

ARTÍCULO ORIGINAL

¿Cuánto beneficio de supervivencia es necesario para que los pacientes con cáncer de mama opten por la quimioterapia adyuvante? Resultados de un estudio chileno realizado en pacientes con cáncer de mama.

Francisco Acevedo¹, Cesar Sanchez¹, Jaime Jans², Solange Rivera³, Mauricio Camus², Pelayo Besa⁴

¹ Departamento de Hematología-Oncología. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

² Departamento de Cirugía. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

³ Departamento de Medicina Familiar y Comunitaria. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

⁴ Unidad de Radioterapia. Clínica Las Condes, Santiago, Chile.

Sr. Francisco Acevedo

Departamento de Hematología-Oncología. Escuela de Medicina Pontificia Universidad Católica de Chile

Centro de Cáncer, Diagonal Paraguay 319, Santiago 8330032, Chile

Teléfono : (056)-(2)-23546919

Fax : (056)-(2)-22472327

E-mail : fnacevedo@gmail.com

Abstract

Antecedentes: El cáncer de mama es la primera causa de muerte entre las mujeres chilenas. La quimioterapia adyuvante disminuye la recurrencia y la muerte por cáncer de mama. La recomendación de indicar quimioterapia es compleja. Adjuvant! online es una valiosa herramienta informática para predecir el beneficio de supervivencia obtenido con terapia sistémica adyuvante. Estudios anteriores en pacientes caucásicos con cáncer de mama señalaron que están dispuestos a recibir quimioterapia por un beneficio reducido. Hasta donde sabemos, no hay estudios realizados en hispanos o latinos. Métodos: Se entrevistó a mujeres con cáncer de mama que anteriormente habían recibido quimioterapia adyuvante. Se registró la siguiente información: edad, etapa al momento de presentación, tiempo transcurrido desde la última quimioterapia, tipo de quimioterapia, estado civil, número de hijos y nivel de educación. Se utilizó la representación gráfica entregada por Adjuvant! Online para preguntar a cada paciente cuánto beneficio de supervivencia requerían para aceptar la quimioterapia. Resultados: Se entrevistaron 101 mujeres. La edad promedio fue de 55,9 años ($\pm 10,2$), 54,5% tenía afectados los ganglios linfáticos, 59,4% estaban casadas y 15,8% no tenía paridad. 62,3% de las mujeres aceptaron la quimioterapia ante un beneficio de supervivencia absoluto de 1% o menos. En un análisis multivariado, las pacientes más jóvenes ($p = 0.02$) y con menor educación ($p = 0.018$) se asociaron a un beneficio de supervivencia más bajo para optar a la quimioterapia. Conclusiones: En el estudio, la aceptación de la quimioterapia por parte de la población hispánica requiere un beneficio de supervivencia mínimo y está en concordancia con la población caucásica informada en otros estudios. Hasta donde sabemos, este informe es el primer estudio que evalúa la percepción de las pacientes latinas respecto a los beneficios de la quimioterapia en el cáncer de mama temprano.

Palabras clave: cáncer de mama, quimioterapia adyuvante.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama (CM) es la primera causa de muerte entre las mujeres chilenas (www.deis.cl). La quimioterapia adyuvante ha demostrado un aumento en la supervivencia, causando también efectos adversos que pueden perjudicar la calidad de vida (CdV) o producir morbilidad y mortalidad [1]. En estas circunstancias, la recomendación de utilizar terapia citotóxica es compleja y depende de la evaluación de los beneficios del tratamiento, el riesgo de recaída y muerte, el estado de salud del paciente y los efectos secundarios potenciales debido al tratamiento.

La mayoría de los factores de pronóstico que permiten predecir una recaída de CM se basan en la evaluación de las características patológicas del tumor. Los determinantes clásicos para definir la prognosis son el tamaño del tumor, compromiso de los nódulos linfáticos axilares, grado histológico, presencia o ausencia de expresión de receptores hormonales y receptor del factor de crecimiento epidérmico tipo 2 (Her-2). Recientemente, se han descrito subgrupos de CM basados en subtipos moleculares intrínsecos con implicaciones terapéuticas y de pronóstico [2]. Sin embargo, la implementación de estos perfiles genéticos en la práctica clínica tiene limitaciones técnicas y económicas, especialmente en nuestro país. Por lo tanto, en la toma de decisiones aún se usan los elementos patológicos clásicos. No obstante, la evaluación subjetiva de estos factores no permite una evaluación cuantitativa del beneficio.

Con el fin de predecir un pronóstico más preciso de los pacientes con CM y estimar cuantitativamente el beneficio de la terapia sistémica adyuvante, se han utilizado varias combinaciones de estos factores clínicos y/o patológicos para desarrollar distintos índices.

Ravdin et al [3] desarrolló una aplicación (Adjuvant! Online [www.adjuvantonline.com]) que puede estimar la probabilidad de recaída y mortalidad a 10 años en pacientes individuales. Esta herramienta se ha validado en la población caucásica y además, se ha utilizado en latinoamericanos o hispanos en los Estados Unidos [4].

La estimación se calcula considerando la edad del paciente al momento del diagnóstico, comorbilidades, presencia del receptor de estrógeno (RE), tamaño del tumor, grado histológico y compromiso ganglionar. Además de anticipar el pronóstico, el programa permite la estimación del beneficio de distintas opciones terapéuticas en un formato fácil de entender, adaptada a la toma de decisiones compartida con el paciente. Hasta donde sabemos, no existen datos en nuestro país o para la población latina, que describan la forma en que los pacientes evalúan o analizan la decisión de recibir quimioterapia o la magnitud del beneficio requerido para aceptarla cuando se les pregunta en su propio lenguaje y país.

El objetivo de este estudio es determinar el beneficio de supervivencia absoluto que nuestros pacientes consideran adecuado para recibir la quimioterapia, además de la relación con potenciales variables demográficas y clínicas asociadas con esta decisión. Se decidió utilizar los modelos gráficos de Adjuvant! Online para una mejor comprensión y para usar un método objetivo y cuantitativo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este es un estudio clínico prospectivo de 1 cohorte. Se entrevistaron pacientes de sexo femenino del Centro de Cáncer de la Pontificia Universidad Católica de Chile, las cuales habían recibido quimioterapia por CM temprano y cumplido al menos 3 meses de quimioterapia antes de la entrevista. Se excluyeron pacientes con CM metastásico al momento de la entrevista o que no habían recibido quimioterapia. La entrevista de los pacientes se desarrolló entre enero de 2004 y abril de 2012. El protocolo recibió la aprobación del comité de ética local y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

ENTREVISTA:

A partir de los registros médicos se obtuvieron detalles de la historia clínica, características del CM y el tratamiento recibido. En la entrevista se actualizaron los datos demográficos relevantes (edad, fecha de diagnóstico, estado civil, número de hijos y nivel de educación). Luego se realizó una única pregunta sobre la decisión de tratamiento con varias alternativas:

"Si le pidieran evaluar la necesidad de recibir tratamiento de quimioterapia por CM, conociendo su experiencia anterior, ¿qué beneficio de supervivencia hace que la quimioterapia valga la pena?"

Con el objetivo de garantizar que el paciente entendía el concepto de beneficio de supervivencia, se le mostraron gráficos obtenidos de Adjuvant! Online donde se señalaban varios escenarios hipotéticos. Estos

casos tienen riesgos distintos y por lo tanto beneficios de diferentes magnitudes en la supervivencia general. Las opciones fueron discretas e incrementales desde 1 a 20%.

La encuesta la realizó cualquiera de los dos investigadores principales (CS y FA), utilizando un formulario estandarizado y en el contexto de visita espontánea de paciente ambulatorio. La duración de la entrevista osciló entre 15 a 20 minutos.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se analizaron los datos para evaluar la relación entre factores demográficos, edad al momento del diagnóstico, tipo de terapia recibida, número de hijos y nivel de educación, además de las estimaciones cuantitativas de los beneficios del tratamiento elegido. Las preferencias se presentan de forma descriptiva utilizando figuras y tablas de frecuencia.

Las asociaciones entre las características y preferencias de los pacientes se evaluaron con la prueba χ^2 . Debido al bajo número de pacientes reclutadas y a fin de simplificar los análisis, se decidió dicotomizar algunas variables (por ejemplo, casadas y de hecho: con pareja; solteras, separadas y divorciadas; sin pareja). Se utilizó regresión logística para explorar las asociaciones entre variables dicotomizadas y variables independientes. Para las variables independientes se realizó una comparación entre las edades medianas con relación a las preferencias utilizando t-score.

Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa IBM® SPSS® versión 21.

RESULTADOS

Entrevistamos a 101 pacientes, todos los cuales accedieron a participar en el estudio, firmando un formulario de consentimiento. La Tabla 1 muestra las características principales de los participantes. La edad promedio fue de 55,9 (± 10.2) (mediana: 57 años; rango 29-76), más de la mitad tenía implicados los ganglios linfáticos al momento del diagnóstico; 20% de los pacientes se encontraban en la etapa I y 41% recibía una combinación de antraciclinas y taxanos como tratamiento sistémico.

La mediana del tiempo transcurrido desde la última quimioterapia hasta la fecha de la entrevista fue de 19 meses (rango 3-175). Respecto al nivel de educación, el 40% contaba con grados académicos avanzados, la mayoría estaba casada o conviviendo y 17 pacientes informaron no tener hijos.

Respecto a las preferencias de los pacientes, el 63% de los encuestados decidieron que la quimioterapia valía la pena ante un beneficio estimado de 1% o menos (figura 1). A su vez, el 20% de los pacientes consideraron que para optar a quimioterapia se necesitaba un beneficio superior al 10%.

Los pacientes cuya respuesta fue de 1% o menos eran cuatro años más jóvenes que aquellos que requerían beneficios mayores, aunque esta diferencia no alcanzó a tener importancia estadística (54,5 [\pm 10,5] vs 58,1 [\pm 9,4] años, $p=0,08$). En el análisis univariante, sólo el estado ganglionar ($p = 0,022$) y el tiempo transcurrido desde el término de la quimioterapia hasta el momento de la entrevista ($p = 0,049$) fueron asociados significativamente con las preferencias de los pacientes. También se encontró una tendencia no significativa en la edad y el nivel de educación (Tabla 2).

En el análisis multivariante el hecho de ser más joven ($p=0,02$; $OR\ 0,9\ [0,86-0,98]$) y no tener educación universitaria ($p=0,018$; $OR\ 5,2\ [1,3-20,7]$) se asociaron significativamente con el requerimiento de un beneficio de 1% o menos para considerar útil la quimioterapia.

DISCUSIÓN

Hasta donde sabemos, este informe es el primer estudio que evalúa la percepción de pacientes latinas respecto a los beneficios de la quimioterapia en CM temprano en su propio idioma. Resulta interesante señalar que la mayoría de los pacientes, como se ha descrito anteriormente en la población caucásica, necesitan un reducido beneficio de supervivencia para aceptar el tratamiento con quimioterapia, a pesar de los importantes efectos secundarios e inconvenientes derivados del tratamiento.

Se encontró que la presencia de metástasis ganglionar en el historial clínico del paciente ($p=0,022$) y el intervalo de tiempo entre el fin de la quimioterapia y la encuesta ($p=0,049$) se asocia con pacientes que aceptan la quimioterapia con un beneficio de supervivencia menor. Con relación a los primeros, se han informado los mismos resultados en otros lugares [2]. Nuestra interpretación es que los pacientes que se perciben a sí mismos en alto riesgo de enfermedad sistémica son más propensos a aceptar la

quimioterapia [6]. Respecto al intervalo de tiempo desde la quimioterapia, el grupo que la había terminado recientemente aceptó un beneficio de supervivencia menor que el grupo entrevistado un año después de completar el tratamiento. Nuestra propuesta es que los pacientes que recién han terminado el tratamiento son más susceptibles a una condición conocida como disonancia cognitiva (ver más abajo) por lo que requerirían un beneficio menor para optar a la quimioterapia. Sin embargo, ninguno de estos hallazgos fue capaz de predecir la respuesta en el análisis multivariante.

En análisis multivariante, la edad ($p=0,02$) y el nivel de educación ($p=0,018$) fueron los únicos factores independientes asociados con el grado de beneficio de supervivencia. Los pocos factores predictivos de importancia estadística encontrados en nuestro estudio pueden deberse a la pequeña muestra de pacientes y a la baja prevalencia de las características examinadas.

Otros estudios han señalado que las preferencias de tratamiento también pueden verse afectadas por otras variables demográficas como vivir con otras personas, ser padre o tener niños a cargo [7]. Existe un elevando consenso entre los pacientes y sus parejas respecto al beneficio que se considera útil, lo que se parece intensificar en un escenario de peor pronóstico. [8]. Resulta interesante señalar que en el mismo estudio, el hecho de tener hijos fue asociado a padres que requirieron un mayor beneficio [8].

Aunque la mayoría de las pacientes con CM prefieren tomar decisiones junto a su médico [9], muchos de estos son reacios a darles a los pacientes información detallada de su tratamiento y pronóstico [5,10]. Si bien los pacientes con cáncer se han evaluado de forma multidisciplinaria, la evaluación descoordinada de varios médicos puede influenciar en la entrega de la información y complicar el proceso de comunicación [11-12].

Además, los pacientes con cáncer tienden a sobrestimar el beneficio que obtendrán con el tratamiento y considerar que beneficios menores valen más la pena que los profesionales médicos y de enfermería [5,13].

A nivel mundial, existe un interés creciente en incluir al paciente en la toma de decisiones. Aún cuando existen pacientes que no desean tomar la decisión final, la mayoría quiere que los médicos entiendan sus preferencias [14]. Un modelo de decisiones compartidas busca promover la colaboración entre pacientes y médicos, a fin de llegar a un acuerdo sobre las múltiples opciones de tratamiento apropiado para su enfermedad. Para que el modelo de decisiones compartidas sea posible, los médicos deberían explicar las opciones de tratamiento en un lenguaje accesible para el paciente, destacando las opciones y discutiendo las ventajas y desventajas de esas alternativas.

Las estimaciones de riesgo basadas en indicadores numéricos son complejas y difíciles de interpretar aún para los médicos [15]. Representamos el beneficio en términos absolutos y aunque valores absolutos como el "número necesario para tratar" se ha sugerido como el mejor planteamiento para una interpretación más fácil por parte del paciente [16], otros estudios sugieren lo contrario [17]. No es fácil tener la certeza de que los pacientes entienden este concepto. La modificación de este valor, considerando también la probabilidad de ser dañado por el tratamiento, ha hecho que algunos autores propongan el uso del método LHH (probabilidades de beneficio o perjuicio), como un método mejor aceptado [18].

Para facilitar el entendimiento, se ha informado que el uso de ayudas visuales o gráficos mejora la comunicación con los pacientes que tienen cáncer [11,19-20]. El propósito de estas herramientas es traducir en formatos más amigables los resultados entregados por los análisis de decisión o pronósticos a partir de estudios empíricos. Peele et al señalaron en un ensayo aleatorio que en pacientes cuyos beneficios eran reducidos, el uso de una Ayuda para la Decisión ayudó a las mujeres a decidir si recibían o no quimioterapia [20].

Pero aún con el uso de ayuda visual ¿entienden realmente el concepto de beneficio? ¿Aceptarían la quimioterapia al no existir beneficio? Jansen et al informaron que el 40% de los pacientes aceptarían el tratamiento a cambio de ningún beneficio [21] y el 36% de nuestros pacientes considerarían la quimioterapia a cambio de un beneficio menor al 1%. La quimioterapia puede proporcionar a los

pacientes con CM vulnerables un sentimiento de que están haciendo algo para enfrentar su enfermedad [22] de modo que la decisión final podría en realidad representar un mecanismo de protección.

Para este sistema de trabajo el tiempo es fundamental. El tiempo que invertimos en explicarle al paciente los beneficios de usar gráficos Adjuvant! fue de 15 a 20 minutos en promedio. El pobre reembolso por el tiempo invertido en largas discusiones sobre las ventajas y desventajas puede ser poco atractivo para algunos oncólogos. Guy et al encontró que la cantidad de tiempo que los médicos pasan con sus pacientes puede variar según características distintas [23]. No está claro si esto podría afectar o no la entrega de la información.

La principal fortaleza de nuestro informe es que fuimos capaces de estimar qué magnitud de beneficio requieren las pacientes latinas para considerar que vale la pena someterse a quimioterapia cuando se les pregunta en su propio lenguaje y país. La raza/etnia y la cultura influyen la percepción y comunicación con los médicos [24]. En los Estados Unidos existe evidencia que sugiere que las pacientes de raza negra con CM tienen pronósticos y tasas de supervivencia más desalentadoras que las pacientes blancas [25]. Esta disparidad se ha identificado también, en menor grado, en los pacientes hispanicos [26]. Parte de esta diferencia se podría explicar por factores biológicos [27-28], pero existen datos que muestran que las pacientes latinas están menos propensas a informar que se sometieron a una mamografía o que participaron en decisiones relacionadas con el cuidado de la salud, con la mitad de las decisiones de tratamiento final determinadas por sus familiares [29-30]. La adhesión a las sugerencias médicas por parte de esta población depende de varios factores, incluida la preferencia a ser entrevistado en español y la participación del médico [31-32].

A pesar de los problemas de comunicación, las pacientes de origen hispano no mostraron evidencia de recibir un tratamiento deficiente en una muestra de población amplia y diversa diagnosticada con CM, independiente del nivel de aculturación. Por el contrario, los hispanos con menos nivel de educación

fueron más propensos a informar el haber recibido quimioterapia adyuvante que aquellos más educados o pacientes de raza negra. ¿Puede esto ser atribuido a una falta de interacción paciente-médico sobre las ventajas y desventajas del tratamiento debido a una barrera del idioma? Pacientes con bajo nivel de educación pueden ser más propensos a estar de acuerdo con un tratamiento que no entienden completamente. Si bien este punto no fue un objetivo de nuestro estudio, pensamos que esta limitación se puede superar con el uso de ayudas visuales.

Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Fue realizado sólo en pacientes que habían recibido quimioterapia con anterioridad. Se decidió de este modo porque estos pacientes conocen personalmente los efectos adversos del tratamiento.

Existe también evidencia que sugiere que los pacientes vulnerables que han experimentado situaciones que no son consistentes (disonancia) con sus pensamientos o creencias como la quimioterapia, pueden permanecer reacios a visualizar retrospectivamente otras opciones como válidas. Este fenómeno conocido como "reducción de la disonancia cognitiva" es una estrategia de afrontamiento que trata de llevar al sujeto a un nuevo equilibrio, minimizando el arrepentimiento por las decisiones pasadas [34-35]. Uno de los métodos para superar este sesgo es entrevistar al mismo paciente antes y después del tratamiento. En un breve informe de Jansen et al [21], los pacientes que no recibieron quimioterapia aceptarían beneficios mayores que aquellos que recibieron el tratamiento ($p < 0,01$).

Una limitación importante es que no coleccionamos datos relativos a la calidad de vida o si los pacientes fueron capaces de completar el tratamiento o no. Esto es importante para la interpretación de los datos ya que es probable que los pacientes que toleraron la quimioterapia sin efectos secundarios y completaron el tratamiento programado, acepten la quimioterapia por un beneficio más reducido. Esto queda de manifiesto por el hecho de que el estudio se realizó en pacientes que se presentaron en el centro de forma espontánea. Estos son, probablemente, los pacientes que tienen controles médicos habituales y que, a menudo, tienen una mejor experiencia con la quimioterapia.

Las implicancias clínicas de este estudio son cruciales para nuestra práctica diaria. ¿Cuánto beneficio necesitamos o "qué tan bajo" podemos ir cuando le ofrecemos a los pacientes la quimioterapia? ¿Cómo integramos estas dos apreciaciones distintas de lo que es bueno para los pacientes? Los médicos deberían explicar las ventajas y desventajas de la quimioterapia adyuvante y permitir que los puntos de vista, valores y prioridades de los pacientes influyan en las discusiones y decisiones sobre este tratamiento.

CONCLUSIÓN

La mayoría de los pacientes en un cohorte latino que han experimentado la quimioterapia para el CM, aceptaron el tratamiento por un reducido beneficio de supervivencia. Los resultados se comparan a los de otras publicaciones disponibles. Ponemos énfasis en la necesidad de que exista una discusión activa con los pacientes que tienen CM sobre las ventajas y desventajas de la quimioterapia considerando el tratamiento adyuvante. Es esencial que se tomen en cuenta sus creencias y opiniones personales.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés.

REFERENCIAS

- (1) Partridge AH, Burstein HJ, Winer EP (2001) Side effects of chemotherapy and combined chemohormonal therapy in women with early-stage breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 30:135-142.

- (2) Perou CM, Sørli T, Eisen MB, van de Rijn M, Jeffrey SS, Rees CA, Pollack JR, Ross DT, Johnsen H, Akslen LA, Fluge O, Pergamenschikov A, Williams C, Zhu SX, Lonning PE, Borresen-Dale AL, Brown PO, Botstein D (2000) Molecular portraits of human breast tumours. *Nature* 406:747-52.
- (3) Ravdin PM, Siminoff LA, Davis GJ, Mercer MB, Hewlett J, Gerson N, Parker HL (2001) Computer program to assist in making decisions about adjuvant therapy for women with early breast cancer. *J Clin Oncol* 19: 980–991.
- (4) Olivotto IA, Bajdik CD, Ravdin PM, Speers CH, Coldman AJ, Norris BD, Davis GJ, Chia SK, Gelmon KA (2005) Population-based validation of the prognostic model ADJUVANT! for early breast cancer. *J Clin Oncol* 23: 2716–2725.
- (5) Ravdin PM, Siminoff IA, Harvey JA. (1998) Survey of breast cancer patients concerning their knowledge and expectations of adjuvant therapy. *J Clin Oncol* 16:515-521.
- (6) Brundage MD, Feldman-Stewart D, Cosby R, Gregg R, Dixon P, Youssef Y, Mackillop WJ (2001) Cancer patients' attitudes toward treatment options for advanced non-small cell lung cancer: implications for patient education and decision support. *Patient Educ Couns* 45:149-157.
- (7) Yellen SB, Cella DF (1995) Someone to live for: social well-being, parenthood status, and decision-making in oncology. *J Clin Oncol* 13:1255-1264.
- (8) Duric VM, Butow PN, Sharpe L, Heritier S, Boyle F, Beith J, Wilcken NR, Coates AS, Simes RJ, Stockler MR (2008) Comparing patients' and their partners' preferences for adjuvant chemotherapy in early breast cancer. *Patient Educ Couns* 72:239-245
- (9) Hubbard G, Kidd L, Donaghy E (2008) Preferences for involvement in treatment decision making of patients with cancer: a review of the literature. *Eur J Oncol Nurs* 12:299-318
- (10) Oken D (1961) What to tell cancer patients. A study of medical attitudes. *JAMA* 175:1120-1128

- (11) Politi M, Studts J, Hayslip J (2012) Shared decision making in oncology practice: what do oncologist need to know? *Oncologist* 17:91-100
- (12) Bickell NA, McEvoy MD (2003) Physicians' reasons for failing to deliver effective breast cancer care: a framework for underuse. *Med Care* 41:442-446.
- (13) Slevin ML, Stubbs L, Plant HJ, Wilson P, Gregory WM, Armes PJ, Downer SM (1990) Attitudes to chemotherapy: comparing views of patients with cancer with those of doctors, nurses, and general public. *BMJ* 300:1458-1460
- (14) Say RE, Thomson R (2003) The importance of patient preferences in treatment decisions--challenges for doctors. *BMJ* 327:542-545.
- (15) Yamagishi K (1997) When 12.86% mortality is more dangerous than 24.14%: implications for risk communications. *Appl Cogn Psychol* 11:495-506
- (16) Rajkumar SV, Sampathkumar P, Gustafson AB (1996) Number needed to treat is a simple measure of treatment efficacy for clinicians. *J Gen Intern Med.* 11:357-9.
- (17) Sheridan SL, Pignone MP, Lewis CL (2003) A randomized comparison of patients' understanding of number needed to treat and other common risk reduction formats. *J Gen Intern Med* 18:884-892.
- (18) Straus SE (2002) Individualizing treatment decisions. The likelihood of being helped or harmed. *Eval Health Prof* 25:210-224.
- (19) Whelan T, Loprinzi C (2005) Physician/Patient decision aids for adjuvant therapy. *J Clin Oncol* 23:1627-1630
- (20) Peele PB, Siminoff LA, Xu Y, Ravdin PM (2005) Decreased use of adjuvant breast cancer therapy in a randomized controlled trial of a decision aid with individualized risk information. *Med Decis Making* 25:301-307.

- (21) Jansen SJ, Kievit J, Nooij MA, de Haes JC, Overpelt IM, van Slooten H, Maartense E, Stiggelbout AM (2001) Patients' preferences for adjuvant chemotherapy in early-stage breast cancer: is treatment worthwhile? *Br J Cancer* 84:1577-1585.
- (22) Levine MN, Guyatt GH, Gent M, De Pauw S, Goodyear MD, Hryniuk WM, Arnold A, Findlay B, Skillings JR, Bramwell VH (1988) Quality of life in stage II breast cancer: an instrument for clinical trials. *J Clin Oncol* 6:1798-1810.
- (23) Guy GP Jr, Richardson LC (2012) Visit duration for outpatient physician office visits among patients with cancer. *J Oncol Pract* 8:2s-8s
- (24) Jean-Pierre P, Fiscella K, Griggs J, Joseph JV, Morrow G, Carroll J, Hendren S, Purnell J, Figueroa-Moseley C, Kuebler P, Banerjee TK, Kirshner JJ (2010) Race/ethnicity-based concerns over understanding cancer diagnosis and treatment plan. *J Natl Med Assoc* 102:184-189.
- (25) Li CI, Malone KE, Daling JR (2003) Differences in breast cancer stage, treatment, and survival by race and ethnicity. *Arch Intern Med* 163:49-56.
- (26) Mejia de Grubb MC, Kilbourne B, Kihlberg C, Levine RS (2013) Demographic and geographic variations in breast cancer mortality among U.S. Hispanics. *J Health Care Poor Underserved* 24:140-152.
- (27) Elledge RM, Clark GM, Chamness GC, Osborne CK (1994) Tumor biologic factors and breast cancer prognosis among white, Hispanic, and black women in the United States. *J Natl Cancer Inst* 86:705-712.
- (28) Patel TA, Colon-Otero G, Bueno Hume C, Copland JA 3rd, Perez EA (2010) Breast cancer in Latinas: gene expression, differential response to treatments, and differential toxicities in Latinas compared with other population groups. *Oncologist* 15:466-475.
- (29) Rosales M, Gonzalez P (2013) Mammography screening among Mexican, Central-American, and South-American women. *J Immigr Minor Health* 15:225-233.

- (30) Maly RC, Umezawa Y, Ratliff CT, Leake B (2006) Racial/ethnic group differences in treatment decision-making and treatment received among older breast carcinoma patients. *Cancer* 106:957-965.
- (31) Mack KP, Pavao J, Tabnak F, Knutson K, Kimerling R (2009) Adherence to recent screening mammography among Latinas: findings from the California Women's Health Survey. *J Womens Health (Larchmt)* 18:347-354.
- (32) González P, Borrayo EA (2011) Role of Physician Involvement on Latinas' Mammography Screening Adherence. *Womens Health Issues* 21:165-170.
- (33) Griggs JJ, Hawley ST, Graff JJ, Hamilton AS, Jaqsi R, Janz NK, Mujahid MS, Friese CR, Salem B, Abrahamse PH, Katz SJ (2012) Factors associated with receipt of breast cancer adjuvant chemotherapy in a diverse population-based sample. *J Clin Oncol* 30:3058-3064.
- (34) Festinger L (1962) Cognitive dissonance. *Sci Am* 207:93-102

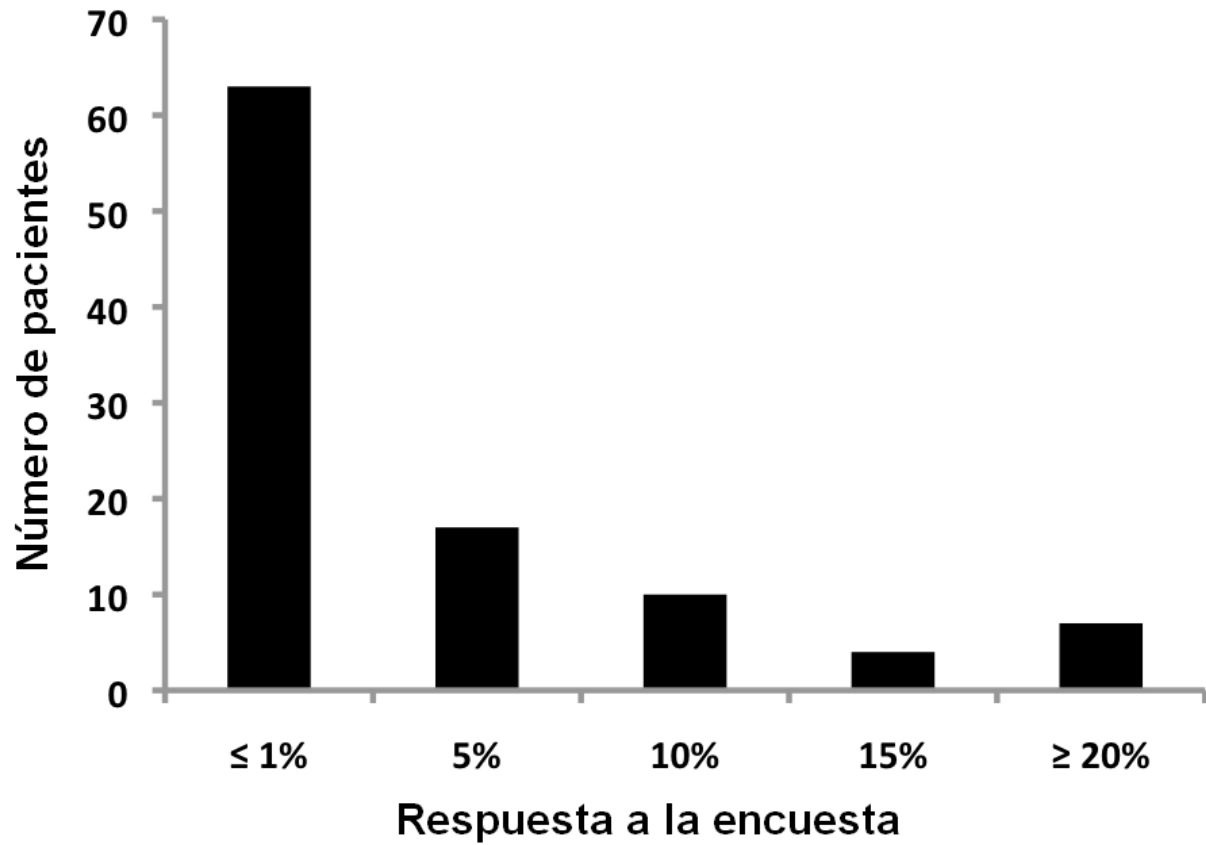


Fig. 1 - Respuesta a la encuesta sobre adyuvante. Nótese que más del 60% de los pacientes decidieron que la quimioterapia valía la pena a cambio de un beneficio de 1% o menos.

TABLA 1. Características demográficas de los pacientes

	CARACTERÍSTICAS	N=101	PORCENTAJE (%)
Etapa (TNM)	1	20	19,8
	2	48	47,5
	3	25	24,7
	Desconocida	8	7,9
Etapa nodular	Positivo	55	54,4
	Desconocida	8	7,9
Receptor hormonal	Positivo	77	76,2
	Negativo	23	22,8
	Desconocido	1	1,0
Edad al momento de la entrevista	< o = 50	28	26,7
	51 – 64	53	52,4
	> o = 65	20	20,9
Estado civil	Casada o de hecho	65	64,3
	Soltera	21	20,8
	Separada o divorciada	11	10,9
	Viuda	4	3,9
Hijos	Ninguno	85	15,8
	Con hijos	16	84,2
Nivel de educación más alto	Ninguno	2	1,9
	Enseñanza básica	17	16,8
	Enseñanza media	42	41,6
	Universidad	40	39,6
Tiempo transcurrido (meses) desde la última quimioterapia	3-12	33	32,6
	13-59	34	33,7
	≥ 60	34	33,7
Quimioterapia adyuvante	Antraciclinas (FAC – AC)	53	52,4
	Antraciclinas y taxanos (AC-T; FEC-D)	42	41,6
	Otros (taxanos, CMF, EP)	5	4,9
	Desconocida	1	1

TABLA 2. Respuesta basada en subgrupos

	CARACTERÍSTICAS	≤ 1% (%) N=63	> 5% (%) N=38	Significancia (p)
Edad	X	54,5 (±10,5)	58,1 (±9,4)	0,088
Etapa (TNM)	1	13/57 (22,8%)	7/36 (19,4%)	0,12
	2	25/57 (38,6%)	23/36 (63,9%)	
	3	19/57 (33,3%)	6/36 (16,7%)	
Etapa nodular	Negativo	18/57 (31,6%)	20/36 (55,6%)	0,022 *
	Positivo	39/57 (68,4%)	16/36 (44,4%)	
Receptor hormonal	Positivo	45/62 (72,6%)	32/38 (84,2%)	0,22
	Negativo	17/62 (27,4%)	6/38 (15,8%)	
Estado civil	Con pareja	40/63 (63,5%)	25/38 (65,8%)	0,8
	Sin pareja	23/63 (36,5%)	13/38 (34,2%)	
Hijos	Ninguno	9/63 (14,3%)	7/38 (18,4%)	0,5
	Con hijos	54/63 (85,7%)	31/38 (81,6%)	
Nivel de educación más alto	Ninguno	42/63 (66,7%)	19/38 (50,0%)	0,09
	Universidad	21/63 (33,3%)	19/38 (50,0%)	
Tiempo transcurrido (meses) desde la última quimioterapia	3-12	25/63 (52,8%)	8/38 (21,1%)	0,049*
	13-59	16/63 (25,4%)	18/38 (47,4%)	
	≥ 60	22/63 (34,5%)	12/38 (31,6%)	
Quimioterapia adyuvante	Antriciclinas Y taxanos	29/59 (49,1%)	13/38 (34,2%)	0,14
	Antriciclinas O taxanos	30/59 (50,9%)	25/38 (65,8%)	

* Diferencia estadísticamente significativa (p < 0,05).