

Componentes ético-clínicos presentes en la indicación de tratamiento en mujeres con cáncer de mama según edad de diagnóstico

Jamile Camacho Neira¹, Carolina Barriga Schneeberger¹, Daniela Ruiz Rozas¹, Lorna Luco Canales², Pia Pincheira Toran¹, Fernando Cadiz Val¹, Eugenio Roman Lucero¹

¹Clínica Alemana de Santiago, Santiago, Chile.
²Centro de Bioética Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Recibido el 2022-09-04 y aceptado para publicación el 2022-10-24

Correspondencia a:
Dra. Jamile Camacho N.
jcamacho@alemana.cl

Clinical Ethical components existing in the indication of treatment in women with breast cancer according to age at diagnosis

Objective: To evaluate if there are differences on the diagnostic approach and breast cancer treatment based on women age. We analyze ethical aspects like justice, beneficence and autonomy in regards of decision making. **Material and Method:** Descriptive and quantitative study that correspond and analysis of the Data Base of the Breast Cancer Center in Clínica Alemana de Santiago, in which we gather the information of women 70 years or more in relation to consultation motive, illness stage and treatments received, compare with the obtain in the group of women under 70 years. **Results:** There are no differences in the opportunity to reach consultation, access to diagnosis neither the type of surgery. There are significant differences in considering adjuvant treatment like chemotherapy, radiotherapy and hormonal therapy. The group of women with 70 years or older, receive less treatments than the younger group. There is no information that explains this differences. **Discussion:** In current days, women of the third and fourth age are in good general conditions and their life expectancy is over 75 years old. It is important to treat their diseases without limiting access to them only because of their age, avoiding this type of discrimination. **Conclusion:** it is proposed to incorporate a geriatric evaluation to improve quality of clinical attention in this age group, aiming to preserve justice, beneficence and autonomy principles in older patients.

Keywords: breast cancer; ageism; ethical oncology; breast cancer treatment in the elderly.

Resumen

Objetivo: Evaluar si existen diferencias basadas en la edad en la aproximación diagnóstica y de tratamiento del cáncer de mama. Se analizan aspectos éticos, como justicia, beneficencia y autonomía, en relación a la toma de decisiones. **Material y Método:** Estudio descriptivo cuantitativo y corresponde a un análisis retrospectivo de la base de datos del Centro de la Mama de Clínica Alemana de Santiago, en la que se analiza información de las mujeres de 70 años o más en relación a motivo consulta, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico y tratamientos recibidos y se la compara con la obtenida del grupo de mujeres menores de 70 años. **Resultados:** No hay diferencia en la oportunidad de la consulta, en el acceso al diagnóstico ni en el tipo de cirugía entre los dos grupos. Existen diferencias significativas en relación a la indicación de tratamientos adyuvantes como quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. El grupo de mujeres mayores de 70 años reciben menos terapias que las mujeres de menor edad. No existe información respecto a los motivos que expliquen esta diferencia. **Discusión:** Actualmente, mujeres mayores se encuentran en buenas condiciones generales, con una expectativa de vida mayor a 75 años. Es importante tratar sus enfermedades sin limitar *a priori* el acceso a protocolos de tratamiento, evitando la discriminación por edad. **Conclusión:** Se propone incorporar una evaluación geriátrica protocolizada con el objetivo de mejorar la atención de este grupo etario, preservando de esta manera los principios de justicia, beneficencia y autonomía en pacientes mayores.

Palabras clave: cáncer de mama; ageísmo; oncología ética; tratamiento cáncer de mama en mujeres mayores.

Introducción

El 47% de los cánceres de mama se diagnostica en mayores de 70 años y dos tercios de las muertes por esta causa ocurre en esta población. Una mujer de 70 años sana tiene una expectativa de vida de 15,5 años y una de 85 años de 7 años^{1,2}.

El Centro de la Mama de Clínica Alemana de Santiago (CAS) es una unidad que forma parte del Departamento de Oncología y que tiene por finalidad dar una atención integral a la paciente con diagnóstico de cáncer de mama.

Este estudio entregará información acerca de lo realizado en un periodo de tiempo en nuestro centro, en relación al diagnóstico y tratamiento de pacientes con cáncer de mama en distintos grupos etarios, comparando aquellas menores de 70 años con las mayores de esta edad, siendo el objetivo principal ver si existe igualdad en el acceso al diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Se analizarán los componentes ético clínicos que se vinculan con los principios de justicia distributiva en cuanto a equidad en el acceso a tratamiento; con la beneficencia en cuanto a proponer el mejor tratamiento disponible para cada paciente independiente de la edad del diagnóstico y a la autonomía que cautela el derecho de cada persona a la autodeterminación, en este contexto relacionada con la decisión de consentir a los tratamientos que se le ofrecen.

Marco Teórico

Según el Censo 2017, la población en Chile está envejeciendo, los mayores de 65 años corresponden al 11,4 % de la población, con un aumento importante desde el año 1992, en que este porcentaje correspondía solo a un 6,6 %³.

Según el Instituto Nacional de Estadística de Chile, la esperanza de vida al nacer se ha triplicado en los últimos 100 años, siendo para el período 2015-2020 de 82,1 años en la mujer y 77,3 años en el hombre.

En el registro de cáncer en Estados Unidos, SEER, el cáncer de mama es el tumor más frecuente en mujeres mayores de 65 años, teniendo 6 veces más incidencia y 8 veces más mortalidad que pacientes menores de esta edad⁴.

En el Reino Unido, como en muchas partes del mundo, la mortalidad por cáncer de mama está disminuyendo, menos en los grupos etarios mayores⁵.

El riesgo de padecer un cáncer aumenta con la edad y es así como aumenta desde 1 en 209 mujeres

a la edad de 40 años, a 1 en 14 mujeres a la edad de 70 años⁶.

De acuerdo con datos de Observatorio Global de Cáncer de la OMS (Globocan), el año 2020 en Chile se diagnosticaron 5.331 casos nuevos, de los cuales 1.452 fueron en mujeres de 70 años o más. El mismo año se registraron en nuestro país 1.674 muertes por esta causa, 754 de las cuales son en mujeres en el grupo etario mayor de 70 años⁷.

Las personas mayores, como las llama la literatura, son un grupo heterogéneo de personas que no se pueden categorizar exclusivamente por la edad cronológica. Tanto por factores ambientales como genéticos, el envejecimiento es vivenciado de manera diferente, siendo la población de mujeres mayores muy diversa.

El tratamiento no debe estar limitado por la edad de la paciente, sino más bien por sus comorbilidades, si estas existen⁴.

La disparidad en el tratamiento del cáncer de mama basado en la edad, tiene que ver con muchos factores, incluyendo la educación de la paciente, factores económicos, seguros comprometidos, planes de salud, estado funcional y comorbilidades de la paciente y la aproximación que tiene el médico tratante y su equipo frente a una persona mayor diagnosticada con cáncer de mama⁸.

¿Porqué las personas mayores con cáncer de mama tienen peores resultados?:

Incidencia: a medida que aumenta la edad, aumenta la incidencia del cáncer de mama.

Diagnóstico: es más tardío; las personas mayores no entran en los programas de tamizaje, que en la mayoría de los países son hasta los 70 años.

Acceso a tratamiento: generalmente, las personas mayores no tienen acceso al tratamiento más efectivo y esto muchas veces puede estar fundamentado en el ageísmo.

El ageísmo es un concepto jurídico, que expresa un proceso discriminatorio, en el que el factor determinante para la toma de decisiones es la mayor edad. Este término fue acuñado por primera vez por Robert Butler en 1969⁹.

Por otro lado, las pacientes mayores de 70 años, generalmente, no son consideradas como parte de investigaciones clínicas y esto hace que no se puedan evaluar los tratamientos en base a la evidencia científica. La insuficiente investigación en este grupo etario y la subrepresentación en ensayos clínicos, perpetúa el sesgo al tomar decisiones.

Existen tres tipos de discriminación: la pasiva o indirecta que se realiza por omisión, la positiva o protectora con un tratamiento especial y la negativa o directa que es totalmente dañina (esta última es

ARTÍCULO ORIGINAL

tratar, desfavorablemente, a una persona solo por su edad)¹⁰.

El enfrentamiento de una mujer de 70 años o más, frente a la sospecha de un cáncer de mama, se debería iniciar con una evaluación geriátrica exhaustiva realizada, idealmente, por un especialista⁴. Esta añade información a la evaluación oncológica estándar y puede modificar las decisiones terapéuticas hasta en un 49% de los casos¹¹.

Al hacer una diferencia en el acceso al diagnóstico y tratamiento de una enfermedad, basada en la edad, se pasa a llevar la justicia distributiva y la equidad que debe tener toda persona frente a la salud. Independiente de su edad, al no hacerla participar en las decisiones y en participación en estudios de investigación, se pasa a llevar la autonomía de ellas. Todo lo anterior tiene como consecuencia socavar el principio de beneficencia, impactando en la sobrevida y recurrencia local de esta enfermedad.

Objetivo general

Indagar el tratamiento de mujeres de 70 años y más, atendidas en el Centro de la Mama de CAS, desde que se diagnostican con un cáncer de mama, y compararlo con el grupo de menores de 70 años, de modo de evaluar si existen diferencias en el acceso al diagnóstico y tratamiento basados en la edad, considerando los principios de justicia, autonomía y beneficencia.

Objetivos específicos

Comparar el motivo de consulta, estadio de la enfermedad, número de pacientes sometidas a los distintos tratamientos protocolizados, en el grupo de 70 años o más con las menores de 70 años.

Metodología

El estudio es descriptivo cuantitativo y corresponde a un análisis de la base de datos del Centro de la mama de CAS, la cual se ha anonimizado para respetar la confidencialidad de las pacientes. Se analiza la información de las mujeres de 70 años o más en relación al motivo de consulta, estadio de la enfermedad al momento del diagnóstico y tratamientos recibidos. Esta misma información se compara con la obtenida del grupo de mujeres menores de 70 años.

Los criterios de inclusión fueron mujeres diagnosticadas y tratadas por un cáncer de mama en el centro de la Mama de CAS. Se excluyeron pacientes que fueron diagnosticadas en CAS, pero que realizaron sus tratamientos fuera de la institución,

pacientes con recurrencia de un cáncer de mama diagnosticado previamente y pacientes de sexo masculino.

Análisis estadístico

Los datos se procesaron en Stata versión 16.0 y se utilizó una significación del 5%. Se tabuló cada uno de los ítems (con condición y sin condición) *versus* el efecto del grupo etario (igual o mayor de 70 años y menor de 70 años). Se aplicó el *test* de independencia “*test* exacto de Fisher”. H₀: la condición es independiente del grupo etario. Se rechaza H₀ si $p < 0,05$.

Resultados

En el Centro de la Mama de CAS existen 2.631 pacientes registradas entre el 12 de marzo de 2013 al 31 de diciembre de 2019, de las cuales 1.314 tienen el diagnóstico de cáncer de mama. Para este estudio se recolectaron y analizaron los datos de las 835 pacientes ingresadas y tratadas en Clínica Alemana de Santiago entre el 1° de enero de 2015 y 31 de diciembre de 2019.

El promedio de edad de las pacientes es 54 años, con un rango que va desde los 19 a los 92 años. 141(16,9%) de las 835 pacientes consideradas de este registro, tienen 70 años o más.

Los motivos de consulta fueron divididos en nódulo palpable en la mama, nódulo palpable en la axila, alteraciones en la piel, secreción por el pezón, dolor, antecedentes personales o familiares con cáncer de mama y hallazgos en imágenes mamarias. Los motivos de consulta con diferencias, estadísticamente, significativas en los dos grupos, fueron hallazgos imagenológicos, 105 (74,5%) pacientes en el grupo de 70 años o más y 266 (38,3%) en menores ($p < 0,001$) y nódulo palpable en la mama 75 (53,2%) y 143 (20,6%) respectivamente ($p < 0,001$) (Tabla 1).

El estadio al momento de la consulta era independiente del grupo etario. La mayoría de las pacientes en los dos grupos, consultaron en estadios precoces de la enfermedad. El estadio 0, 13 (9,2%) en grupo 70 años o mas y 105 (15,1%) en las menores ($p 0,084$) y estadio III 13 (9,2%) y 28 (4%) respectivamente ($p 0,017$) sugieren, estadísticamente, mostrar una asociación sin ser esta significativa (Tabla 2).

En relación al acceso al tratamiento quirúrgico, las pacientes que no se operaron fueron muy pocas, son pacientes que se presentaron con enfermedad extensamente diseminada al momento de la primera consulta, 2 pacientes en el grupo mayor 70 años

Tabla 1. Motivo consulta pacientes tratadas con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en CAS

Motivo consulta	70 años o más	Menores 70 años	
Nódulo palpable mama	75	143	p < 0,001
Nódulo palpable axila	9	49	p 0,858
Alteraciones piel	8	24	p 0,227
Secreción pezón	2	14	p 1,000
Dolor	2	9	p 1,000
Antecedentes cáncer de mama	33	96	p 0,007
Hallazgos imagenológicos	105	266	p < 0,001

Fuente Base de datos Centro de la Mama CAS.

Tabla 2. Estadio TNM al momento de la primera consulta en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en CAS

Estadio TNM	70 años o más	Menores 70 años	
0	13	105	p 0,084
I	76	382	p 0,853
II	36	161	p 0,587
III	14	28	p 0,009
IV	2	18	p 0,554
	141	694	

Fuente Base de datos Centro de la Mama CAS.

y 8 en el de las menores. En el período de tiempo estudiado no hay pacientes que no recibieran cirugía por otras razones como comorbilidades o edad (Tabla 3).

De las pacientes operadas, se realizó cirugía conservadora en 96 mujeres de 70 años o más y en 475 en menores de 70 años y cirugía radical en 43 pacientes mayores y en 211 pacientes menores, sin que estas diferencias fueran, estadísticamente, significativas (Tabla 4).

En pacientes mastectomizadas, se realizó reconstrucción mamaria en 27 (62,8%) pacientes de 70 años o más y en 186 (88,2%) menores con una diferencia, estadísticamente, muy sugerente. (p 0,057) No se reconstruyeron 16 (37,2%) pacientes mayores y 25 (11,8%) menores, diferencia que es significativa. (p < 0,001) (Tabla 5).

En relación a los tratamientos adyuvantes las diferencias entre los dos grupos fueron estadísticamente significativas, en desmedro de las pacientes mayores (Tabla 6).

En relación a los tratamientos adyuvantes, recibieron hormonoterapia 36 (25,5%) pacientes mayores y 322 (46,4%) menores (p < 0,001). Rechazaron el tratamiento 1 (0,7%) y 22 (3,2%) pacientes respectivamente, diferencia no significativa estadísticamente. Recibieron quimioterapia 31 (22%) pacientes mayores y 340 (49%) menores (p < 0,001). Ninguna paciente rechazó el tratamiento indicado. Recibieron radioterapia 50 (35,5%) pacientes mayores y 403 (58,1%) menores (p < 0,001). Ninguna paciente rechazó el tratamiento indicado.

Al no tener una evaluación geriátrica protocolizada, no puedo inferir que las pacientes fueron subtratadas, ya que no queda claro en la base de datos el por qué no recibieron sus tratamientos adyuvantes. Se pueden esgrimir las razones mencionadas en otros estudios como son el ageísmo, el paternalismo, la errónea interpretación de las expectativas de vida y las comorbilidades entre otras, pero no se pueden determinar con certeza.

Tabla 3. Cirugía en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en CAS

Cirugía	70 años o más	Menores de 70 años	
Radical	43	211	
Conservadora	96	475	
Sin cirugía	2	8	
	141	694	p 0,877

Fuente Base de datos Centro de la Mama CAS.

Tabla 4. Tipo de cirugía en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en CAS

Tipo Cirugía	70 años o más	Menores de 70 años	
Radical	43	211	
Conservadora	96	475	
	139	686	p 1,000

Fuente Base de datos Centro de la Mama CAS.

Tabla 5. Reconstrucción mamaria en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en CAS

Reconstrucción mamaria	70 años o más	Menores de 70 años	
Con	27	186	p 0,057
Sin	16	25	p < 0,001
	43	211	

Fuente Base de datos Centro de la Mama CAS.

Tabla 6. Tratamientos adyuvantes en pacientes con diagnóstico de cáncer de mama tratadas en CAS

Tratamientos adyuvantes	70 años o más	Menores de 70 años	
Hormonoterapia	36	322	p < 0,001
Quimioterapia	31	340	p < 0,001
Radioterapia	50	403	p < 0,001

Fuente Base de datos Centro de la Mama CAS.

Discusión

La edad junto al género, son los principales factores de riesgo de cáncer de mama, por lo tanto, a medida que la población del mundo envejece, el número de pacientes con cáncer de mama de la tercera y cuarta edad aumenta de manera muy importante.

La mortalidad atribuida al cáncer de mama ha disminuido en casi todos los grupos etarios, pero ha aumentado en pacientes mayores de 70 años, esta

tendencia tiene que ver con diagnóstico más avanzado por falta de tamizaje, la falta de tratamiento adecuado, por una creencia errónea de que el cáncer en edades avanzadas es más indolente o menos agresivo o por una percepción equivocada de la expectativa de vida de las pacientes y su tolerancia de ellas a los tratamientos.

En nuestro centro, en los 5 años de análisis se incluyeron 835 pacientes de las cuales 141 (16,9%) tenían 70 años o más. Los resultados de este estudio

muestran que no hubo diferencia en el estadio en el cual se presenta la enfermedad, es decir, las mujeres mayores no presentan estadios más avanzados como lo demuestran algunos estudios internacionales.

Las recomendaciones para el manejo del cáncer de mama en mujeres mayores carecen de evidencia nivel 1 y, generalmente, están basadas en el análisis de subgrupos y extrapolación de resultados de mujeres más jóvenes, lo cual no es adecuado. Las decisiones deben considerar la edad fisiológica, la expectativa de vida, los riesgos y beneficios, la tolerancia a los tratamientos, los deseos y preferencias de las pacientes¹².

Las pacientes en buenas condiciones generales deben recibir el tratamiento de acuerdo a las guías actuales, dejando terapias más conservadoras como la hormonoterapia exclusiva para aquellas mujeres mayores frágiles, con una corta expectativa de vida o aquellas que rechazan el tratamiento

Cirugía

El tratamiento primario del cáncer de mama en estadios precoces es la cirugía, ya sea mastectomía total o cirugía conservadora junto a radioterapia, las cuales en estudios prospectivos randomizados multicéntricos, no ofrecen diferencias en sobrevida a más de 20 años de seguimiento. Las mujeres mayores de 70 años tienen 40% más probabilidades de ser sometidas a cirugías radicales de mama¹³⁻¹⁵.

En el centro de la mama de CAS, no existen diferencias significativas en relación al tipo de cirugía en los dos grupos etarios, como se publica en la literatura, en que pacientes mayores tienen más cirugías radicales. En nuestro centro la técnica quirúrgica, conservadora o radical, es independiente de la edad y se relaciona más bien con el estadio y los hallazgos imagenológicos de la enfermedad, salvaguardando el principio bioético de la beneficencia.

La reconstrucción mamaria prácticamente no se realiza en este grupo etario, lo que tiene como causas la preferencia de la paciente o porque el tratante no se la ofrece como una alternativa. La edad no debería ser un obstáculo para realizarla, ya que la reconstrucción mamaria mejora la calidad de vida en estas pacientes y la percepción de su imagen corporal¹¹. En este aspecto, también en CAS las pacientes de 70 años o más tenían, significativamente, menos acceso a la reconstrucción mamaria, no teniendo la información en la base de datos si esto es por falta de oferta, por comorbilidades o porque la paciente la rechaza.

La aproximación quirúrgica de las mujeres, jóvenes y mayores, debe ser la misma, asegurando el principio de igualdad de oportunidades para recibir

el tratamiento adecuado. Los objetivos de la cirugía en cáncer de mama son, maximizar el control local, lograr la curación si es posible y causar la menor alteración a la imagen corporal¹⁶.

Radioterapia

La radioterapia disminuye la recurrencia locoregional en cirugía conservadora en dos tercios a 10 años de seguimiento. También tiene indicación en pacientes mastectomizadas cuando, por ejemplo, la axila está comprometida.

La radioterapia no afecta, significativamente, la calidad de vida de las pacientes ni sus actividades diarias. La omisión de la radioterapia en pacientes mayores no altera la sobrevida global, pero sí aumenta las tasas de recurrencia locoregional¹⁷.

A pesar de lo anterior en CAS las pacientes mayores recibieron menos tratamiento con radioterapia comparada con el grupo de menor edad, no existiendo ninguna paciente que haya rechazado el tratamiento.

Existen estudios que sugieren no indicar radioterapia en un grupo seleccionado de pacientes mayores de 70 años con tumores menores a 2 cm, axila clínicamente negativa y hormonosensibles. En este grupo de pacientes el riesgo de recurrencia local es muy bajo, por lo que se podría omitir el tratamiento de radiación^{14,18}. También se podría omitir en mujeres con una expectativa de vida corta.

Pero como se ha dicho anteriormente, existen pocos estudios prospectivos randomizados que avalen esta conducta y puede haber una alta tasa de recurrencia que puede llegar al 20%-40% si se omite la radioterapia. Por lo que en toda paciente en buenas condiciones generales, esta debería recomendarse, ya que no hay evidencia nivel 1 que diga lo contrario.

Hormonoterapia

En mujeres mayores de 70 años, cinco años de tamoxifeno reducen el riesgo de recurrencia en 51%. Las terapias más modernas con inhibidores de aromatasa (IA), son una excelente alternativa y que ha demostrado tener mejor sobrevida libre de enfermedad comparada con el tamoxifeno, disminuyendo la recurrencia local en un 15% adicional al tamoxifeno¹⁹.

Existen varios estudios de los años 80 y 90 en Europa que compararon el uso de tamoxifeno solo con la cirugía, en mujeres mayores con cáncer de mama y éstos concluyeron que no existe diferencia en la sobrevida, pero el uso de tamoxifeno como único tratamiento tenía una mayor recurrencia locoregional^{16,20}.

ARTÍCULO ORIGINAL

En CAS las pacientes mayores recibieron menos tratamiento con hormonoterapia comparada con el grupo de menos edad, solo 1 paciente en el grupo de más edad rechazó el tratamiento.

El tratamiento exclusivamente con hormonoterapia debería limitarse a aquellas pacientes hormonosensibles frágiles con expectativa de vida menor a 2-3 años y a las que rechazan el tratamiento^{11,15,18,20}.

La elección de usar hormonoterapia y del tipo de hormonoterapia a utilizar, debe ser discutida por la paciente y su oncólogo médico, para considerar las comorbilidades y las complicaciones del tratamiento, que también pueden tener un efecto adverso en la sobrevida.

Quimioterapia

Muchos estudios randomizados han demostrado la eficacia de la quimioterapia adyuvante, pero lamentablemente han incluido muy pocas pacientes mayores de 70 años, por lo tanto, hay pocos datos para entregar una recomendación con una sólida base científica²¹.

La edad es una barrera para recibir quimioterapia, pero esta debería considerarse en pacientes en buenas condiciones generales, con cánceres triple negativo en los que la hormonoterapia no tiene beneficio, con tumores HER2 positivo que duplican la sobrevida con terapias dirigidas y en aquellos con mal pronóstico por su tamaño y compromiso ganglionar axilar. En mujeres mayores de 65 años la quimioterapia disminuye la mortalidad en un 15%, sobre todo en pacientes con enfermedad regional¹⁷.

En CAS las pacientes mayores recibieron menos tratamiento con quimioterapia, comparada con el grupo de menos edad, no existiendo ninguna paciente que haya rechazado el tratamiento.

Las decisiones deben ser informadas y consensuadas, de modo de tratar a la paciente en toda su dimensión, sin quitarle beneficios de un tratamiento solo por tener más de 70 años.

Además de todo lo anterior, los cirujanos que tienen especialidad oncológica con un alto volumen de pacientes con cáncer de mama, son mejores comunicadores²². Pero la comunicación no solo consiste en entregar información biomédica en cuanto a sobrevida, recurrencia, beneficios y efectos adversos, sino también acercarse a las necesidades psicológicas y emocionales de estas pacientes

Conclusión

Las pacientes de 70 años o más tratadas en el centro de la mama de CAS no consultan en etapas o

estadios más avanzados de la enfermedad, es decir tienen acceso al diagnóstico independiente de la edad y no se les omitió el tratamiento quirúrgico, no existiendo discriminación en relación al tipo de cirugía oncológica, es decir, no tienen más cirugías radicales. Lo anterior respeta el principio bioético de la justicia y beneficencia. Si existe una diferencia en cuanto a la oferta de reconstrucción mamaria sin encontrar la razón por la cual ésta no se realizó, puede ser porque no se la indicó o la paciente la rechazó, esto último por deseo de la paciente o por falta de información.

Al igual que en estudios internacionales, el grupo de mujeres mayores tuvo menor acceso a tratamientos adyuvantes como quimioterapia, radioterapia y hormonoterapia. No queda claro si lo anterior es como consecuencia de las comorbilidades, deseo autónomo de la paciente o una consecuencia del ageismo. Si fuera como consecuencia de esto último se estaría pasando a llevar el principio de la justicia y beneficencia, al no entregar tratamientos que aumentarían la sobrevida en el grupo de pacientes mayores.

Las falencias de este estudio y los publicados con respecto al cáncer de mama en mujeres mayores de 70 años, es que son estudios retrospectivos y que además no cuentan de manera protocolizada una evaluación geriátrica. Por lo que se desconoce si la omisión de tratamientos es por falta de oferta e información por parte del equipo tratante; por comorbilidades que impiden entregarlo, por no alterar calidad de vida o por decisión autónoma de la paciente y su familia.

La bioética clínica, a través de sus principios, da la posibilidad de evaluar de manera concreta la atención de las pacientes y la toma de decisiones con respecto al tratamiento.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que en este manuscrito no se han realizado experimentos en seres humanos ni animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación: Ninguna.

Conflictos de interés: Ninguno.

Bibliografía

1. Crivellari D, Aapro M, Leonard R, Brain E, Goldhirsch A, Veronesi A, et al. Breast Cancer in the Elderly. *J Clin Oncol*. 2007;10:1882-90.
2. Kearny N, Miller M, Paul J, Smith K. Oncology healthcare professional's attitudes toward elderly people. *Ann of Oncol*. 2000;11:599-601.
3. Instituto Nacional de Estadísticas. Chile. Síntesis de resultados Censo 2017. [Internet]. [Consultado 4 Mar, 2020]. Disponible en: www.censo2017.cl. DOI
4. Albrand G, Terret C. Early Breast Cancer in the elderly. *Assesment and Management Considerations*. *Drugs Aging* 2008;25:35-40.
5. Macmillan Cancer support, DH and Age, UK. Cancer services coming of age: Learning from the improving cancer treatment assessment and support for older people. [Internet]. [Consultado 20 Mar, 2012]. Disponible en: www.bl.uk. DOI
6. Van Leeuwen BL, Rosenkranz KM, Lei Feng L, Bedrosian I, Hartmann K, Hunt K, et al. The effect of under-treatment of breast cancer in women 80 years of age and older. *Crit Rev Oncol Hematol*. 2011;79:315-20.
7. World Health Organization. Globocan Cancer Observatory 2018. [Internet]. [Consultado 15 En, 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr> DOI
8. Wang J, Kollias J, Boulton M, Babidge W, Zorbas H, Roder D, et al. Patterns of surgical treatment for women with breast cancer in relation to age. *Breast J*. 2010;16:60-65.
9. Butler RN. Age-ism: another form of Bigotry. *Geriatr Geront Int*. 1969;9:243-6.
10. Clark A. Ageism and age discrimination in primary and community health care in the United Kingdom 2009. [Internet]. [Consultado 14 Mar, 2021]. Disponible en: www.cpa.org.uk DOI
11. Le Saux O, Ripamonti, Bruyas A, Bonin O, Freyer G, Bonnefoy M, et al. Optimal management of breast cancer in the elderly patient: current perspectives. *Clinical Interventions in Aging* 2015;10:157-74.
12. Biganzoli L, Wildiers H, Oakman C, Marotti L, Loibl S, Kunkler I, et al. Management of elderly patients with breast cancer: updated recommendations of the International Society of Geriatric Oncology (SIOG) and European Society of Breast Cancer Specialist (EUSOMA). *Lancet Oncol*. 2012;13:148-60.
13. Di Rosa M, Chiatti C, Rimland J, Capasso M, Scandalli V, Prospero M, et al. Ageism and surgical treatment of Breast Cancer in Italian Hospitals. *Aging Clin Exp Res*. 2018;30:139-44.
14. Ferrigni E, Bergom C, Yin Z, Szabo A, Kong A. Breast Cancer in women aged 80 years or older: An analysis of treatment patterns and disease outcome. *Clin Breast Cancer* 2019; 19:157-64.
15. Passage K, McCarthy N. Critical review of the management of early stage breast cancer in elderly women. *Internal Med J*. 2007;37:181-9.
16. Berardi D, Errante D, Galligioni E, Crivellari D, Bianco A, Salvagno L, et al. Treatment of breast cancer in older women. *Acta Oncol*. 2008;47:187-98.
17. Varghese F, Wong J. Breast cancer in the elderly. *Surg Clin North Am*. 2018;98:819-33.
18. Gosain R, Pollock Y, Dhavamvir J. Age-related disparity: Breast Cancer in Elderly. *Curr Oncol Rep*. 2016;18:1-9.
19. Sammons A, Sedrak M, Kimmick G. The evolving complexity of treating hormone receptor positive, Human epidermal Growth factor receptor 2 negative breast cancer: special considerations in older breast cancer patients-part I: early-stage disease. *Drugs Aging* 2020;37:331-48.
20. Hind D, Wyld L, Reed MW. Surgery, with or without Tamoxifen, vs Tamoxifen alone for older women with operable breast cancer: Cochrane review. *Br J Cancer* 2007;96:1025-9.
21. Muss H, Donald B, Cirrincione C, Theodolou M, Mauer A, Kornblith A, et al. Adjuvant chemotherapy in older women with early stage breast cancer. *N Engl J Med*. 2009;360:2055-65.
22. Liang W, Burnett C, Rowland J, Meropol NJ, Eggert L, Hwang YT, et al. Communication between physicians and older women with localized breast cancer: implication for treatment and patient satisfaction. *JCO* 2002;20:1008-16.