5%)		4 (25%)	12 (75%)	
Cirugía + Quimioterapia	8 (34,8%)	15 (65,2%)		11 (47.8%)	12 (52.2%)		12 (52.2%)	11 (47.8%)		10 (43.5%)	13 (56.5%)	
Cirugía + Radioterapia	18 (50%)	18 (50%)		18 (50%)	18 (50%)		24 (66.7%)	12 (33.3%)		22 (61.1%)	14 (38.9%)	
Qx+TH /QT+RT /Qx + QT + RT	4 (36,4%)	7 (63,6%)		4 (36.4%)	7 (63.6%)		4 (36.4%)	7 (63.6%)		4 (36.4%)	7 (63.6%)	
Servicio												
Oncología	31 (38,7%)	49 (61,2%)	0,034	35 (43.8%)	45 (56.3%)	0,367	36 (45%)	44 (55%)	0,016	32 (40%)	48 (60%)	0,044
Oncología + MC	7 (35%)	13 (65%)		11 (55%)	9 (45%)		15 (75%)	5 (25%)		13 (65%)	7 (35%)	

Qx: Cirugía. QT: quimioterapia. RT: radioterapia. TH: terapia hormonal. MC: Medicina complementaria

* Prueba Chi cuadrado de independencia † Prueba exacta de Fisher

uso de MC en pacientes atendidas únicamente en Oncología, incluso sin el conocimiento del personal médico.

El servicio de MC de EsSalud ofrece a sus pacientes diversos tipos de medicinas alternativas y complementarias, utilizando un esquema multicomponente e individualizado, adaptado a los variados diagnósticos y necesidades de cada paciente. Este servicio atiende a aproximadamente 50 000 pacientes al año, y desde su establecimiento, ha beneficiado a más de 500

000 pacientes. La MAC integra una variedad de modalidades, incluyendo suplementos dietéticos y vitamínicos, enfoques mente-cuerpo, acupuntura y medicamentos herbales. Dentro de estos, la acupuntura y el taichí son los más utilizados, y los preparados neuralterápicos son los más prescritos en el servicio de MC de EsSalud^[23]. Investigaciones de Kang E *et al.* revelaron que las terapias de ejercicio (43,2%) y la ingestión de vitaminas y minerales (41,9%) son las MAC más comúnmente usadas por pacientes con CM^[22]. Tagliaferri *et al.* des-

Tabla 4. Relación entre el servicio de atención, y otras variables clínicas y sociodemográficas, con la calidad de vida en sus dimensiones de función física, rol físico, rol emocional y función social en las pacientes con cáncer de mama del HNERM

Variables sociodemográficas	Dolor corporal		p*	Vitalidad		p*	Salud mental		p*	Salud general		p*
	Alta	Media/ Baja		Alta	Media/ Baja		Alta	Media/ Baja		Alta	Media/ Baja	
Edad												
30-59	16 (44,4%)	20 (55,6%)	0,187	6 (16,7%)	30 (83,3%)	0,425	16 (44,4%)	20 (55,6%)	0,933	14 (38,9%)	22 (61,1%)	0,865
60 o más	20 (31,3%)	44 (68,8%)		15 (23,4%)	49 (76,6%)		29 (45,3%)	35 (54,7%)		26 (40,6%)	38 (59,4%)	
Grado de instrucción												
Analfabeto o primaria	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0,418†	1 (8,3%)	11 (91,7%)	0,314†	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0,817†	4 (33,3%)	8 (66,7%)	0,464
Secundaria	11 (45,8%)	13 (54,2%)		3 (12,5%)	21 (87,5%)		12 (50%)	12 (50%)		13 (54,2%)	11 (45,8%)	
Superior Técnico	2 (16,7%)	10 (83,3%)		2 (16,7%)	10 (83,3%)		6 (50%)	6 (50%)		4 (33,3%)	8 (66,7%)	
Superior Universitario	19 (36,5%)	33 (63,5%)		15 (28,8%)	37 (71,2%)		23 (44,2%)	29 (55,8%)		19 (36,5%)	33 (63,5%)	
Tipo de Usuario												
Nuevo	2 (33,3%)	4 (66,7%)	>0,999†	0 (0%)	6 (100%)	0,338†	2 (33,3%)	4 (66,7%)	0,688†	2 (33,3%)	4 (66,7%)	>0,999†
Continuador	34 (36,2%)	60 (63,8%)		73 (77,7%)	21 (22,3%)		43 (45,7%)	51 (54,3%)		38 (40,4%)	56 (59,6%)	
Tiempo de diagnóstico												
< 1 año	10 (40%)	15 (60%)	0,750	3 (12%)	22 (88%)	0,145†	8 (32%)	17 (68%)	0,319	7 (28%)	18 (72%)	0,326
1 a 3 años	13 (31,7%)	28 (68,3%)		7 (17,1%)	34 (82,9%)		20 (48,8%)	21 (51,2%)		17 (41,5%)	24 (58,5%)	
4 años o más	13 (38,2%)	21 (61,8%)		11 (32,4%)	23 (67,6%)		17 (50%)	17 (50%)		16 (47,1%)	18 (52,9%)	
Tratamiento												
Ninguna o solo Cirugía	3 (21,4%)	11 (78,6%)	0,265†	4 (28,6%)	10 (71,4%)	0,090†	6 (42,9%)	8 (57,1%)	0,243†	4 (28,6%)	10 (71,4%)	0,351†
Quimioterapia	7 (43,8%)	9 (56,3%)		0 (0%)	16 (100%)		4 (25%)	12 (75%)		6 (37,5%)	10 (62,5%)	
Cirugía + Quimioterapia	7 (30,4%)	16 (69,6%)		6 (26,1%)	17 (73,9%)		10 (43,5%)	13 (56,5%)		10 (43,5%)	13 (56,5%)	
Cirugía + Radioterapia	17 (47,2%)	19 (52,8%)		10 (27,8%)	26 (72,2%)		21 (58,3%)	15 (41,7%)		18 (50%)	18 (50%)	
Qx+TH /QT+RT /Qx + QT + RT	2 (18,2%)	9 (81,8%)		1 (9,1%)	10 (90,9%)		4 (36,4%)	7 (63,6%)		2 (18,2%)	9 (81,8%)	
Servicio												
Oncología	30 (37,5%)	50 (62,5%)	0,532	13 (16,3%)	67 (83,8%)	0,020	32 (40%)	48 (60%)	0,044	28 (35%)	52 (65%)	0,041
Oncología + MC	6 (30%)	14 (70%)		8 (40%)	12 (60%)		13 (65%)	7 (35%)		12 (60%)	8 (40%)	

Qx: Cirugía. QT: quimioterapia. RT: radioterapia. TH: terapia hormonal. MC: Medicina complementaria
 * Prueba Chi cuadrado de independencia † Prueba exacta de Fisher

tacaron que algunos tipos de MAC están fundamentados en antiguas formas de medicina oriental, respaldadas por siglos de experiencia documentada. No obstante, la falta de evidencia clínica robusta limita conclusiones definitivas acerca de la efectividad o seguridad de la mayoría de las estrategias de MAC en el CM ^[24]. Es crucial ponderar estos factores al integrar MAC en estrategias de tratamiento, asegurando que las decisiones clínicas estén fundamentadas en información precisa y evaluaciones consideradas del riesgo y beneficio.

Al explorar la CV de las pacientes con CM, analizando cada una de sus dimensiones y su relación con las características sociodemográficas, se determinó que aquellas que recibieron atención en MC reflejaron una alta CV en las dimensiones de Función Social, Vitalidad, Salud Mental y Salud General, mostrando una asociación estadísticamente significativa. Este hallazgo concuerda con el estudio de Carlsson M *et al.*, en el que se concluyó que las mujeres que optaron por atención antroposófica experimentaron una mejora en su CV percibida y satisfacción con la

Tabla 5. Análisis ajustado por covariables del servicio de atención y las dimensiones de función física y rol emocional en las pacientes con cáncer de mama del HNERM

	Función física (baja)		Rol emocional (baja)	
	RPa (IC95%)	Valor de p	RPa (IC95%)	Valor de p
Servicio				
Oncología	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oncología + MC	0.56 (0.3-1.07)	0.079	0.46 (0.21-1.02)	0.055
Edad				
30 a 59 años	Ref.	Ref.	-	-
60 o más años	1.48 (0.98-2.22)	0.059	-	-
Tiempo de diagnóstico				
< 1 año	-	-	Ref.	Ref.
1 a 3 años	-	-	0.5 (0.31-0.8)	0.004
4 años o más	-	-	0.8 (0.54-1.2)	0.284

MC: Medicina complementaria

vida^[25]. De manera similar, Witt CM *et al.* descubrieron que una intervención adicional de MC individualizada y compleja mejoró la CV de pacientes oncológicas de mama, comparado con la atención sin MC^[26]. Imran M *et al.* (2019) evaluaron la CV en una cohorte de pacientes oncológicas de mama que recibieron un programa de MC, concluyendo que estos individuos presentaron una mejora significativa en la CV, escalas funcionales y de síntomas^[27]. Por otro lado, Fasching PA *et al.* resaltaron que los usuarios de medicinas alternativas y complementarias (MAC) reportaron menos frecuentemente un deterioro general de su estado de salud (35.1%) en comparación con los no usuarios (50.1%), y experimentaron mejoras en las condiciones familiares^[28] there is growing interest in the use of complementary and alternative medicine (CAM). Sin embargo, estos resultados contrastan con los de Kang E *et al.* y Chui PL *et al.*, quienes no encontraron diferencias significativas en la CV entre usuarios y no usuarios de MAC^[22,29]. La discrepancia entre estos hallazgos subraya la necesidad de continuar investigando de manera profunda y metódica para dilucidar el impacto real de la MAC en la CV de pacientes con CM, y para desarrollar estrategias de atención médica que sean genuinamente beneficiosas y holísticas para los pacientes.

Sin embargo, las pacientes que recibieron atención en MC tuvieron una mayor proporción de CV media/baja en la dimensión de Función Física en comparación a quienes no fueron atendidos en el servicio de MC; sin embargo, después del análisis multivariado, no se encontró asociación significativa. Así también, una edad avanzada se asoció con una CV media/baja en Función Física, lo que probablemente se deba a que la función física, un componente crucial de la CV, disminuye inevitablemente con la edad. La edad avanzada de las pacientes atendidas en el servicio de MC podría explicar su asociación con una CV media/baja en esta dimensión. Además, un tiempo de diagnóstico menor a un año se vinculó con una CV me-

dia/baja en Rol Emocional. Aunque las pacientes atendidas en el servicio de MC presentaron una CV alta en Rol Funcional y media/baja en Dolor Corporal, no se detectó una asociación estadísticamente significativa en estos casos.

Tran TH *et al.* (2019) hallaron que las pacientes con CM con mejor situación económica presentaron una CV alta en vitalidad ($p < 0,05$). Las pacientes casadas y cohabitantes experimentaron una mejor CV en salud general ($p < 0,05$). Aquellas que recibieron tratamiento por menos de 6 meses mostraron mejores puntuaciones en funcionamiento físico ($p < 0,05$) que aquellas con tratamientos superiores a 6 meses. Las pacientes respaldadas por familiares mostraron CV alta en dimensiones como dolor corporal, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. Por otro lado, las pacientes estresadas registraron puntuaciones significativamente más bajas en casi todos los dominios, a excepción del funcionamiento físico, y los participantes que generalmente se acostaban tarde informaron puntuaciones más bajas en todos los componentes, excepto en función y rol físicos^[30]. Este conjunto de hallazgos destaca la importancia de considerar múltiples factores, como el estado económico, el apoyo familiar y el estrés, en la evaluación y mejora de la CV de las pacientes con CM, y subraya la necesidad de investigaciones adicionales que permitan desarrollar estrategias de intervención más efectivas y personalizadas.

Varios estudios han evidenciado una relación positiva entre distintos tipos de MAC y una mejor CV en pacientes con CM. Yagli NV y Ulger O. descubrieron que las puntuaciones de CV eran significativamente mejores después de un programa de yoga y ejercicio en comparación con las obtenidas previamente ($p < 0,05$). Concluyeron que el yoga contribuye a reducir la depresión, el dolor, la fatiga, y facilita las actividades diarias de los pacientes, mejorando su CV^[31]. Por su parte, Lesi G y colaboradores examinaron el efecto de la acupuntura en el trata-

miento de los sofocos y la CV en mujeres con CM, identificando una mejora significativa en su CV^[32]. Quinlan-Woodward J y su equipo sugirieron que la acupuntura administrada después de una mastectomía puede atenuar la severidad de los síntomas y potenciar la capacidad del paciente para enfrentarlos^[33]. Rodríguez EC observó una correlación entre el apoyo social y la CV, sugiriendo que las redes de apoyo social, incluyendo familiares y amigos, potencian la percepción de una buena CV^[34]. Finalmente, Al-Ghabeesh SH halló evidencia preliminar que vincula el apoyo social y la atención plena con el bienestar psicológico y la CV en mujeres jordanas con CM^[35]. Estos hallazgos subrayan la relevancia de incorporar enfoques complementarios y el valor del apoyo social en el cuidado y recuperación de pacientes con CM, enriqueciendo su CV y bienestar general.

Este estudio posee varias limitaciones a considerar. La utilización de un muestreo no probabilístico por conveniencia puede haber introducido sesgos, afectando la generalizabilidad de los resultados. El diseño transversal impide inferir relaciones

de causalidad, permitiendo solo identificar asociaciones. La recopilación de datos mediante el Cuestionario de Salud SF-36, al depender de autoinformes, podría estar sujeta a sesgos de respuesta. Además, los resultados son específicos al contexto del HNERM en el año 2020 y no necesariamente extrapolables a otros contextos o periodos de tiempo. La omisión de variables relevantes, como las comorbilidades o el estadio del cáncer, también puede haber influido en los resultados. Por lo tanto, se deben interpretar los hallazgos con cautela y se sugiere la realización de investigaciones futuras más amplias y diversificadas para validar estos resultados.

Conclusión

Hubo una mejor calidad de vida en las pacientes que se atendieron en el servicio de MC en las dimensiones de función social, vitalidad, salud mental y salud general; pero no así con las dimensiones función física, rol físico, rol emocional y dolor corporal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Globocan 2012- Home [Internet]. [citado el 6 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>
2. CANCER DE MAMA- LIGA CONTRA EL CÁNCER [Internet]. [citado el 11 de octubre de 2017]. Disponible en: <http://www.ligacancer.org.pe/ma.html>
3. Tratamiento del cáncer de seno [Internet]. [citado el 11 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento.html>
4. Quimioterapia para el cáncer de seno [Internet]. [citado el 11 de octubre de 2017]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/tratamiento/quimioterapia-para-el-cancer-de-seno.html>
5. Mejía-Rojas ME, Contreras-Rengifo A, Hernández-Carrillo M. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a quimioterapia en Cali, Colombia. *biomedica*. 2020;40(2):349–61. doi:10.7705/biomedica.4971
6. Olivares-Taípe PC, Aguilar-Saenz J, Adrianzen-Tantachuco R, Revilla-López J, Zavaleta-Pesantes A, Martínez-Asmad G, et al. Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama que acuden al Departamento de Oncología. Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Callao – 2018. *Horiz-Med*. 2019;19(4):50–6. doi:10.24265/horizmed.2019.v19n4.07
7. Group WQ of LA. Que calidad de vida? Foro mundial de la salud 1996 ; 17(4) : 385-387 [Internet]. 1996 [citado el 8 de enero de 2020]; Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/55264>
8. Lis CG, Rodeghier M, Gupta D. Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Prefer Adherence*. 2009;3:287–304.
9. Horneber M, Bueschel G, Dennert G, Less D, Ritter E, Zwahlen M. How many cancer patients use complementary and alternative medicine: a systematic review and metaanalysis. *Integr Cancer Ther*. 2012;11(3):187–203. doi:10.1177/1534735411423920
10. Navo MA, Phan J, Vaughan C, Palmer JL, Michaud L, Jones KL, et al. An assessment of the utilization of complementary and alternative medication in women with gynecologic or breast malignancies. *J Clin Oncol*. 2004;22(4):671–7. doi:10.1200/JCO.2004.04.162
11. Richardson MA, Mâsse LC, Nanny K, Sanders C. Discrepant views of oncologists and cancer patients on complementary/alternative medicine. *Support Care Cancer*. 2004;12(11):797–804. doi:10.1007/s00520-004-0677-3
12. Cohen L RNC. Holland-Frei Cancer Medicine 8. PMPH-USA; 2010. 2052 p.
13. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005: Puntos clave: Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2002-2005: ¿Qué es la medicina tradicional? [Internet]. [citado el 22 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Js2299s/3.1.html#Js2299s>
14. Peña A, Paco O. Medicina alternativa: intento de análisis. *Anales de la Facultad de Medicina*. 2007;68(1):87–96.
15. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria*. 2005;19(2):135–50.
16. Dionigi F, Milani R, Garcia-Etienne CA, Praticò V, Riboni G, Della Valle A, et al. The institution of a Multi-disciplinary Italian Breast Unit: Reflections of the first psychosocial research study results on distress and quality of life. *Breast J*. 2019;25(4):678–81. doi:10.1111/tbj.13244
17. Amador AÁ, Zambrano JM, Padilla AM, Dunoyer AT, Qui-

- ñonez AP, Mulford AD. Adherencia, satisfacción al tratamiento y calidad de vida de pacientes con cáncer de mama en el Hospital Universitario del Caribe. (Cartagena, Colombia). *Pharmaceutical Care España*. 2016;18(6):251–64.
18. Sibhat SG, Fenta TG, Sander B, Gebretekle GB. Health-related quality of life and its predictors among patients with breast cancer at Tikur Anbessa Specialized Hospital, Addis Ababa, Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*. 2019;17(1):165. doi:10.1186/s12955-019-1239-1
 19. Cui Y, Shu X-O, Gao Y, Wen W, Ruan Z-X, Jin F, et al. Use of complementary and alternative medicine by chinese women with breast cancer. *Breast Cancer Res Treat*. 2004;85(3):263–70. doi:10.1023/B:BREA.0000025422.26148.8d
 20. Wyatt G, Sikorskii A, Wills CE, Su H. Complementary and alternative medicine use, spending, and quality of life in early stage breast cancer. *Nurs Res*. 2010;59(1):58–66. doi:10.1097/NNR.0b013e3181c3bd26
 21. Azhar Y, Achmad D, Lukman K, Hilmanto D, Aryandono T. Predictors of Complementary and Alternative Medicine Use by Breast Cancer Patients in Bandung, Indonesia. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2016;17(4):2115–8. doi:10.7314/apjcp.2016.17.4.2115
 22. Kang E, Yang EJ, Kim S-M, Chung IY, Han SA, Ku D-H, et al. Complementary and alternative medicine use and assessment of quality of life in Korean breast cancer patients: a descriptive study. *Support Care Cancer*. 2012;20(3):461–73. doi:10.1007/s00520-011-1094-z
 23. López MV, Cuba EY, Celis CA, Huamán DA, Angulo-Bazán Y, Pimentel SA. Caracterización de las actividades de medicina complementaria en pacientes de EsSalud-Perú. 2010-2014. *Revista Peruana de Medicina Integrativa* [Internet]. 2016 [citado el 11 de octubre de 2017];1(1). doi:10.26722/rpmi.2016.11.6
 24. pubmeddev, al TM et. Medicina complementaria y alternativa en cáncer de mama en estadio temprano. - PubMed - NCBI [Internet]. [citado el 9 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11254871>
 25. Carlsson M, Arman M, Backman M, Flatters U, Hatschek T, Hamrin E. Evaluation of quality of life/life satisfaction in women with breast cancer in complementary and conventional care. *Acta Oncol*. 2004;43(1):27–34. doi:10.1080/02841860310020339
 26. Witt CM, Außerer O, Baier S, Heidegger H, Icke K, Mayr O, et al. Effectiveness of an additional individualized multi-component complementary medicine treatment on health-related quality of life in breast cancer patients: a pragmatic randomized trial. *Breast Cancer Res Treat*. 2015;149(2):449–60. doi:10.1007/s10549-014-3249-3
 27. Imran M, Al-Wassia R, Alkhayat SS, Baig M, Al-Saati BA. Assessment of quality of life (QoL) in breast cancer patients by using EORTC QLQ-C30 and BR-23 questionnaires: A tertiary care center survey in the western region of Saudi Arabia. *PLoS ONE*. 2019;14(7):e0219093. doi:10.1371/journal.pone.0219093
 28. Fasching PA, Thiel F, Nicolaisen-Murmann K, Rauh C, Engel J, Lux MP, et al. Association of complementary methods with quality of life and life satisfaction in patients with gynecologic and breast malignancies. *Support Care Cancer*. 2007;15(11):1277–84. doi:10.1007/s00520-007-0231-1
 29. Chui PL, Abdullah KL, Wong LP, Taib NA. Quality of Life in CAM and Non-CAM Users among Breast Cancer Patients during Chemotherapy in Malaysia. *PLoS ONE*. 2015;10(10):e0139952. doi:10.1371/journal.pone.0139952
 30. Tran TH, Trinh NL, Hoang Y, Nguyen TL, Vu TT. Health-Related Quality of Life Among Vietnamese Breast Cancer Women. *Cancer Control*. 2019;26(1):1073274819862787. doi:10.1177/1073274819862787
 31. Yagli NV, Ulger O. The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients. *Complement Ther Clin Pract*. 2015;21(1):7–10. doi:10.1016/j.ctcp.2015.01.002
 32. Lesi G, Razzini G, Musti MA, Stivanello E, Petrucci C, Benedetti B, et al. Acupuncture As an Integrative Approach for the Treatment of Hot Flashes in Women With Breast Cancer: A Prospective Multicenter Randomized Controlled Trial (AcCliMaT). *J Clin Oncol*. 2016;34(15):1795–802. doi:10.1200/JCO.2015.63.2893
 33. Quinlan-Woodward J, Gode A, Dusek JA, Reinstein AS, Johnson JR, Sendelbach S. Assessing the Impact of Acupuncture on Pain, Nausea, Anxiety, and Coping in Women Undergoing a Mastectomy. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(6):725–32. doi:10.1188/16.ONF.725-732
 34. Rodríguez EC, Carmona FAM, Morales NX, Torres A, Villegas M del S, Quítl IT, et al. Relación del apoyo social y la calidad de vida en personas con cáncer. *European Journal of Health Research: (EJHR)*. 2015;1(2):51–61.
 35. Al-Ghabeesh SH, Al-Kalaldah M, Rayan A, Al-Rifai A, Al-Halalqa F. Psychological distress and quality of life among Jordanian women diagnosed with breast cancer: The role of trait mindfulness. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2019;28(5):e13082. doi:10.1111/ecc.13082