



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

---

**FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR ANTONIO FRAGA  
MOURET”  
CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA”**

**“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN PREOPERATORIA Y LA  
SATISFACCIÓN TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON  
TEJIDO AUTOLOGO O ALOPLASTICOS MEDIANTE  
CUESTIONARIO “BREAST-Q””**

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL GRADO DE ESPECIALISTA EN  
CIRUGÍA PLÁSTICA, ESTÉTICA Y RECONSTRUCTIVA**

Presenta:

**Dr. David Chávez García**

**Asesor:**

Dra. Rosa María Guerrero Campos

No. De registro: **R-2022-3501-183**

Registro COFEPRIS: **17 CI 09 002 047**

REGISTRO CONBIOÉTICA: **CONBIOETICA 09 CEI 033 2017121**

Ciudad de México 2023





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **3501**.  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA

Registro COFEPRIS **17 CI 09 002 047**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 09 CEI 033 2017121**

FECHA **Miércoles, 21 de diciembre de 2022**

**Dra. Rosa María Guerrero Campos**

**PRESENTE**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título "**EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN PREOPERATORIA Y LA SATISFACCIÓN TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TEJIDO AUTOLOGO O ALOPLASTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO BREAST-Q**" que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **APROBADO**:

Número de Registro Institucional  
R-2022-3501-183

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

  
**Dr. Jose Arturo Velazquez Garcia**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 3501

Imprimir

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

---

**DR. NEPHTALI ALFONSO ORTIZ LUCIO**  
**PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR ANTONIO FRAGA MOURET”**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA” IMSS**

---

**DRA. ROSA MARIA GUERRERO CAMPOS**  
**PROFESOR ADJUNTO AL SERVICIO DE CIRUGIA PLASTICA Y**  
**RECONSTRUCTIVA**  
**ASESOR DE TESIS**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR ANTONIO FRAGA MOURET”**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA” IMSS**

---

**DR. DAVID CHÁVEZ GARCÍA**  
**MEDICO RESIDENTE DE CUARTO AÑO DE CIRUGIA PLASTICA Y**  
**RECONSTRUCTIVA**  
**HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “DR ANTONIO FRAGA MOURET”**  
**CENTRO MEDICO NACIONAL “LA RAZA” IMSS**  
**TESISTA**

<b>ÍNDICE</b>		<b>Pág.</b>
1	CARÁTULA	1
2	HOJA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS	2
3	ÍNDICE	4
1	RESUMEN	5
2	INTRODUCCIÓN	7
3	MATERIAL Y MÉTODOS	22
4	RESULTADOS	25
5	DISCUSIÓN	60
6	CONCLUSIONES	62
7	BIBLIOGRAFÍA	63
8	ANEXOS	67

## RESUMEN

**Título:** “Evaluación de la percepción preoperatoria y la satisfacción tras reconstrucción mamaria con tejido autólogo o aloplásticos mediante cuestionario Breast-Q”

**Objetivo:** Evaluar la percepción preoperatoria de las pacientes con mastectomía y el grado de satisfacción tras reconstrucción mamaria con tejido autólogo o aloplásticos mediante el cuestionario BREAST-Q en las pacientes del Hospital de Especialidades.

**Material y Métodos:** Estudio observacional, analítico, longitudinal. Se realizó Encuesta Breast-Q a pacientes con cáncer de mama sometidas a reconstrucción mamaria mediante tejido autólogo versus aloplásticos en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de regresión para factores de riesgo predictivos de insatisfacción.

**Resultados:** Se evaluaron 98 pacientes, edad media de 51.57 años, Se tomaron en cuenta el bienestar psicosocial, físico y sexual, todos con mejoría tras reconstrucción, sin diferencias entre grupos. Se evaluó además la satisfacción con información, el cirujano, el equipo quirúrgico y la forma postoperatoria de mama, siendo similar entre ambos grupos. Se identificó el IMC y la edad como factores de riesgo de reconstrucción subóptima, se objetivo que a mayor IMC, menor bienestar sexual independiente del procedimiento reconstructivo ( $p=0.02$ ; IC95%), por otro lado, se identificó que a mayor edad, mayor impacto post reconstrucción en el bienestar psicosocial ( $p=0.0024$ ; IC 95%).

**Conclusiones:** La reconstrucción mamaria es un procedimiento necesario para la mejoría en el bienestar, psicosocial, físico y sexual de las pacientes con mastectomía por cáncer de mama, en cualquiera de las modalidades de reconstrucción (tejido autólogo o aloplásticos), con altos índices de satisfacción tanto de la atención médica como de los indicadores de calidad de vida.

**Palabras clave:** Reconstrucción mamaria, Breast-Q, Satisfacción, calidad de vida.

## **SUMMARY**

**Title:** "Evaluation of preoperative perception and satisfaction after breast reconstruction with autologous or alloplastic tissue using the Breast-Q questionnaire"

**Objective:** To evaluate the preoperative perception of patients with mastectomy and the degree of satisfaction after breast reconstruction with autologous or alloplastic tissue using the BREAST-Q questionnaire in patients from the Specialties Hospital.

**Material and Methods:** Observational, analytical, longitudinal study. A Breast-Q Survey was carried out on patients with breast cancer undergoing breast reconstruction using autologous versus alloplastic tissue in the Plastic and Reconstructive Surgery service. Descriptive statistics and regression analysis were used for predictive risk factors for dissatisfaction.

**Results:** 98 patients were evaluated, mean age 51.57 years, psychosocial, physical and sexual well-being were taken into account, all with improvement after reconstruction, without differences between groups. Satisfaction with information, the surgeon, the surgical team and the postoperative shape of the breast were also evaluated, being similar between both groups. BMI and age were identified as risk factors for suboptimal reconstruction, it was found that the higher the BMI, the lower the sexual well-being independent of the reconstructive procedure ( $p=0.02$ ; 95%CI), on the other hand, it was identified that the older the age, the greater post-reconstruction impact on psychosocial well-being ( $p=0.0024$ ; 95% CI).

**Conclusions:** Breast reconstruction is a necessary procedure to improve the psychosocial, physical, and sexual well-being of patients with mastectomy for breast cancer, in any of the reconstruction modalities (autologous or alloplastic tissue), with high satisfaction rates for medical care and quality of life indicators.

**Keywords:** Breast reconstruction, Breast-Q, Satisfaction, quality of life.

## INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el sexo femenino, surge de las células de los conductos (85%) o de los lobulillos (15%) en el tejido glandular de la mama. Inicialmente, el crecimiento se limita al área del conducto o lóbulo, pero con el tiempo progresa e invade tejido mamario circundante (1)

En el año 2020, hubo 2.3 millones de mujeres diagnosticadas con cáncer de mama y 685,000 muertes en todo el mundo a causa de esto. El 70% de estas muertes ocurren en países en desarrollo. Esta cifra corresponde al 24% del total de los tumores malignos que se presentan en mujeres. Este tipo de cáncer puede ocurrir desde la pubertad, sin embargo, las tasas mayores se presentan a mayor edad. A finales del 2020 había 7.8 millones de mujeres vivas a las que se les había diagnosticado cáncer de mama en los últimos 5 años, lo que lo convierte también en el cáncer más prevalente del mundo. (1)

Las tasas de incidencia tienen una variación considerable en todo el mundo, las más altas se encuentran en Europa y Norteamérica, llegando hasta 99.4/100,000 mujeres. En el sur y centro de América, excepto Brasil y Argentina, la incidencia es moderada a baja. (2)

En México, el cáncer de mama desplazó al cáncer cervicouterino desde 2006 para ubicarse como la primera causa de muerte por cáncer en la mujer, anualmente se estima una incidencia de 35.24 casos por cada 100,000 mujeres. La distribución por entidad federativa al 2020 muestra a Morelos, Colima y Aguascalientes con las mayores cifras de nuevos casos. A nivel nacional en 2021, la tasa de mortalidad por cáncer de mama fue de 17.19 defunciones por cada 100,000 mujeres de 20 años o más. Las entidades con mayores tasas de mortalidad en nuestro país (22.36 hasta 26.71 por cada 100,000 mujeres) son Chihuahua, Ciudad de México, Baja California y Baja California Sur. (3)

A pesar de esto, se habla de una disminución en la mortalidad por cáncer de mama, disminuyendo cada año con una regresión general del 36 % entre 1989 y 2012, secundario a los programas de detección temprana combinado con tratamientos para erradicar la enfermedad invasiva. (3)

Sin embargo, el cáncer de mama entre las mujeres más jóvenes ha aumentado y está ganando importancia en la salud pública y la investigación del comportamiento de la enfermedad. (4) Aunque este cáncer no se considera una enfermedad de mujeres jóvenes, se ha posicionado como una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres de 25 a 54 años. (5)

Las pacientes jóvenes con cáncer, en particular, las que pertenecen a minorías étnicas y tienen nivel socioeconómico más bajo, tienen desafíos considerables relacionados con el sistema de atención médica y reportan retrasos en la atención diagnóstica y terapéutica, conocimiento inadecuado de la atención del seguimiento de la enfermedad e informan deficiencias en la comunicación con el proveedor de salud, atención de baja calidad. (6)

El tratamiento del cáncer de mama es particularmente efectivo mientras más temprano se identifique la enfermedad. El panorama actual del tratamiento del cáncer de mama abarca una amplia variedad de modalidades desde cirugía, radioterapia, quimioterapia, terapia hormonal dirigida, o una combinación de estas, todo dependiendo del estadio clínico en que se diagnostique. (7) Lo que alguna vez se pensó que era imposible de curar hace poco más de 150 años tiene opciones de tratamiento para los pacientes en cada etapa de la enfermedad. (8) Para lograr este declive, la atención actual generalmente consiste en un enfoque multidisciplinario que combina la experiencia de cirujanos oncológicos, cirujanos plásticos, radiólogos, oncólogos médicos, oncólogos radioterápicos, patólogos, psicólogos y enfermeras. (5)

A pesar de los importantes avances en la biología tumoral y conocimiento molecular de la patología, la cirugía continua como una parte esencial de tratamiento primario del cáncer de mama. Hoy en día es posible diagnosticar el tumor en sus primeras etapas, lo que permite realizar cirugía conservadora, minimizando el impacto estético siempre que las condiciones oncológicas lo permitan. A pesar de eso, no siempre las técnicas conservadoras son posibles, por lo que la mastectomía se sigue realizando en aproximadamente 20-30% de las mujeres con cáncer de mama. (2)

Desde la primera descripción de la cirugía mamaria hace más de 3000 años, las técnicas anatómicas y quirúrgicas en el campo de la cirugía mamaria han experimentado una enorme cantidad de innovaciones y cambios. Desde las primeras descripciones que desaconsejaban cualquier intervención para los tumores de mama debido a la desfiguración extensa de la pared torácica, la oncología quirúrgica de mama ofrece información sobre la historia de la medicina y, además, la estrecha relación que deben mantener las modalidades de tratamiento quirúrgico y médico para tratar a los pacientes con la mayor eficacia (5).

Aunque el objetivo principal del tratamiento sigue siendo el control de la enfermedad, la mejora de los resultados estéticos se ha tornado más demandante para reducir el trauma físico y psicológico de los pacientes, en la medida que el estadio clínico lo permita. (9) De esta manera, la mastectomía fue sustituida por mastectomía radical modificada, además se han implementado otras técnicas como la mastectomía conservadora de piel, la cirugía preservadora de piel y pezón, en donde además se preserva el complejo areola pezón, todo esto con la intención de tener mejores resultados estéticos después de la reconstrucción postmastectomía. (6)

Aunque Freeman describió por primera vez la mastectomía subcutánea o con conservación de la piel para la enfermedad mamaria benigna en 1962, no fue hasta 1991 que se acuñó la mastectomía con conservación de la piel para el tratamiento del cáncer de mama. La operación consiste en la extirpación de todo el tejido mamario y el complejo areola-pezón en un patrón de incisión elíptica, con extirpación adicional de la piel que recubre el tumor si se encuentra superficialmente. La piel mamaria restante se preserva para facilitar la reconstrucción mamaria. Si está indicada una biopsia de ganglio linfático centinela o una disección axilar, se pueden realizar a través de la misma incisión después de la extirpación del montículo mamario. A través de este enfoque, parte del tejido mamario residual puede permanecer en los colgajos de piel, especialmente si se deja con un grosor de >5 mm. Por lo tanto, la mastectomía conservadora de piel es oncológicamente segura y permite mejores resultados estéticos con una adecuada planificación reconstructiva. (9)

El complejo areola pezón es una parte esencial de los senos de apariencia natural, y la pérdida de este durante la mastectomía total o con preservación de la piel se asocia con consecuencias psicológicas adversas relacionadas con el empeoramiento de la imagen corporal y la sensación de mutilación. (7) Existen múltiples técnicas para reconstruir el complejo areola pezón; sin embargo, estos aún confieren una posible pérdida de proyección del pezón y dificultades para crear una pigmentación de la areola y una textura superficial de apariencia natural a pesar del excelente arte del tatuaje. (10)

En base a esto, la mastectomía con preservación del pezón se desarrolló para extirpar todo el tejido glandular mamario con preservación total de la piel y del complejo areola-pezón. El beneficio de este procedimiento radica en sus resultados estéticos superiores, lo que lo convierte en un procedimiento ideal en una población creciente de pacientes atraídas por el potencial de una apariencia mamaria prácticamente sin cambios, excepto por una pequeña cicatriz, después de la reconstrucción. (10)

Por otro lado, los descubrimientos de la base genética del cáncer han llevado a las pacientes a un mayor interés por realizar mastectomía reductora de riesgo como método preventivo. (4) Las pacientes con cáncer de mama y aquellas que desean una mastectomía profiláctica debido a mutaciones genéticas de alto riesgo, como BRCA-1 y BRCA-2, han popularizado cada vez más la mastectomía con preservación del pezón en los últimos años. (10)

Las campañas preventivas de esta enfermedad han favorecido que se incremente el número de pacientes sobrevivientes al cáncer. Si bien el control de la enfermedad sigue siendo el objetivo principal del tratamiento del cáncer de mama, la mejora de los resultados estéticos a través de la reconstrucción sigue teniendo un impacto positivo en la vida de las pacientes después de la extirpación del tumor. La mayor parte de ellas desea volver a tener la calidad de vida que tenían previa al diagnóstico y a la terapéutica utilizada, esto implica no solo las actividades que realizaban, si no, una apariencia similar a la preoperatoria. (11)

De ahí que la reconstrucción mamaria es una parte necesaria del tratamiento general, se ha demostrado que la reconstrucción mamaria no influye en la supervivencia de la paciente, ayuda a restaurar la imagen corporal y alivia el estrés asociado a la mastectomía. (12)

La reconstrucción mamaria es una de las principales preocupaciones en el tratamiento mundial del cáncer de mama. Las técnicas quirúrgicas son múltiples y deben elegirse para mejorar la satisfacción y el bienestar de la mujer, obteniendo así un trato personalizado. Los tratamientos habituales para el cáncer de mama se asocian con una supervivencia general y libre de enfermedad a largo plazo, por lo que la calidad de vida se convierte en una consideración importante. (11) Más del 60 % de las mujeres que ahora sobreviven 20 años después de la presentación inicial del cáncer, casi el 40 % de las pacientes reportan insatisfacción con el proceso de toma de decisiones quirúrgicas. Así, el propósito de la reconstrucción es doble, debe lograr tanto resultados cosméticos como satisfacción psicológica. (12)

Alrededor del 50 % de las mujeres que se someten a una mastectomía optan por la reconstrucción mamaria para mejorar su bienestar psicológico, social y sexual. (11) La reconstrucción posterior a la mastectomía se puede realizar de forma inmediata (en el momento de la mastectomía, durante la misma anestesia), o diferida (como un procedimiento separado, después de varios meses o incluso años. La finalidad del procedimiento es mejorar la imagen corporal y la calidad de vida. (13)

Existen 2 vertientes principales para la realización de la reconstrucción de mama: expansión tisular-prótesis y tejido autólogo. La elección entre reconstrucción mamaria protésica y autóloga depende de las condiciones anatómicas individuales, el tamaño y la configuración de la mama contralateral, las comorbilidades, las terapias previas y las preferencias de la paciente para un manejo personalizado. Además, existen aparentes preferencias institucionales de una modalidad sobre la otra, con la reconstrucción autóloga favorecida por las instituciones académicas. (11) Los pacientes y cirujanos necesitan evidencia de alta calidad para la toma de decisiones informados sobre el procedimiento reconstructivo. (13)

Un estudio sugiere que la reconstrucción mamaria inmediata es un tratamiento seguro y debe considerarse como parte del tratamiento integral del cáncer para reducir el impacto de la mastectomía. (12) Alrededor del 21% de las mujeres que se sometieron a una mastectomía tienen una reconstrucción inmediata simultánea. Múltiples factores pueden influir en que las pacientes se sometan a una reconstrucción mamaria inmediata junto con una mastectomía por cáncer de mama, algunos de ellos son: el estadio de la enfermedad, la necesidad de radioterapia, la obesidad mórbida, la dependencia a la nicotina o la condición y decisión personal de la paciente, sobre todo si hay incapacidad emocional para enfrentar el período de recuperación. (13)

La reconstrucción inmediata posterior a la mastectomía ha sido ampliamente realizada desde que las mujeres empezaron a preocuparse más por su estética física. Las indicaciones para la reconstrucción mamaria inmediata se han ampliado para incluir pacientes con enfermedad avanzada, comorbilidades y antecedentes de radiación. Cuando se desconocen las indicaciones de la radioterapia, se puede considerar una biopsia de ganglio linfático centinela antes de la mastectomía. Si se planea la radioterapia postoperatoria, muchos autores aún recomiendan la reconstrucción tardía, sin embargo, cada vez se realiza mayor número de reconstrucciones inmediatas en este contexto, incluso en el marco de la radioterapia postmastectomía, para hacer frente a las consecuencias estéticas y psicológicas de la pérdida mamaria. (14)

La reconstrucción mamaria inmediata, en comparación con la diferida, también tiene otras ventajas, como evitar otra cirugía, mejores resultados estéticos al limitar las cicatrices y usar una envoltura de piel natural, y un menor costo. En general, se debe considerar una reconstrucción inmediata para todos los pacientes. (14)

Los refinamientos en técnicas autólogas han mejorado las opciones reconstructivas actuales a una etapa en la que los resultados son muy similares a los de la forma prequirúrgica, estableciéndolo como el estándar de oro para la reconstrucción mamaria. La transferencia de tejido autólogo facilita los objetivos primarios de la reconstrucción mamaria. Estos incluyen la creación de un montículo que coincide con las dimensiones,

la posición y el contorno preoperatorios; tiene consistencia natural; y es de larga duración. (15)

Las técnicas de reconstrucción han mejorado las condiciones y viabilidad del colgajo hasta el punto en que el enfoque se ha desplazado hacia la mejora de la estética de los senos y del sitio donante, lo que refleja los resultados de la cirugía estética electiva. (11)

La reconstrucción de tejido autólogo utiliza colgajo miocutáneo de recto abdominal transverso, colgajo de dorsal ancho u otros colgajos de tejido. Este método no es propenso a la formación de cápsulas posteriores a la radiación, induce menos morbilidad y, en comparación con la reconstrucción protésica inmediata, es menos probable que fracase. Sin embargo, es más invasiva y suele estar contraindicada por condiciones anatómicas o comorbilidades del paciente, como obesidad, diabetes mellitus mal controlada o tabaquismo. La reconstrucción autóloga tampoco está exenta de las mismas complicaciones de la radioterapia, como fibrosis o contracción del colgajo, necrosis grasa o dehiscencia de la herida. El aplazamiento de la reconstrucción autóloga hasta después de la radiación puede minimizar estas complicaciones, aunque los datos más recientes sugieren que este puede no ser el caso. (11)

La reconstrucción protésica constituye alrededor del 80% de todas las reconstrucciones. Esta opción se puede lograr mediante la colocación inmediata de un implante permanente (procedimiento de un solo paso) o la inserción de un expansor de tejido antes de la colocación del implante (procedimiento de dos pasos). Comparada con la autóloga, la reconstrucción protésica es menos compleja, más corta, reversible y permite una recuperación postoperatoria más rápida. Con la mejora de la tecnología de implantes y el uso de matrices dérmicas acelulares, la reconstrucción protésica se ha convertido en el método de reconstrucción más utilizado. (14)

Sin embargo, en el contexto de la radioterapia, este enfoque se asocia con un mayor riesgo de complicaciones que pueden afectar el efecto cosmético o provocar el fracaso del implante. A pesar de una gran cantidad de datos de la literatura, actualmente no

existen factores predictivos consistentes para el riesgo de complicaciones en pacientes irradiados después de la reconstrucción basada en implantes. (14)

Para disminuir la morbilidad, tradicionalmente se ha desaconsejado la reconstrucción protésica inmediata en pacientes que probablemente recibirán radioterapia posoperatoria, sin embargo, evitar la reconstrucción mamaria o su postergación durante meses o incluso años compromete a las pacientes a sufrir más angustia y empeorar su bienestar durante el período de recuperación, estos pacientes pueden mostrarse renuentes a someterse a otra cirugía complicada al final del tratamiento. Además de esto, la expansión tisular después de la radioterapia posterior a la mastectomía puede ser restringida y dolorosa debido a los extensos cambios fibróticos. (13)

En consecuencia, a pesar de algunos riesgos, el uso de reconstrucciones inmediatas basadas en implantes en pacientes con indicaciones de radioterapia ha ido aumentando gradualmente, hasta convertirse en la forma más común de reconstrucción. (13)

En algunos pacientes, la necesidad de radioterapia posoperatoria no puede determinarse definitivamente hasta que se disponga de los resultados anatomopatológicos finales. En tales casos, algunos autores recomiendan la reconstrucción en dos tiempos “tardía-inmediata”. Este método incluye una mastectomía conservadora de piel con una inserción subpectoral de un expansor tisular temporal lleno de solución salina para preservar la forma y las dimensiones de la envoltura mamaria. Después de revisar las secciones de patología, las pacientes que no requieren radioterapia se someten a reconstrucción mamaria dentro de las dos semanas posteriores a la mastectomía, mientras que aquellas que requieren radioterapia pueden completarla con el expansor desinflado en la pared torácica para optimizar la planificación y administración del tratamiento. Después de completar la radioterapia, el expansor se reemplaza con un implante permanente. (14)

Los avances en el diagnóstico y manejo del cáncer de mama han producido mejoras significativas en la supervivencia relacionada con el cáncer de mama. Más del 60% de

las mujeres que tuvieron cáncer de mama sobreviven 20 años después del diagnóstico inicial. Por lo tanto, existe una mayor necesidad de reconocer la calidad de vida y la calidad de la atención en esta población. (16)

Con todo esto, elegir el tipo de reconstrucción mamaria es una decisión difícil y optimizar los resultados en base a esto, es aún un reto. En los últimos años ha aumentado el interés por el impacto que tiene la enfermedad y el tratamiento de la enfermedad en la calidad de vida de la mujer que padece cáncer de mama. El 40% de las mujeres que se someten a cirugía informan insatisfacción con la decisión de cirugía y los resultados estéticos. Se han identificado factores de mayor satisfacción como la preservación del complejo areola-pezón y la ausencia de radioterapia. (15)

La ley de derechos sobre la Salud y el Cáncer en la Mujer refiere un vínculo de bienestar psicológico con la salud en general, afirmando que la situación psicológica de la paciente en el preoperatorio tiene impacto en la evolución y satisfacción postquirúrgica. (17)

La innovación y calidad de la cirugía de reconstrucción mamaria se ha centrado en modificar variables intraoperatorias como la técnica de reconstrucción, modo de disección o incluso elección de implantes. Sin embargo, en el proceso de reconstrucción mamaria, se debe tomar en cuenta que no solo la elección del procedimiento reconstructivo influirá en la satisfacción final de la paciente, existen ciertos factores predictivos de complicaciones e insatisfacción en el proceso de reconstrucción. (18)

Mujeres con hábitos, IMC, edad y comórbidos diferentes acuden a reconstrucción. Importante identificar riesgos asociados a cada tipo de reconstrucción para utilizar el más adecuado de manera personalizada. Se ha encontrado que los pacientes mayores de 60 años tienen mayor riesgo de complicaciones de la herida. (17)

El consumo de tabaco es uno de los factores de riesgo estudiados, en donde se reporta los pacientes tienen una mayor incidencia de fracasos de un colgajo libre, mayores tasas de infección de sitio quirúrgico, retraso en la cicatrización o dehiscencia de la

herida, con resultados postquirúrgicos pobres, esto secundario al incremento de la vasoconstricción, agregación plaquetaria e hipoxia tisular (17).

Pacientes obesos están predispuestos a desarrollar infección de sitio quirúrgico. Un IMC >30 kg/m<sup>2</sup> se asocia con complicaciones, la etiología se relaciona con precarga incrementada, descenso asimétrico del diafragma que condiciona sangre poco oxigenada. El hábitus disminuye movilidad y también incrementa las complicaciones relacionadas con higiene. (18)

La hipertensión es otro antecedente que de estar presentes se asocian con alta morbilidad, retraso en la cicatrización y resultados postquirúrgicos pobres. Además, en el caso específico de las pacientes que tomen medicamentos ARA II para control hipertensivo, tienden a desarrollar altas tasas de necrosis grasa y alteraciones en la perfusión si son reconstruidas con colgajo DIEP. La cicatrización de heridas depende de un sistema inmunitario competente que puede verse afectado por factores como nutrición, citocinas inflamatorias o la falta de sueño. (18)

Los pacientes con diagnóstico de ansiedad o depresión desarrollan complicaciones de herida en un porcentaje mayor, tienen hospitalizaciones más prolongadas y regresaron a unidades de emergencia con más frecuencia. La depresión puede estar relacionada con peores resultados de salud, incluidas complicaciones cardíacas, tromboembólicas y de curación. (17)

El estrés crónico se ha asociado con retraso en cicatrización e incluso se ha demostrado que las discordias conyugales tienen impacto negativo en la cicatrización de heridas. Los estudios de pacientes que se sometieron a un trasplante de médula ósea demuestran que el apoyo emocional y el optimismo predijeron una mejor salud física autoevaluada y una supervivencia mayor. (17)

Los estudios realizados en el campo demuestran que el sexo femenino, el uso de medicamentos para dormir o historia de violencia de pareja están asociados con insatisfacción y resultados estéticos deficientes. Un estudio de pacientes que se sometieron a mastectomía encontró que la angustia emocional preoperatoria predijo

problemas de imagen corporal postoperatoria y disfunción sexual. Esta asociación se encontró solo en caso de mastectomía profiláctica, no en pacientes con mastectomía por cáncer. (18)

Se ha demostrado también que los pacientes con trastorno dismórfico corporal pueden estar insatisfechos con los resultados quirúrgicos. En una revisión sistemática, se concluye que hasta 77% de las pacientes con cáncer de mama experimentan algún grado de preocupación por la imagen corporal y de esta existe poca mejoría en los 5 años posteriores. (18)

Es bien sabido que las pacientes con cáncer de mama tienen una carga psicológica significativa que mitiga con la reconstrucción mamaria. Mujeres que se someten a mastectomía pueden percibir una autoimagen y cambios negativos en el ámbito sexual. La radioterapia incrementa tasa de complicaciones en el sitio de reconstrucción, se asocia a una apariencia insatisfactoria y a complicaciones en el proceso de cicatrización. (17)

En cuanto a la técnica de reconstrucción, se ha identificado que pacientes que se someten a reconstrucción con aloplástico tienen menores tasas de satisfacción comparado con la reconstrucción autóloga. (17) La reconstrucción con colgajo dorsal ancho tienen la tasa más alta de complicaciones menores, especialmente seroma, pero la tasa más baja de re operación por complicaciones. Por otro lado, la reconstrucción con DIEP tienen la menor tasa de complicaciones menores pero la más alta tasa de re operación. La tasa de complicaciones es más alta tras reconstrucción inmediata, ya que incluye la complicación de mastectomía. (18)

Los médicos deben tener en cuenta las percepciones de los pacientes sobre la prestación de la atención y los resultados de la cirugía, además de la morbilidad y la mortalidad de los pacientes. Los pacientes que buscan la reconstrucción mamaria más comúnmente desean el mantenimiento de su forma preoperatoria. Una pequeña proporción solicita una mejora cosmética moderada, y un tercer grupo solicita una revisión completa de una reconstrucción previa. (19)

Las expectativas de los pacientes desempeñan un papel importante en la satisfacción postoperatoria, y los resultados realistas deben discutirse desde el principio. Se ha demostrado que los pacientes que se considera que tienen una información de preparación inadecuada antes de emprender la reconstrucción mamaria, tienen una tasa más alta de arrepentimiento e insatisfacción decisionales. (16)

Por lo tanto, es esencial realizar una evaluación preoperatoria exhaustiva de las expectativas del paciente y su idoneidad para una reconstrucción particular. Se debe estudiar la reconstrucción mamaria analizando los resultados quirúrgicos, la calidad de vida y la satisfacción mediante herramientas específicas, sin embargo, es también importante conocer variables de riesgo individuales de las pacientes e identificar que pacientes son más propensas a estar insatisfechas o percibir una peor calidad de vida, ya que esto es fundamental en la toma de decisiones y para afrontar el problema en una etapa previa a la reconstrucción de mama. (15)

Se debe prestar más atención a la calidad de vida de las pacientes con cáncer de mama por parte de los cirujanos clínicos y de las propias pacientes. La calidad de vida relacionada con la salud es subjetiva y representa la perspectiva general del paciente sobre los efectos de su enfermedad, tratamiento y los diferentes aspectos físicos, psicológicos, sociales y sexuales de la vida. Para conocer la percepción de la paciente en cuanto a su imagen corporal, necesitamos incluir sentimientos, emociones relacionadas con el cuerpo y su funcionamiento, ya que los cambios en la imagen y la adaptación a la que se enfrentaran repercutirán en su bienestar. (20)

Los grandes avances en reconstrucción no solo buscan la mejoría cosmética y del estado psicológico de nuestras pacientes, sino que también están encaminados a adaptarse a los presupuestos, experiencia y disponibilidad de cada institución, así como que le permita a la paciente una rápida reincorporación a su vida cotidiana y laboral. (21)

Klassen y colaboradores concluyen que la cirugía mamaria afecta a la mujer en múltiples esferas, alterando potencialmente la calidad de vida y satisfacción. La satisfacción de la atención y un estilo participativo con provisión adecuada de la

información pueden mejorar la adherencia terapéutica, afrontamiento positivo de la enfermedad. (22)

Existen diversas maneras de evaluar el grado de satisfacción de las pacientes posterior a procedimientos de reconstrucción de mama, de los más comúnmente utilizados son los cuestionarios basados en los reportes individuales del paciente. Estos cuantifican aspectos relacionados con la calidad de vida relacionada con la salud, medidas biomédicas y parámetros como morbilidad, supervivencia global y libre de enfermedad, respuesta tumoral y recidiva. (23)

La medición de los resultados informados por las pacientes (PRO, por sus siglas en inglés) se ha vuelto cada vez más importante en la atención del cáncer. La satisfacción de las pacientes con el resultado quirúrgico, junto con la calidad de vida posoperatoria y el bienestar psicosocial, es de vital importancia para las mujeres que se someten a una cirugía oncoplástica mamaria. De hecho, los PRO son cada vez más importantes para el modelo moderno de tratamiento del cáncer de mama con potencial para una calidad de atención mucho mejor, lo que refleja el cambio de enfoque de la perspectiva del médico a la del paciente. Se sugiere que el uso de medidas de resultado informadas por el paciente (PROM) válidas, confiables y clínicamente útiles debería tener un papel más importante en la toma de decisiones. (24)

Dentro de los cuestionarios validados específicos para medir la calidad de vida y satisfacción de la reconstrucción mamaria para desarrollar una medición integral del resultado quirúrgico. El MBROS-S (Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study Satisfaction Questionnaire) y el MBROS-BI (Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study, Body Image Questionnaire) fueron diseñados para evaluar las percepciones de satisfacción y apariencia física de las pacientes después de la reconstrucción mamaria. (24)

El BRECON-31 (Cuestionario de satisfacción de reconstrucción mamaria) es un cuestionario diseñado para evaluar la satisfacción del paciente después de la reconstrucción mamaria. (24)

Pusic y colaboradores, realizaron una revisión sistemática de los instrumentos PRO para medir la calidad de vida relacionada con la salud después de una cirugía mamaria cosmética y reconstructiva. Descubrieron que solo 1 cuestionario de síntomas relacionados con los senos demostró un desarrollo y validación adecuados en su población objetivo. Además, ese cuestionario centrado en la medición de los síntomas mamarios solo tenía importantes limitaciones de contenido, por lo que concluyeron que se necesitaba un nuevo instrumento validado específico para la cirugía cosmética y reconstructiva de las mamas para determinar los beneficios de la cirugía mamaria, de ahí surgió el Breast-Q. (20)

El Breast-Q mide el impacto de la reconstrucción mamaria en la calidad de vida de las mujeres, la satisfacción con la cirugía y el resultado final y la satisfacción con la atención. Este cuestionario es fundamental en la comprensión del bienestar emocional y físico en las mujeres. (25)

Este cuestionario se desarrolló desde 2009 con el objetivo de evaluar el grado de satisfacción en relación con la calidad de vida, es un instrumento validado específicamente para cirugía mamaria. Desde su lanzamiento, ha mejorado la capacidad de estudio de los resultados de este procedimiento y la satisfacción del paciente. El objetivo principal del cuestionario es comparar los scores de la calidad de vida antes y después de la cirugía. (24)

El Breast-Q fue desarrollado por los Doctores Pusic, Klassen y Cano en la Universidad de Columbia, EE. UU. es gratuito para la investigación académica sin fines de lucro y en la atención clínica. Desde sus inicios, BREAST-Q se ha traducido a 30 idiomas y los médicos lo han utilizado ampliamente para obtener información sobre la eficacia de las cirugías cosméticas y terapéuticas de mama. En 2016 se realizó la validación lingüística al español y en 2017 lanzaron la versión 2.0 a países hispanos. BREAST-Q posee un alto grado de validez, fiabilidad y sensibilidad, que mide la percepción y la experiencia de las pacientes ante diferentes tipos de cirugía mamaria. (25)

El cuestionario BREAST-Q mide las percepciones de los pacientes de los pacientes tanto cuantitativa como cualitativamente, consta de 6 módulos, dos módulos

relacionados con fines estéticos (aumento y reducción mamaria) y el módulo de cáncer de mama que engloba la mastectomía, la reconstrucción mamaria, expectativas de reconstrucción y el módulo de cirugía conservadora de mama. Todos los módulos se basan en una estructura conceptual con 6 dominios que se agrupan en 2: el primer dominio relacionado con la calidad de vida que incluye: bienestar físico, bienestar psicosocial y bienestar sexual. El segundo dominio está relacionado con la satisfacción de la paciente: Aspecto/satisfacción con las mamas, resultados/satisfacción con la cirugía y satisfacción con el proceso de atención médica. Cada módulo contiene escalas pre y postoperatorias que se pueden utilizar de forma independiente o conjunta para medir los cambios. (25)

Desde la aparición del cuestionario, numerosos estudios en todo el mundo lo han utilizado para evaluar a las pacientes posterior a cirugía mamaria. Los cuestionarios PROM deben demostrar confiabilidad (capacidad para producir puntajes consistentes y reproducibles) y validez (capacidad para medir lo que se pretende medir). Satisfaciendo estos requisitos, el BREAST-Q se ha convertido en el instrumento PROM estándar de oro para la cirugía mamaria. (25)

El objetivo principal fue evaluar la percepción preoperatoria de las pacientes con mastectomía y el grado de satisfacción tras reconstrucción mamaria con tejido autólogo o aloplásticos mediante el cuestionario BREAST-Q en las pacientes del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional “La Raza”

*En tanto a los objetivos específicos fueron determinar la calidad de vida preoperatoria y hacer estudio comparativo con la calidad de vida posterior a procedimiento quirúrgico, identificar factores de riesgo para reconstrucción mamaria subóptimo, comparar cuál de los procedimientos reconstructivos que ofrecemos en nuestro centro da una mejor calidad de vida en base a la percepción del paciente e identificar factores de mal pronóstico propios de la enfermedad para una reconstrucción mamaria subóptima.*

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio de tipo Observacional, Analítico, Prospectivo, Longitudinal. Se recopiló información de las pacientes que acudieron a consulta externa de Cirugía Plástica y Reconstructiva con intenciones de reconstrucción mamaria durante el periodo de Octubre a Diciembre del 2022 en el Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social.

En todas ellas se realizó el cuestionario Breast-Q en su versión validada al español de manera preoperatoria y posteriormente al realizar el procedimiento reconstructivo elegido en conjunto por paciente y cirujano, posteriormente se utilizó estadística descriptiva: medidas de tendencia central, media, mediana, moda, desviación estándar y porcentajes. Para los casos de reconstrucción subóptima, se realizó análisis de regresión en base a potenciales factores de riesgo predictivos de insatisfacción. Los puntajes del cuestionario BREAST-Q varían de 0-100, a mayor puntaje, mayor satisfacción o calidad de vida.

Los criterios de inclusión fueron pacientes derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, del sexo femenino, con una edad mayor de 18 años, con diagnóstico de envío a nuestro centro de ausencia adquirida de mama, que deseen reconstrucción mamaria y acepten los tratamientos con tejido autólogo o expansor tisular-implante mamario, que firmen carta de consentimiento, que acepten someterse a tratamiento de reconstrucción mamaria, que acepten formar parte de este protocolo atendidas en el Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva de la UMAE Hospital de Especialidades Dr. Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional “La Raza”.

En tanto a los criterios de exclusión que se contemplaron son el diagnóstico de enfermedades metabólicas o sistémicas descontroladas que no hicieran posible llevar a cabo la reconstrucción mamaria, pacientes que continúen en manejo oncológico, con evidencia de metástasis por cáncer de mama a cualquier nivel, con tratamiento psiquiátrico, que no deseen reconstrucción mamaria, que no deseen formar parte del protocolo, sexo masculino.

Dentro de los criterios de eliminación incluye pacientes que no completen cuestionario, que no acudan a seguimiento de cirugía o defunción durante el periodo de estudio.

Dentro de las variables dependientes que se evaluaron fueron las siguientes:

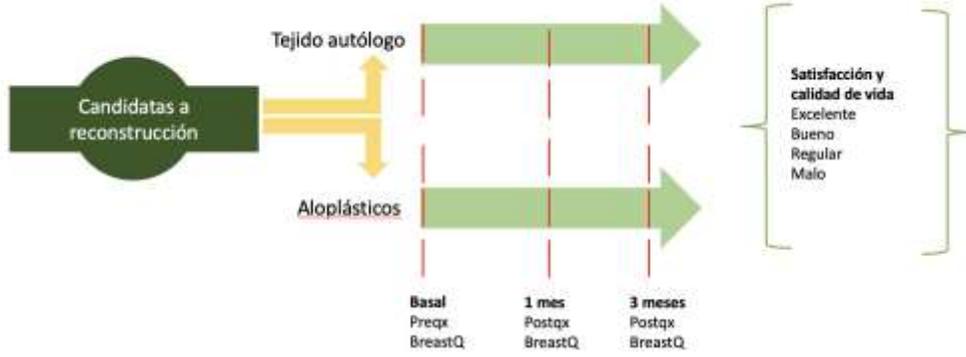
Calidad de vida, que se evalúa mediante el cuestionario Breast-Q, con los indicadores de bienestar psicosocial, sexual y físico. Clasificando la calidad de vida como excelente, buena, regular y mala.

Satisfacción del paciente obtenida mediante cuestionario Breast-Q, con los indicadores de satisfacción con aspecto de las mamas postoperatorio, satisfacción con atención médica y resultado de la cirugía, clasificándolos como excelente, bueno, regular y malo. En tanto las variables independientes que se evaluaron fueron la edad, medida mediante la revisión del expediente del paciente, antecedente de radioterapia y quimioterapia, recabado del historia del paciente, ocupación obtenida de la ficha de identificación del paciente, lateralidad afectada mediante información directa con los antecedentes del paciente, índice de masa corporal al realizar la fórmula teniendo el peso y estatura de la persona, antecedente de tabaquismo, obtenida por información directa de la paciente, comórbidos como diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica, obtenido por información directa de la paciente en la nota de referencia.

Para la realización del estudio, acudimos al área de consulta externa del hospital para solicitar a los pacientes que cumplieran con los criterios de inclusión descritos, la autorización para participar en el protocolo con firma de consentimiento informado, así como el llenado del cuestionario Breast-Q. Se decidió por parte del cirujano tratante y el paciente el tipo de manejo quirúrgico a darse y se les dio seguimiento. En la cita de revisión de 1 mes y al tercer mes se realizaron nuevamente los cuestionarios Breast-Q para tener el análisis comparativo. Posterior al registro de información, se transcribieron los datos a hoja prediseñada de Excel para realizar en análisis estadístico. El análisis univariado de variables cualitativas se describió en frecuencias absolutas y proporciones, en tanto las variables cuantitativas se describieron en medias y desviaciones estándar en todos los casos por la distribución. Para los casos de reconstrucción subóptima, se realizó análisis de regresión en base a potenciales factores de riesgo predictivos de insatisfacción

La muestra total fue de 98 pacientes, todas ellas completando el seguimiento con los cuestionarios al final del estudio.

# Flujograma



## RESULTADOS

Se realizó un estudio de tipo observacional, analítico, longitudinal, prospectivo con información recabada de las pacientes que acudieron a consulta externa de cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, sometidas a reconstrucción mamaria, se aplicó el cuestionario Breast-Q en su versión validada al español de manera preoperatoria y posteriormente al primer y tercer mes postquirúrgico del procedimiento reconstructivo elegido en conjunto por paciente y cirujano, para en análisis de datos, se utilizó estadística descriptiva. Asimismo, para los casos de reconstrucción subóptima, se realizó análisis de regresión en base a potenciales factores de riesgo predictivos de insatisfacción, una vez obtenidos los datos, se integraron los siguientes resultados.

Se contó con una muestra de 98 pacientes evaluados, los cuales contaban con una edad media de 51.57 años (+/- 7.44), siendo la edad máxima registrada 67 años y la mínima de 32 años. (Tabla 1).

La distribución por edad fue bastante similar entre ambos grupos de reconstrucción, con predominio de la quinta y sexta década de la vida entre el grupo poblacional afectado. En el grupo de reconstrucción con aloplásticos (n=54), se encontró una edad promedio de 53.26 (DE= 7.318), con una edad máxima registrada de 67 años y la mínima de 35 años. Por su parte, el grupo de reconstrucción con tejido autólogo (n=44), la edad promedio fue de 49.5 (DE= 7.05), con una edad máxima registrada de 63 años y una mínima de 32 años. (Tabla 2).

En tanto a la ocupación, se vio una distribución similar entre grupos, con la ocupación “empleada” ocupando el mayor porcentaje de pacientes. La distribución general fue la siguiente: 19 pacientes (19.39%) se encontraban pensionadas, 26 pacientes (26.53%) se dedicaban al hogar, y 53 pacientes (54.08%) eran empleados. (Tabla 3) (Grafico 1). Del total de pacientes, solo 5.1% (5 pacientes) tenían antecedente familiar de cáncer de mama en familiares de primer y/o segundo grado. (Tabla 3).

En base a la somatometría medida, la mayor parte de las pacientes se encontraban en peso adecuado para talla en base a índice de masa corporal, con una proporción similar en el grupo de sobrepeso y obesidad grado I. De los 98 pacientes, 49 pacientes (50%) se encontraban en normo peso, 36 pacientes (36.73%) presentaban sobrepeso, 12 pacientes (12.24%) se encontraban con Obesidad Grado I, y 1 paciente (1.03%) presentaba Obesidad Grado II, sin diferencias significativas entre grupos. (Tabla 3) (Grafico 2).

La lateralidad afectada con más frecuencia fue la izquierda en 59 casos (60.2%), 37 casos (37.76%) del lado derecho y finalmente, 2 pacientes (2.04%) se presentaron para reconstrucción por cáncer de mama bilateral. Al realizar la división entre grupos, un 54.55% en el grupo de reconstrucción autóloga y 64.81% en el grupo de reconstrucción con aloplásticos tenían afección del lado izquierdo.(Tabla 3) (Gráfico 3).

Del total de pacientes, 14 de ellas (14.29%) tenían antecedente de consumo de tabaco, siendo 6 de ellas del grupo de reconstrucción con aloplásticos y los 8 restantes del grupo de reconstrucción autóloga, del total de pacientes con antecedente de tabaquismo, 4 de ellas (28.57%) tenían antecedente de consumo por menos de 10 años y 10 pacientes (71.43%) por 10 años o más. Por otro lado, 23 pacientes (23.47%) referían antecedente de alcoholismo, esto correspondía a 25% del grupo de reconstrucción autóloga y 22% del grupo de reconstrucción con aloplásticos. Además de esto, 2 pacientes (2.04%) referían consumo de otras sustancias como marihuana o cocaína), ambos del grupo de reconstrucción con aloplásticos correspondiente a 3.7% del total del grupo. En cuanto a la actividad física, 25 de las pacientes (25.51%) referían realizar actividad física de moderada a severa, de estas 34% de las pacientes pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 19% del grupo de reconstrucción con aloplásticos. (Tabla 3).

En tanto a los comórbidos y otros antecedentes patológicos, 42 (42.86%) cursaban con diabetes mellitus (34% autólogo, 50% aloplásticos), 57 (58.16%) padecían hipertensión arterial sistémica (50% autólogo, 64% aloplásticos), de estos, 27 pacientes (27.55%)

cursaban con ambas enfermedades. 3 de los 98 pacientes (3.06%), padecían cardiopatía no especificada, 16 pacientes se encontraban en manejo por patología tiroidea (16.33%), 4 padecían osteoporosis (4.08%), 33 pacientes tenían antecedente de al menos 1 procedimiento quirúrgico previo además de la mastectomía (33.67%), 6 tenían antecedente de al menos 1 transfusión (6.12%), 6 tenían antecedente de alergia a algún medicamento conocida (6.12%), y 8 presentaban antecedente de fractura, no relacionada con enfermedad oncológica (8.16%). (Tabla 3).

La mayor parte del grupo de las pacientes que habían sido sometidas a adyuvancia con quimioterapia o radioterapia pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo, siendo el 90% del grupo quienes habían recibido quimioterapia contra tan solo 9% del grupo de reconstrucción con aloplásticos, asimismo un 88.6% de las pacientes en el grupo de reconstrucción autóloga referían antecedente de radioterapia comparado con solo 9.26% del grupo de reconstrucción con aloplásticos. (Tabla 3).

De la muestra total de pacientes de reconstrucción con tejido autólogo (N=44), 40 de ellos (90.91%), fueron sometidos a colocación de aloplástico, además del método autólogo elegido, solo en 4 pacientes (9.09%) no fue necesario adicionar aloplástico al método autólogo.

De los pacientes con reconstrucción autóloga (N=44), los métodos utilizados fueron: Colgajo dorsal ancho (90.91%), Colgajo TRAM (6.82%) y Colgajo microquirúrgico DIEP (2.27%).

En todos los casos de reconstrucción con aloplástico aislado (N=54) y de los pacientes con reconstrucción autóloga y uso de aloplástico (n=40) fue necesario el procedimiento quirúrgico en 2 etapas, en donde en la primera etapa se colocó expansor tisular y en la segunda etapa se realizó el recambio del expansor de tejido por implante. El tiempo libre de enfermedad de las pacientes fue variable, siendo el tiempo mínimo de inicio de reconstrucción de 18 meses y el máximo 88 meses. Con un promedio de inicio de

procedimientos reconstructivos de 40.89 meses y una desviación estándar de +/- 12.348.

### *Bienestar psicosocial*

Al inicio de la encuesta 31 pacientes del grupo de reconstrucción con tejido autólogo se encontraban en el grupo de Bienestar psicosocial “Malo”, 13 en el grupo “Regular”. (Gráfico 4). Para el primer mes, el número de pacientes en el grupo “Malo” descendió a 2 pacientes, 12 pacientes en el grupo “Regular” y 30 pacientes en el grupo “Bueno” (Gráfico 5). Hacia el tercer mes, 1 paciente se reportaba en el grupo “malo”, 6 pacientes en el grupo “Regular”, 14 pacientes se reportaron en el grupo “Bueno”, y 23 pacientes en el grupo “Excelente”. (Gráfico 6). (Gráfico 7).

En el grupo de reconstrucción con aloplásticos, 34 pacientes al inicio del estudio se referían con Bienestar psicosocial “Malo”, 16 pacientes en el grupo “Regular” y 4 con una evaluación “Buena” (Gráfico 4). Para el primer mes el número de pacientes, solo 1 paciente se encasillaba en el grupo “Malo”, 27 en el grupo “Regular” y 26 en el grupo “Bueno” (Gráfico 5). Hacia el tercer mes, 1 paciente se reportaron en el grupo “Malo”, 7 pacientes en el grupo “Regular”, 12 pacientes se reportaron en el grupo “bueno”, y 34 pacientes se reportaban como “Excelente”. (Gráfico 6). (Gráfico 8).

### *Bienestar sexual*

Al inicio de la encuesta 84 pacientes se identificaban en el grupo “Malo” en tanto a bienestar sexual, 42 del grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 42 del grupo de reconstrucción con aloplásticos. 14 pacientes se clasificaron en el grupo “Regular”, de los cuales, 2 pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 12 del grupo de reconstrucción con aloplásticos.

Para el primer mes, 33 pacientes se encontraban en el grupo “Malo” aun, de los cuales, 19 eran del grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 14 del grupo de reconstrucción con aloplásticos. 46 pacientes se identificaban con el grupo “Regular”, de los cuales 22 eran del grupo de reconstrucción autóloga y 24 del grupo con aloplásticos. Asimismo, 19 pacientes se identificaban en el grupo “Bueno”, de los

cuales, 3 pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 16 al grupo de reconstrucción con aloplásticos.

Hacia el tercer mes, 31 pacientes referían bienestar sexual “Excelente”, de los cuales 12 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 19 al grupo de reconstrucción con aloplásticos. Por otro lado 47 pacientes refirieron un Bienestar sexual “Bueno”, de los cuales, 22 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga, y 25 al grupo de reconstrucción con aloplásticos. 15 pacientes se referían con un bienestar sexual “Regular”, siendo 7 del grupo autólogo y 8 del grupo con aloplásticos, y finalmente, 3 de las pacientes del grupo autólogo y 2 de los pacientes de reconstrucción con aloplásticos no mejoraron su Bienestar sexual posterior al tercer mes de finalizado el proceso reconstructivo.

#### *Bienestar físico del pecho*

Al inicio de la encuesta, 47 pacientes del global referían un “excelente” bienestar del pecho, de los cuales 20 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 27 al grupo de reconstrucción con aloplásticos. Mientras que 42 pacientes se referían en el grupo “Bueno” en cuanto al bienestar físico del pecho, de los cuales 18 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 24 al grupo de reconstrucción con aloplásticos, Solo 9 pacientes de ambos grupos se referían con un bienestar físico “Regular”, de los cuales 6 pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 3 al grupo de reconstrucción con aloplásticos.

Posterior a la convalecencia quirúrgica, 23 pacientes se referían en el grupo “Malo” en el bienestar físico, de los cuales 11 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 12 al grupo de reconstrucción con aloplásticos, 64 al grupo “Regular”, de los cuales 29 eran del grupo con reconstrucción autóloga y 35 al grupo de reconstrucción con aloplásticos, y 11 se ubicaban en el grupo “Bueno” en cuanto al bienestar físico, de los cuales 4 eran del grupo de reconstrucción autóloga y 7 del grupo de reconstrucción con aloplásticos.

Estos índices se modificaron hacia el tercer mes, en donde se refería solo 14 pacientes en el grupo de sensación “Regular” en cuanto al bienestar físico, de los cuales 3 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 11 al grupo de reconstrucción con

aloplásticos. 83 pacientes referían un “Buen” bienestar físico del pecho, de los cuales 41 pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 42 al grupo de reconstrucción con aloplásticos, y 1 paciente se refería con bienestar “Excelente”, mismo perteneciente al grupo de reconstrucción con aloplásticos.

#### *Bienestar físico de hombros y espalda*

En la encuesta basal, de los 98 pacientes, 6 referían un estado “Excelente” en cuanto al bienestar físico de espalda y hombros, de los cuales 3 pertenecían al grupo con reconstrucción autóloga y 3 en el grupo de reconstrucción con aloplásticos. 91 pacientes se referían en el grupo “Bueno” en cuanto a las molestias físicas en espalda y hombros, de los cuales 41 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 50 al grupo de reconstrucción con aloplásticos, y 1 paciente refería estado “Regular” perteneciente al grupo de reconstrucción con aloplástico.

Hacia el primer mes, 76 pacientes, 22 del grupo de reconstrucción autóloga y 54 del grupo de reconstrucción con aloplásticos se referían en el grupo “Regular” en cuanto a la sensación de bienestar en hombros y espalda, 19 pacientes se referían en el grupo “Malo” en cuanto a la percepción de bienestar físico, de los cuales todos pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga, y finalmente, 3 pacientes referían bienestar físico “Bueno”, de los cuales todos pertenecían al grupo autólogo, subgrupo reconstrucción con colgajo abdominal.

Para el tercer mes, 8 pacientes, todos del grupo de reconstrucción con tejido autólogo, se referían en el grupo “Excelente” en cuanto al bienestar físico de hombros y espalda, los 90 pacientes restantes, se referían en el grupo “Bueno” en cuanto a la percepción física en hombros y espalda.

#### *Efectos de radiación*

Del total de pacientes, 45 recibieron manejo con radioterapia, al inicio de la terapéutica, todos se ubicaban en la percepción “Mala” de los efectos de radiación. 3 meses posteriores de finalizar la terapéutica, hubo mejoría marcada de la percepción, 1 refería estado “Regular”, 32 un estado “Bueno” y 12 referían estado “Excelente”.

### *Satisfacción con la información*

Del total de pacientes, 43 referían “Buena” satisfacción con la información brindada por todo el equipo quirúrgico, de los cuales 16 eran del grupo de reconstrucción autóloga y 27 del grupo de reconstrucción con aloplásticos, los 55 restantes referían “Excelente” satisfacción con la difusión de información, de los cuales 28 eran del grupo de reconstrucción con tejido autólogo y 27 del grupo de reconstrucción con aloplásticos.

### *Satisfacción con el cirujano*

Al finalizar el proceso reconstructivo, 29 pacientes referían una satisfacción “Excelente” con el cirujano, de los cuales 12 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga y 17 al grupo de reconstrucción con aloplásticos, 67 referían “buena” satisfacción con el cirujano, 32 del grupo de reconstrucción autólogo y 35 del grupo de reconstrucción con aloplásticos, finalmente 2 pacientes, ambos del grupo de reconstrucción con aloplásticos referían “regular” satisfacción con el cirujano.

### *Satisfacción con equipo quirúrgico*

Del total de pacientes, 21 referían “excelente” satisfacción con equipo quirúrgico, 7 del grupo reconstrucción autólogo + aloplástico, 2 grupo reconstrucción autóloga pura y 12 del grupo de reconstrucción con aloplásticos. 75 referían “buena” satisfacción con equipo quirúrgico, de los cuales 32 pertenecían al grupo de reconstrucción autóloga + aloplástico, 2 al grupo de reconstrucción autóloga aislada y 41 al grupo de reconstrucción con aloplásticos. Finalmente 2 pacientes referían “regular” satisfacción con el equipo quirúrgico, 1 de la reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico y 1 más de reconstrucción con aloplástico.

### *Satisfacción con mama preoperatoria*

De los 98 pacientes, 69 pacientes referían “regular” estado de satisfacción con la imagen del tórax tratado, de los cuales, 28 pertenecía al grupo de reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico, 1 al grupo de reconstrucción con tejido autólogo aislado y 40 al grupo de reconstrucción con aloplásticos. Los 29 pacientes restantes referían “Mal” estado de satisfacción con la mama preoperatorio, siendo 12 del grupo de

reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico, 3 del grupo de reconstrucción autóloga sin aloplástico y 14 pacientes del grupo de reconstrucción con aloplásticos.

Hacia el final del procedimiento, 44 pacientes se referían en una satisfacción “buena” con el procedimiento, de los cuales 17 eran del grupo con reconstrucción autóloga + aloplástico, y 27 del grupo de reconstrucción con aloplástico. Los 54 pacientes restantes referían “Excelente” satisfacción con la reconstrucción, de estos, 23 eran del grupo de reconstrucción autóloga + aloplástico, 4 de reconstrucción autóloga pura y 27 del grupo con reconstrucción con aloplásticos.

#### *Satisfacción con implante (aloplástico)*

De los 94 pacientes reconstruidos con aloplásticos, 46 referían una satisfacción “excelente”, de estos, 26 pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico y 20 al grupo de reconstrucción con aloplástico simple. Mientras que 48 referían satisfacción “buena”, de los cuales, 14 eran del grupo de reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico y 34 del grupo de reconstrucción con aloplástico.

#### *Satisfacción con espalda posterior a procedimiento quirúrgico*

De los 40 pacientes sometidos a reconstrucción con colgajo dorsal ancho, 2 de ellos referían una satisfacción “Regular” con su espalda en el postoperatorio, 26 de ellos referían satisfacción “buena” y los 12 restantes una satisfacción “Excelente”.

#### *Satisfacción con administración*

De los 98 pacientes, solo 1 paciente refería “Regular” satisfacción con la administración, mismo pertenecía al grupo de reconstrucción con aloplásticos. Por otro lado, 77 referían satisfacción “Buena” con la administración, de este, 34 eran del grupo de reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico, 2 del grupo de reconstrucción autóloga simple y 41 del grupo de reconstrucción con aloplásticos. Finalmente 20 pacientes referían satisfacción “Excelente” con la administración, de estos, 6 pertenecían al grupo de reconstrucción con tejido autólogo + aloplástico, 2 al grupo de reconstrucción con tejido autólogo, y 12 al grupo de reconstrucción con aloplásticos.

### *Análisis de factores de riesgo*

Dentro de los factores de riesgo principales que se han identificado en diversos estudios para reconstrucción mamaria subóptima y factores de riesgo son la edad y el índice de masa corporal.

En base a esto, se realizó un análisis de regresión para identificar si en nuestras pacientes el fenómeno era similar.

En cuanto al bienestar psicosocial, se evidencio una relación no lineal en cuanto al bienestar postquirúrgico que presentaban las pacientes al correlacionar con el índice de masa corporal, sin significancia estadística. (Gráfico 31) (Tabla 4).

El bienestar sexual, por su parte, mostro una distribución no lineal en base al IMC, sin embargo, al realizar la correlación, se evidencio significancia estadística en base al IMC, conforme mayor IMC, menor bienestar sexual. ( $p=0.02$ ; IC95%) (Grafico 32) (Tabla 5).

El bienestar físico del pecho en el postquirúrgico se evaluó de la misma manera, sin evidenciar relación alguna de este con el índice de masa corporal, sin encontrar significancia al realizar correlación. (Gráfico 33) (Tabla 6).

Asimismo, la satisfacción con la mama postoperatoria en base al índice de masa corporal fue evaluado, a pesar de encontrar que los mayores puntajes se centraban en el área de normo peso, no se encontró significancia estadística en la evaluación. (Gráfico 34) (Tabla 7).

Así como con el IMC, se realizó correlación en base a la edad, encontrando los siguientes datos:

Bienestar psicosocial para edad. Se encontró una distribución no lineal, sin embargo, al realizar correlación se evidencio significancia estadística en base a edad. A mayor edad, mejor bienestar psicosocial ( $p=0.0024$ ; IC 95%). (Gráfico 35) (Tabla 8).

Bienestar sexual para edad. Se encontró distribución no lineal, tampoco se evidencio significancia al realizar la correlación. Las pacientes que tuvieron mejores puntajes postoperatorios se encontraban entre la quinta y sexta década de la vida. Siendo los extremos (<40 y >60) las que presentaban menores puntajes en la evaluación sexual. (Gráfico 36) (Tabla 9).

Bienestar físico del pecho para edad. Sin evidenciar significancia estadística o correlación. Con distribución no lineal en el análisis de regresión. (Gráfico 37) (Tabla 10).

Satisfacción con la mama para la edad. Sin evidenciar significancia estadística, con distribución no lineal en análisis de regresión, a pesar de que los peores puntajes se encontraron en pacientes más jóvenes en los datos tabulados. (Gráfico 38) (Tabla 11).

## TABLAS Y GRÁFICOS

**Tabla 1. Distribución por edad global.**

<b>Distribución por Edad de los Pacientes</b>					
Tipo	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar
Edad (años)	98	32.0	67.0	51.57	7.44

Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Tabla 2. Distribución de edad por grupo**

<b>Distribución por Edad en cada Grupo</b>					
Tipo Reconstrucción	N	Edad Mínima	Edad Máxima	Edad promedio	Desviación estándar
Aloplásticos	54	35.0	67.0	53.26	7.318
Autólogo	44	32.00	63.0	49.5	7.053

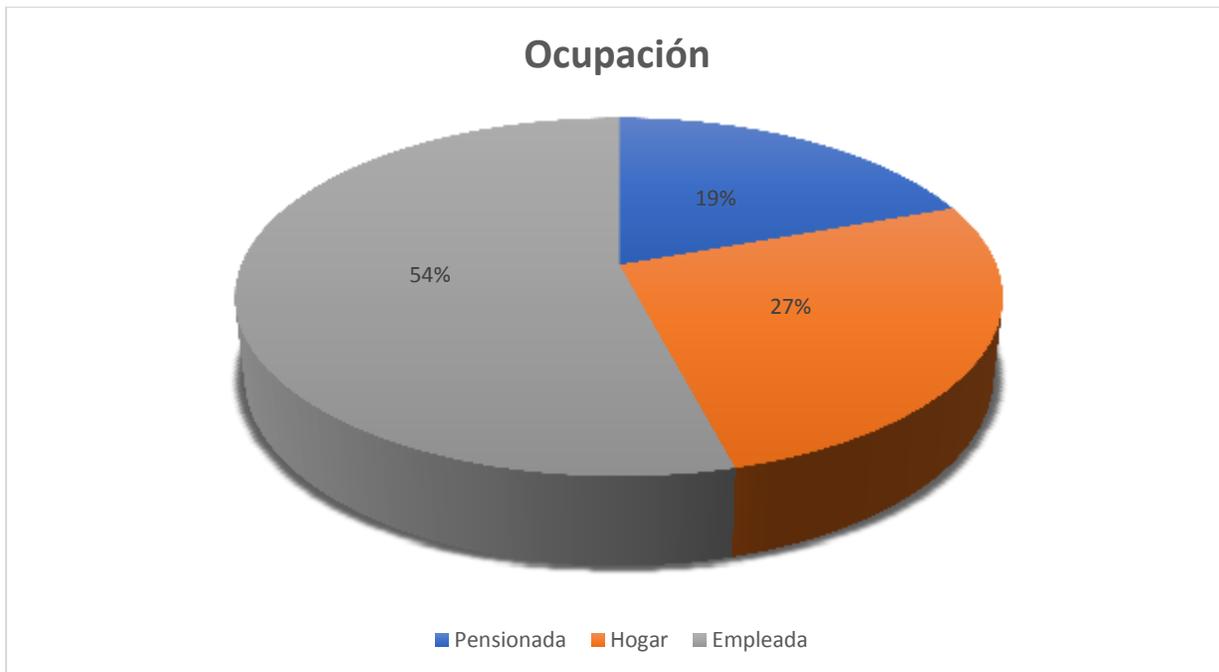
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Tabla 3. Distribución de variables por grupo.**

<b>Variable</b>	<b>Autólogo (n=44)</b>	<b>Aloplásticos (n=54)</b>
<b>Edad (años)</b>	49.5 +/-7.05	53.26 +/-7.32
<b>Ocupación (%)</b>	Empleadas (61.36%) Pensionadas (20.46%) Hogar (18.18%)	Empleadas (48.15%) Pensionadas (18.52%) Hogar (33.33%)
<b>Antecedente Cáncer (n, %)</b>	2 (4.55%)	3 (5.56%)
<b>Índice de Masa Corporal (n, %)</b>		
Bajo peso	0	0
Peso normal	22 (50%)	27 (50%)
Sobrepeso	16 (36.33%)	20 (37%)
Obesidad Grado I	6 (13.67)	6 (11.15%)
Obesidad Grado II	0	1 (1.85%)
<b>Obesidad G III</b>	0	0
<b>Lateralidad (n, %)</b>		
Izquierda	24 (54.55%)	35 (64.81%)
Derecha	19 (43.18%)	18 (33.34%)
Bilateral	1 (2.27%)	1 (1.85%)
<b>Tabaquismo</b>	8 (18.18%)	6 (11.11%)
<b>Alcoholismo (n, %)</b>	11 (25%)	12 (22.22%)
<b>Toxicomanías (n, %)</b>	0	2 (3.7%)
<b>Actividad física (n, %)</b>	15 (34.09%)	10 (18.52%)
<b>Quimioterapia (n, %)</b>	40 (90.9%)	5 (9.26%)
<b>Radioterapia (n, %)</b>	39 (88.64%)	5 (9.26%)
<b>Otras patologías</b>		
Diabetes mellitus (n, %)	15 (34.09%)	27 (50%)
Hipertensión arterial (n, %)	22 (50%)	35 (64.81%)
Cardiopatías (n, %)	1 (2.27%)	2 (3.7%)
Patología tiroidea (n, %)	7 (15.91%)	9 (16.17%)
Osteoporosis (n, %)	1 (2.27%)	3 (5.56%)

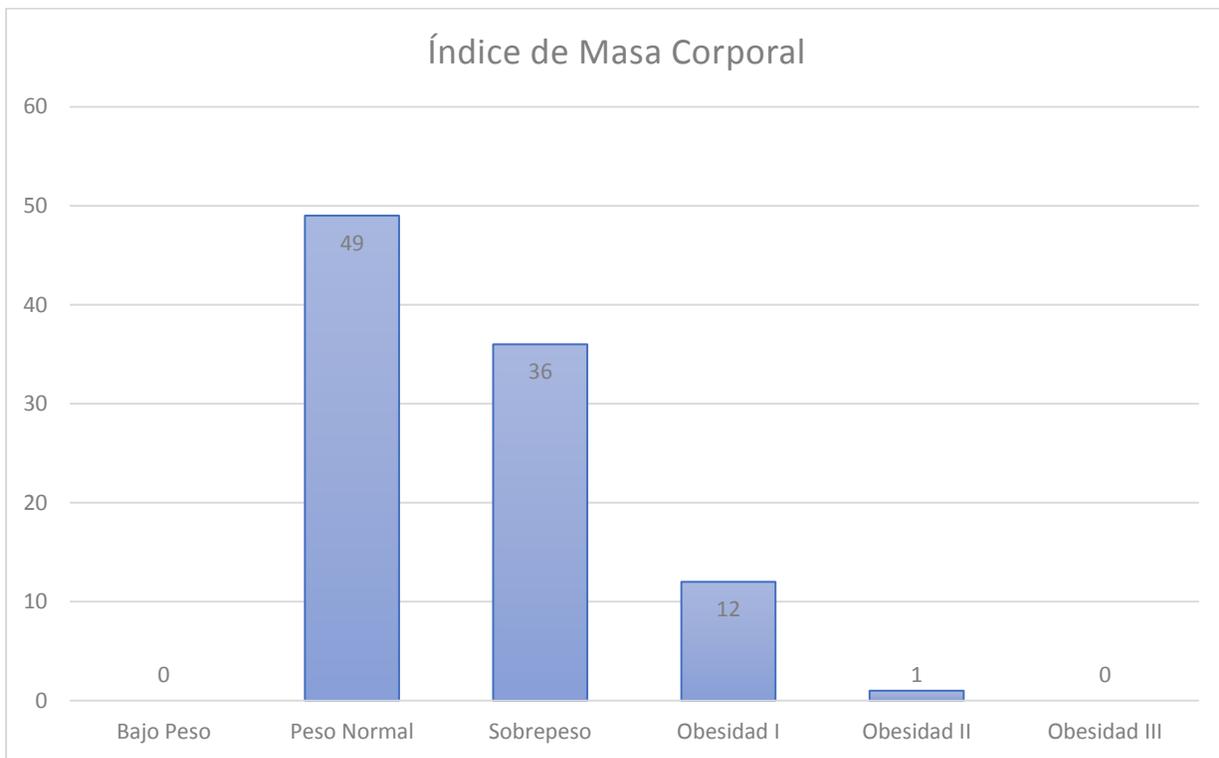
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 1. Distribución de pacientes en base a la ocupación**



Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 2. Distribución de pacientes en base al Índice de Masa Corporal**



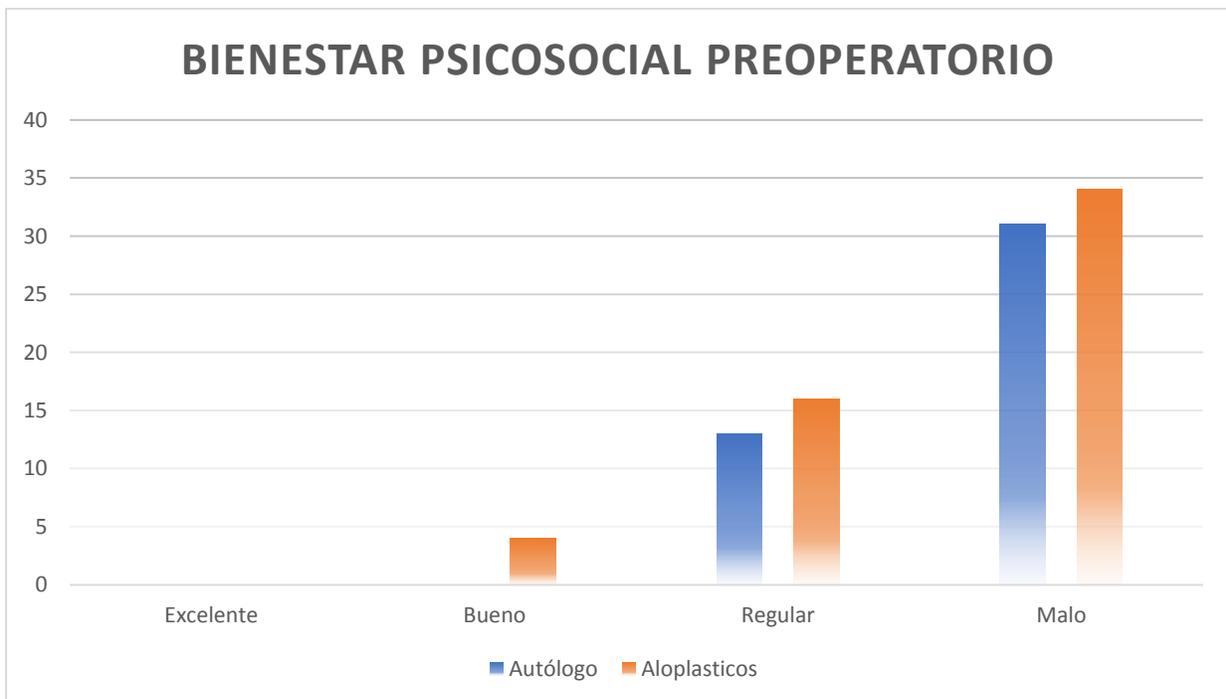
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 3. Lateralidad afectada con mayor frecuencia.**



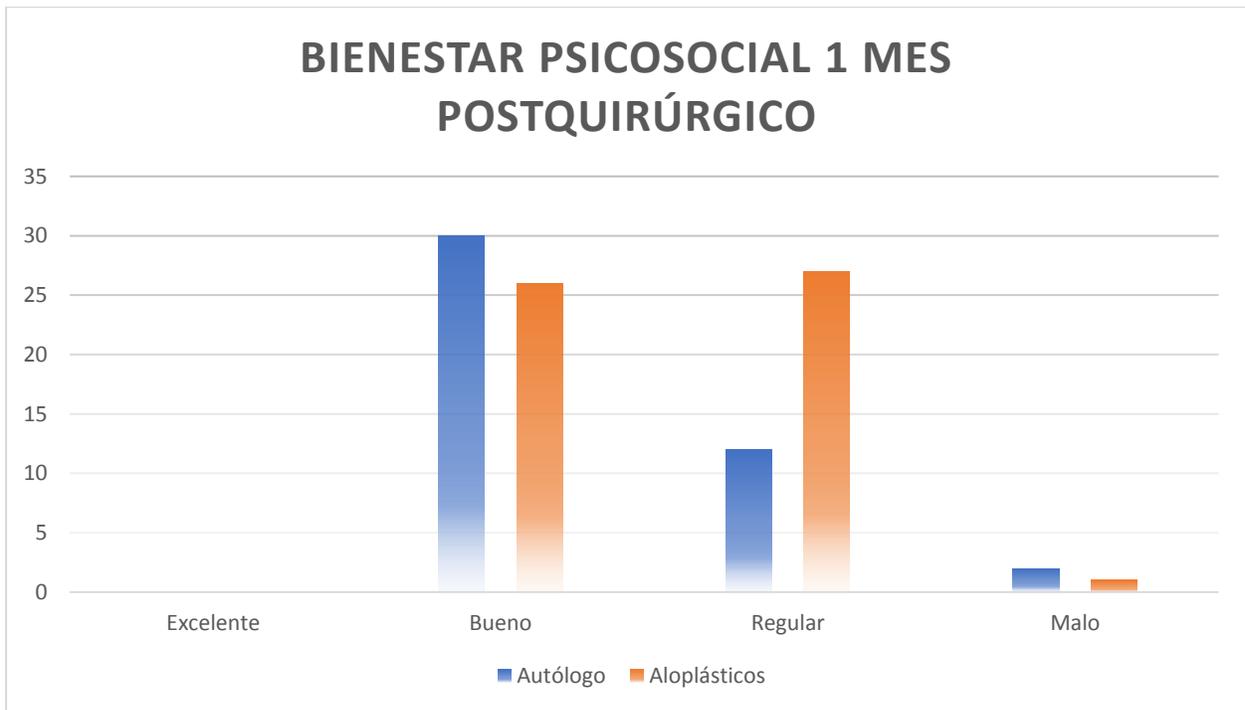
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 4. Bienestar psicosocial preoperatorio**



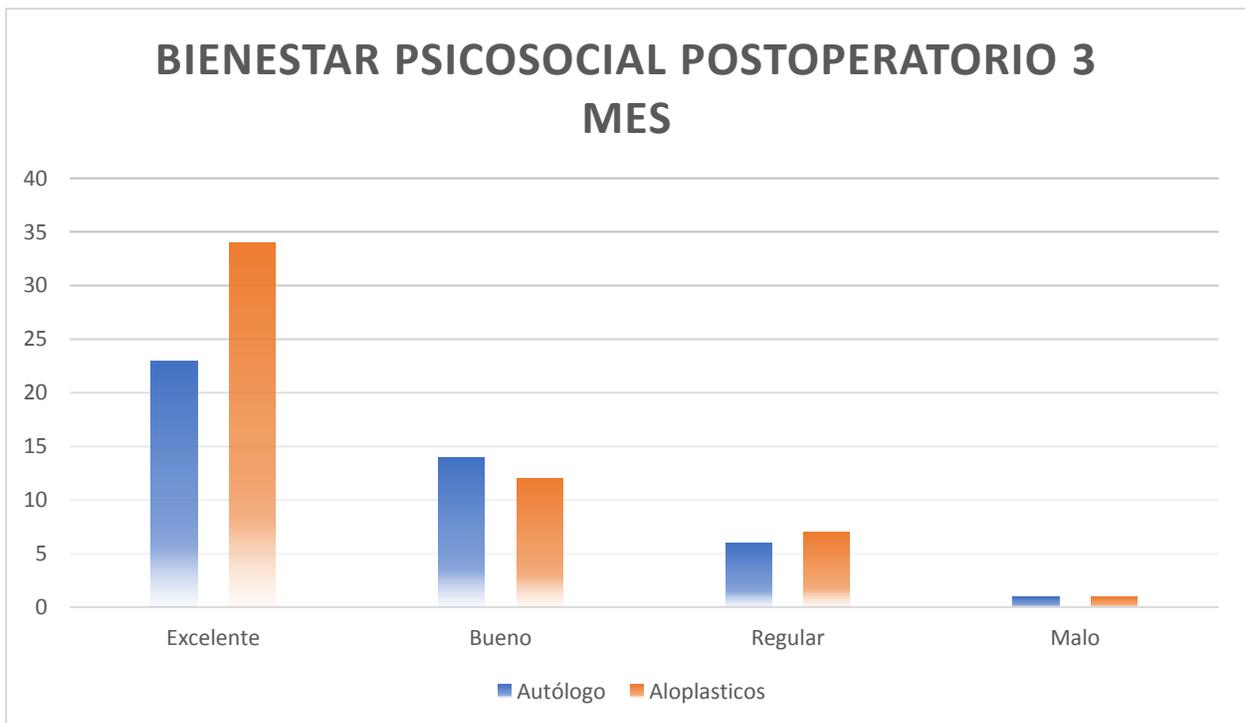
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 5. Bienestar psicosocial postoperatorio 1° mes**



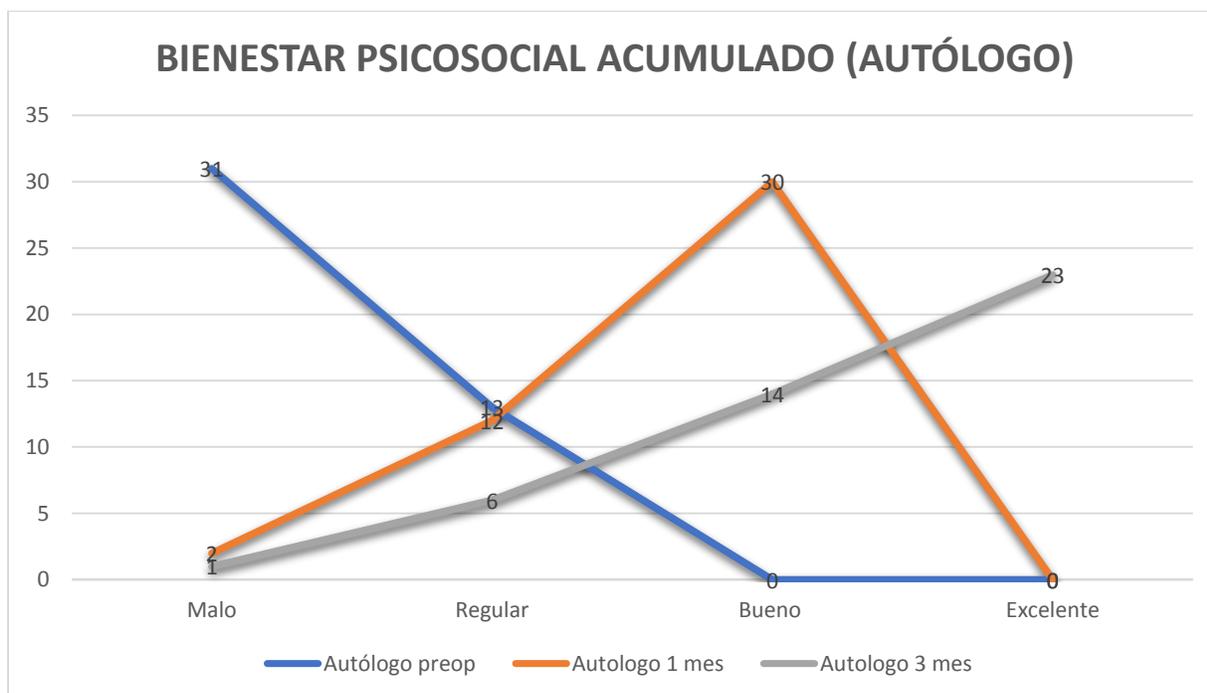
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 6. Bienestar psicosocial postoperatorio 3° mes**



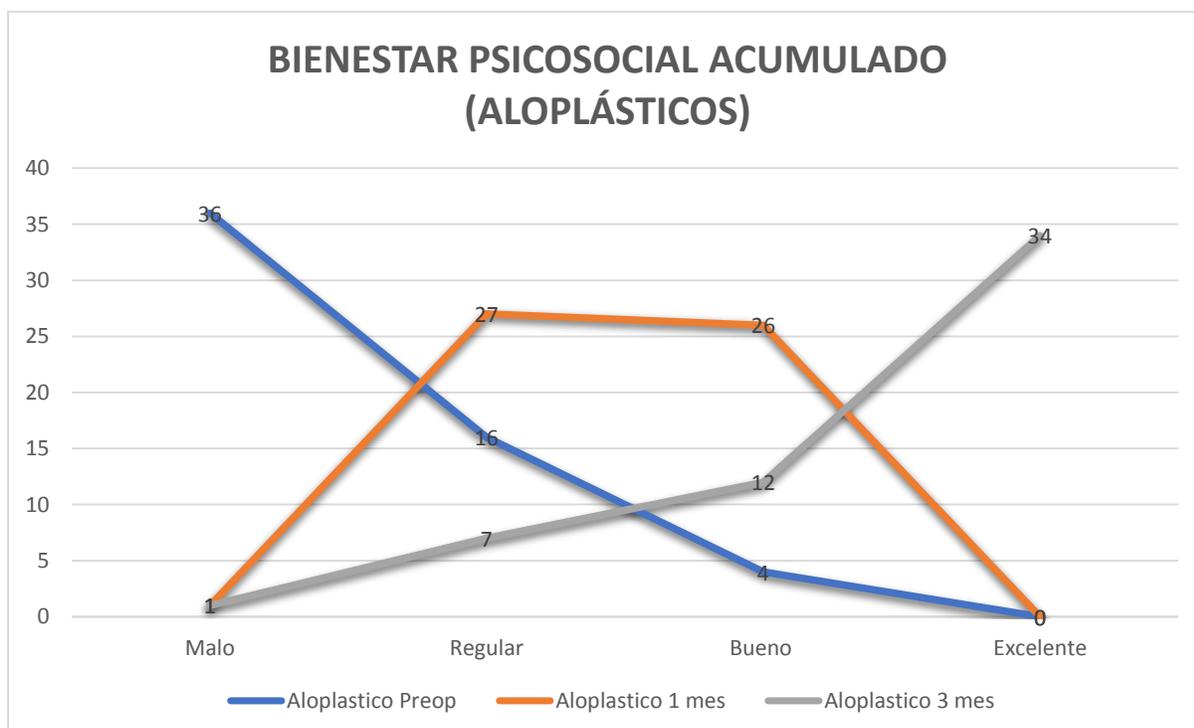
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 7. Bienestar psicosocial acumulado en reconstrucción autóloga**



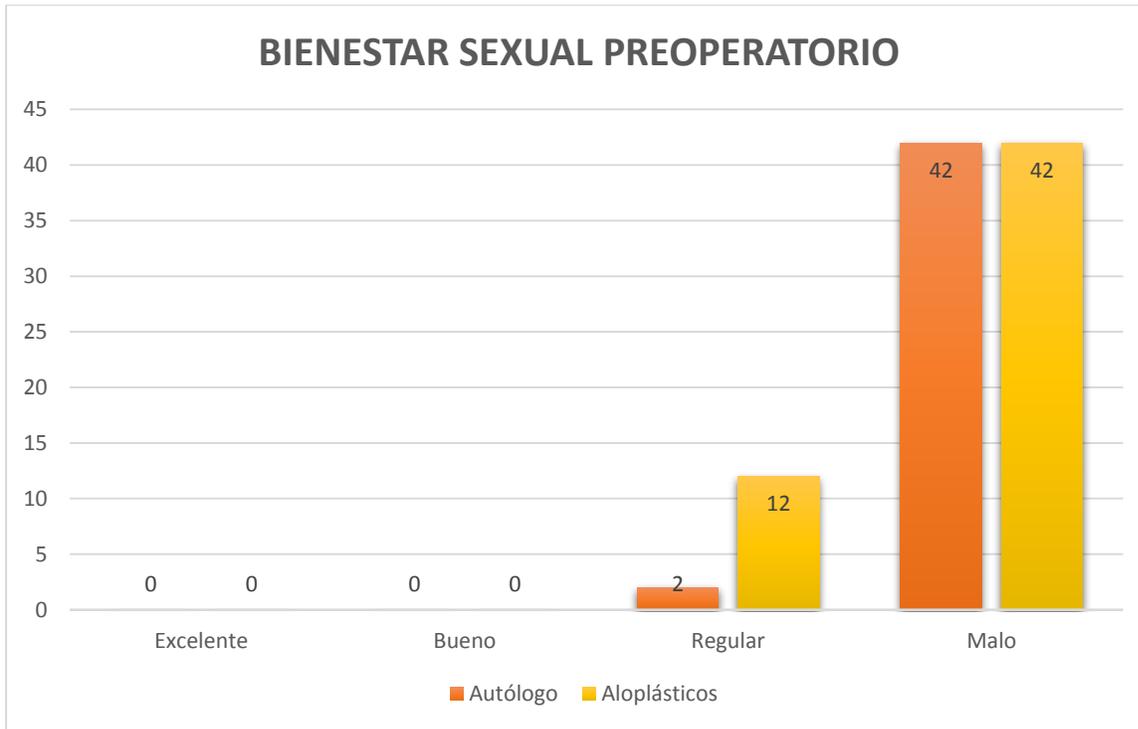
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 8. Bienestar psicosocial acumulado en reconstrucción con aloplásticos.**



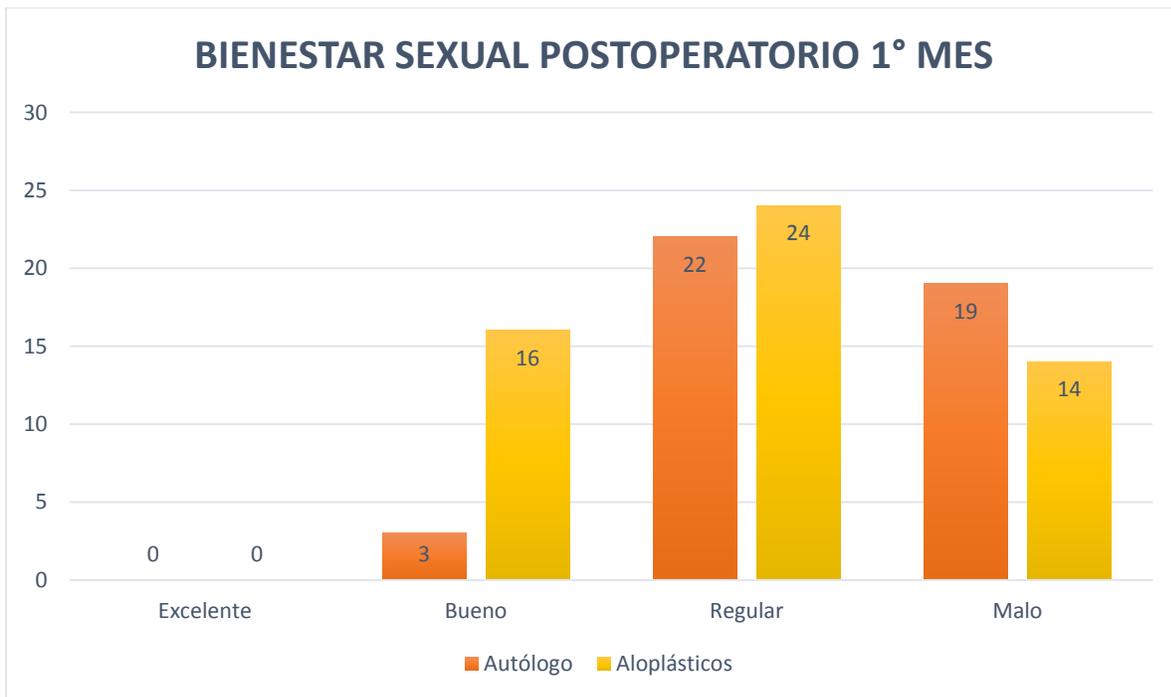
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 9. Bienestar sexual preoperatorio.**



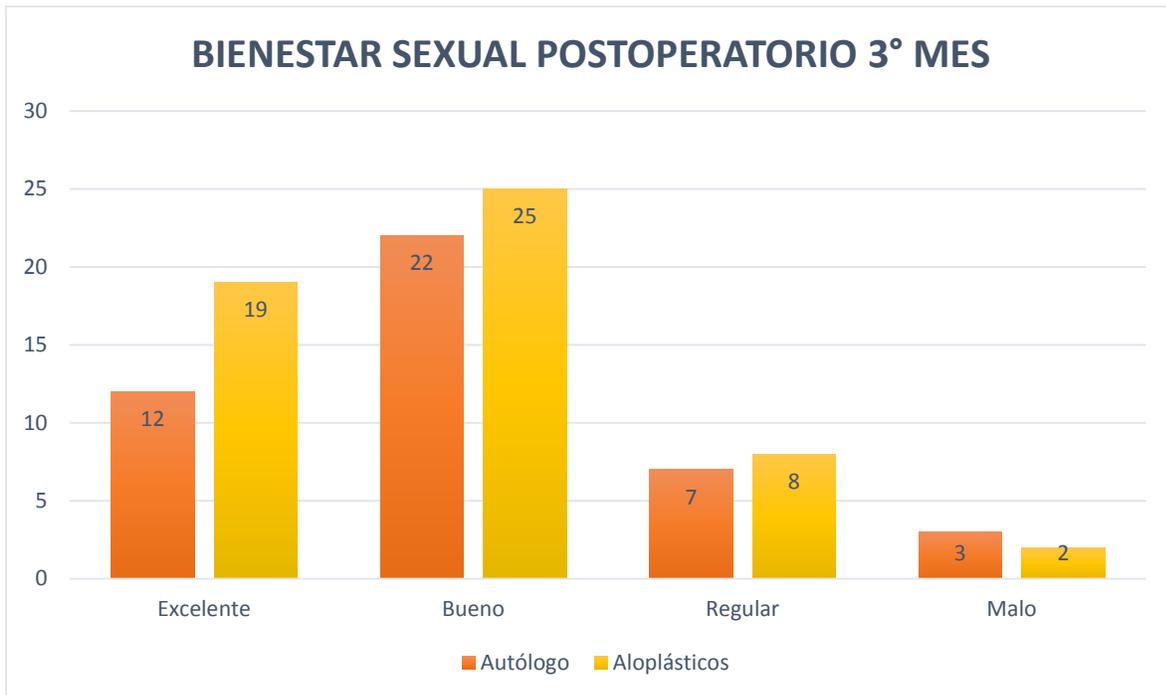
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 10. Bienestar sexual postoperatorio 1º mes.**



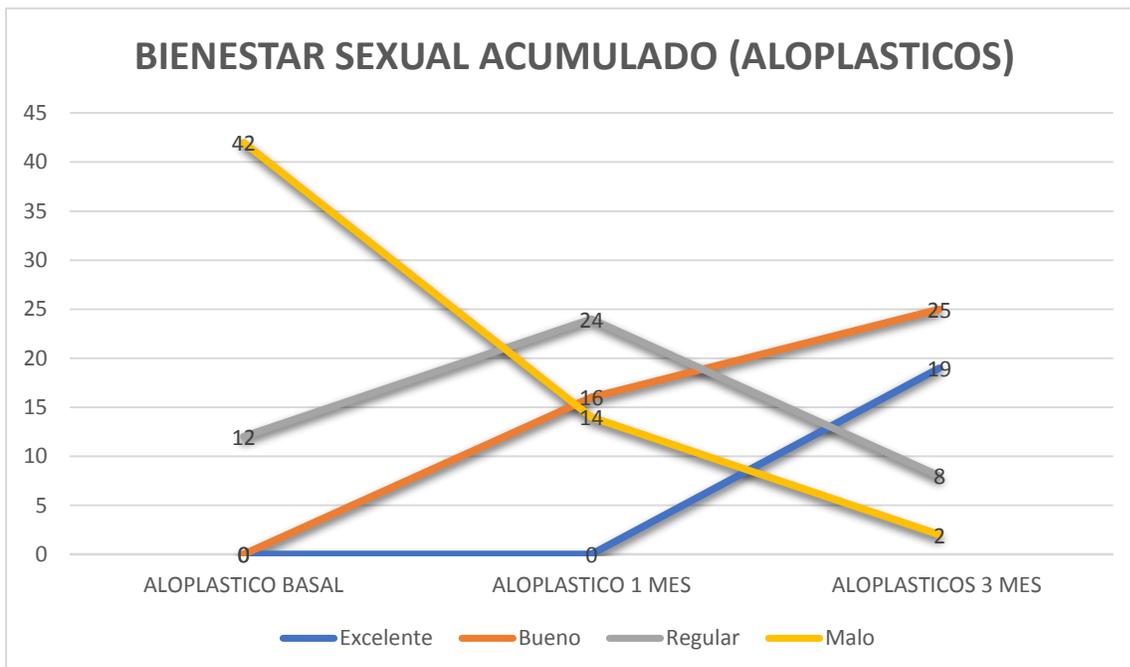
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 11. Bienestar sexual postoperatorio 3° mes.**



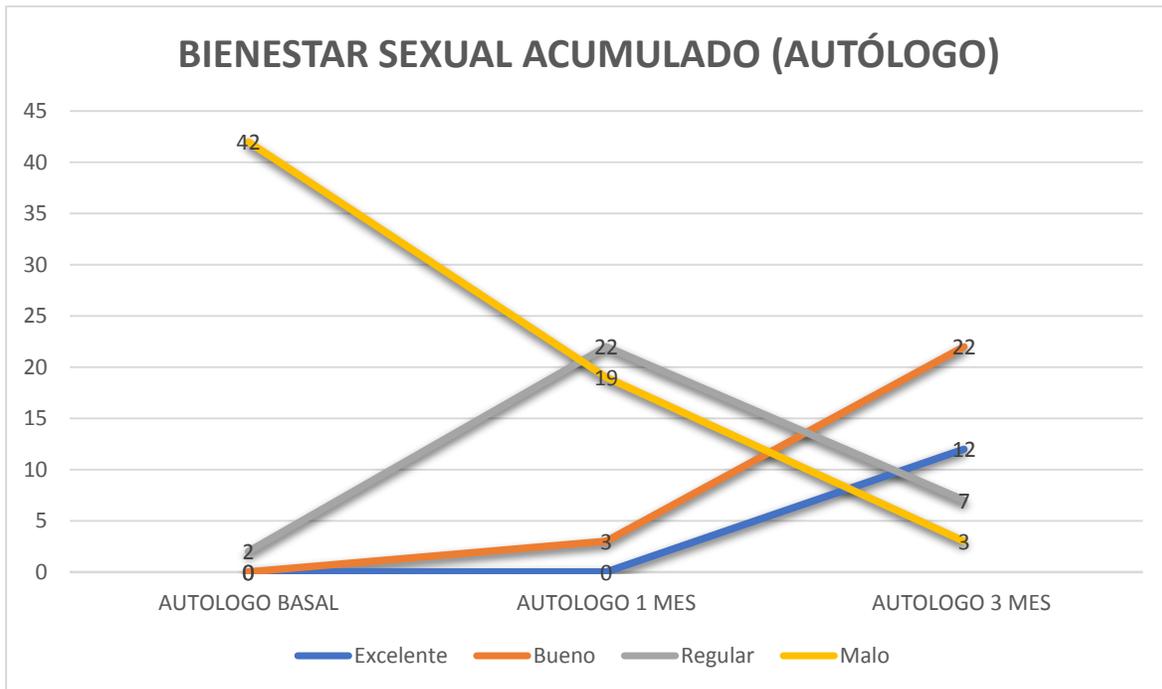
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 12. Bienestar sexual acumulado, grupo aloplásticos.**



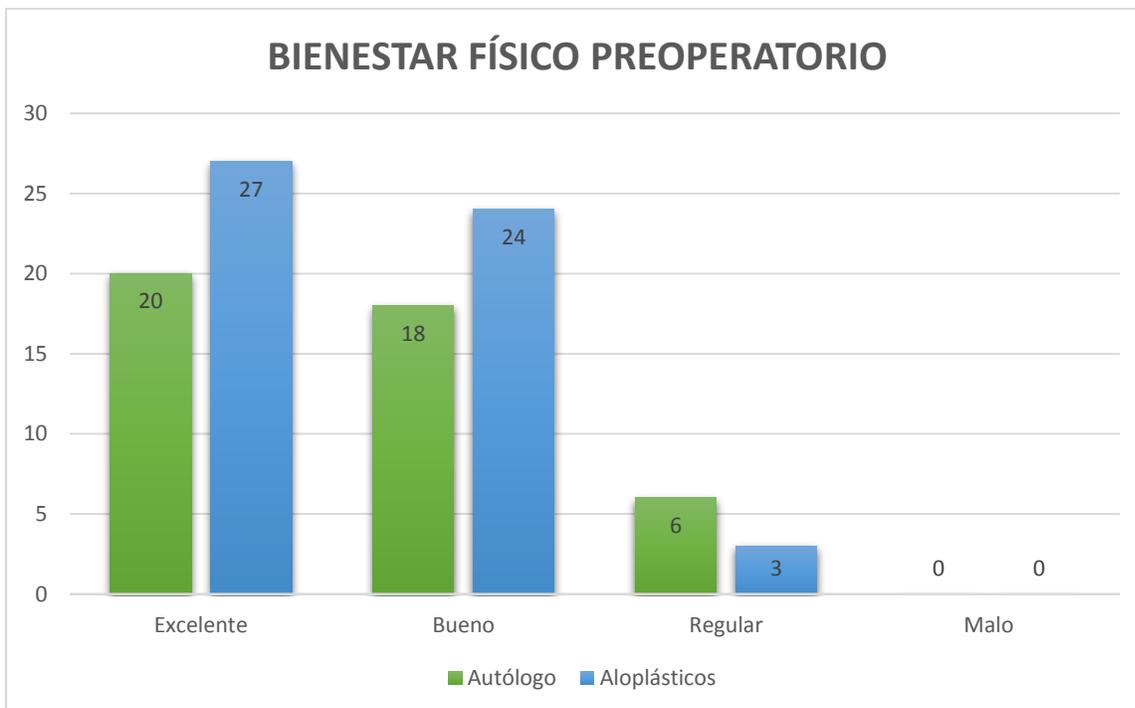
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 13. Bienestar sexual acumulado, grupo reconstrucción autóloga.**



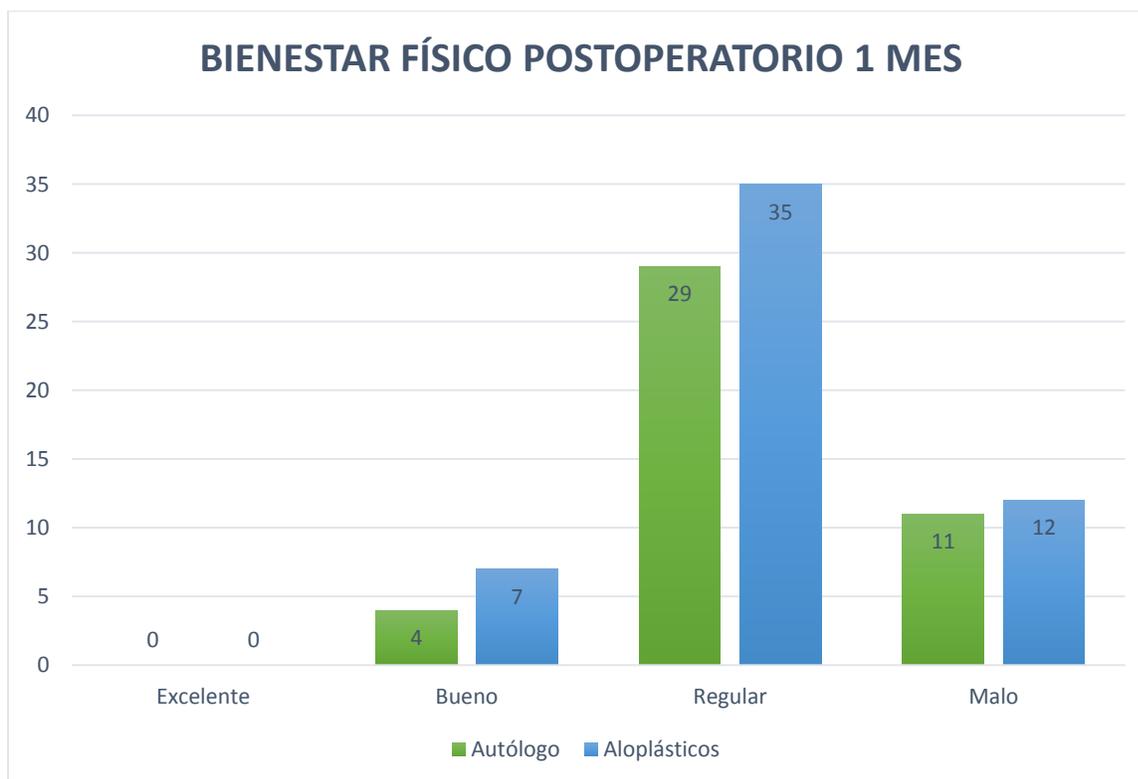
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 14. Bienestar físico preoperatorio.**



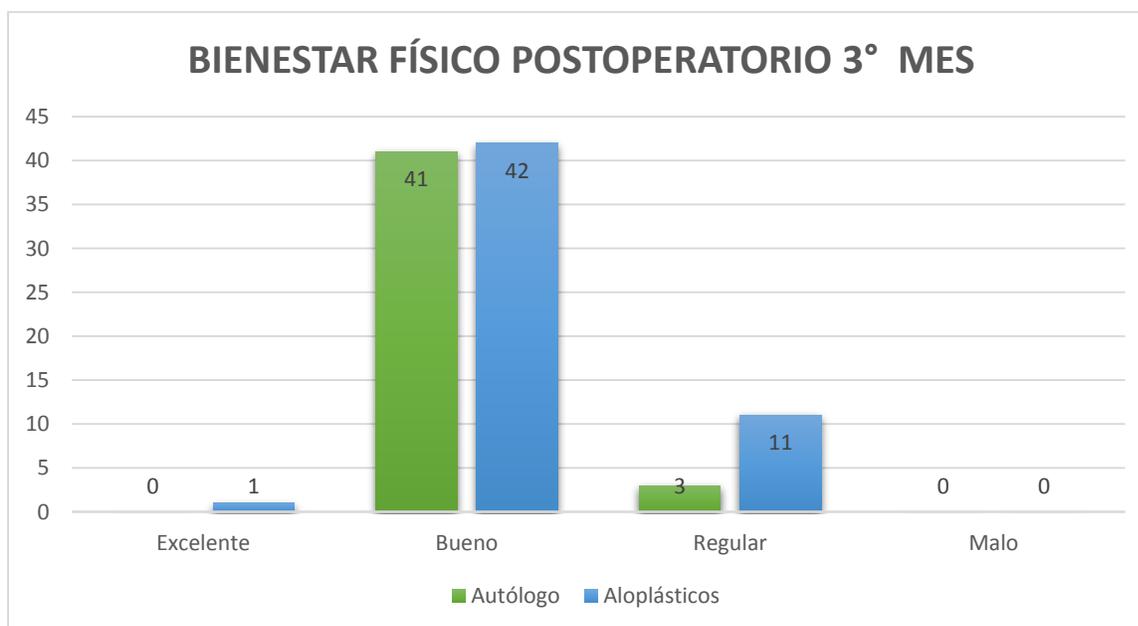
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 15. Bienestar físico postoperatorio 1° mes.**



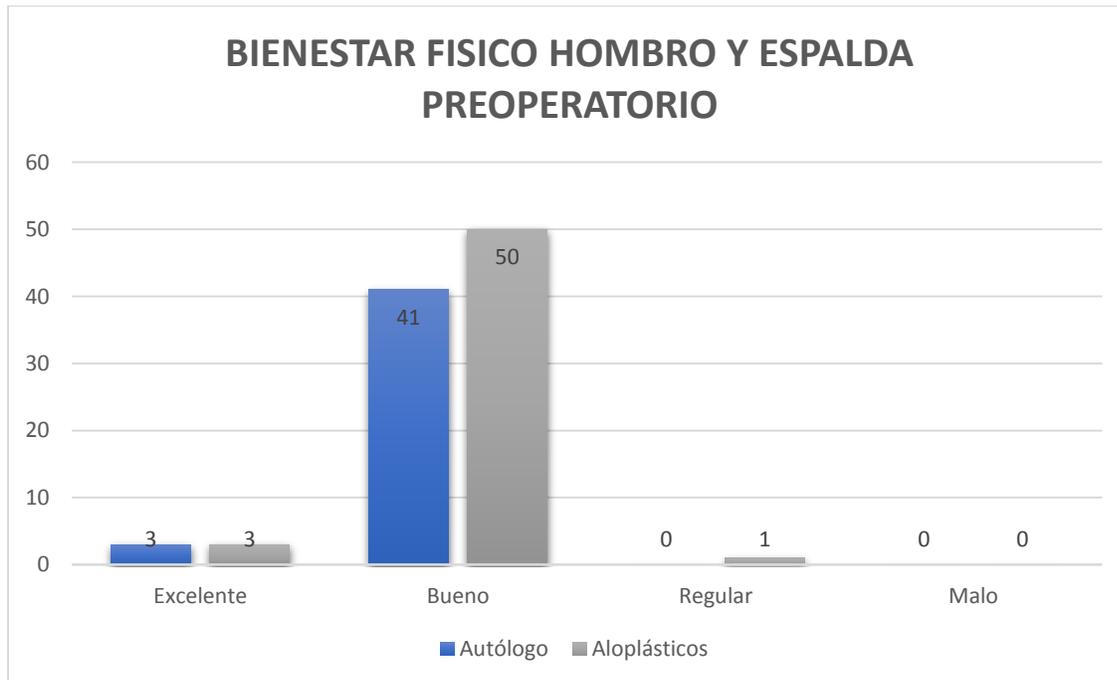
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 16. Bienestar físico postoperatorio 3° mes.**



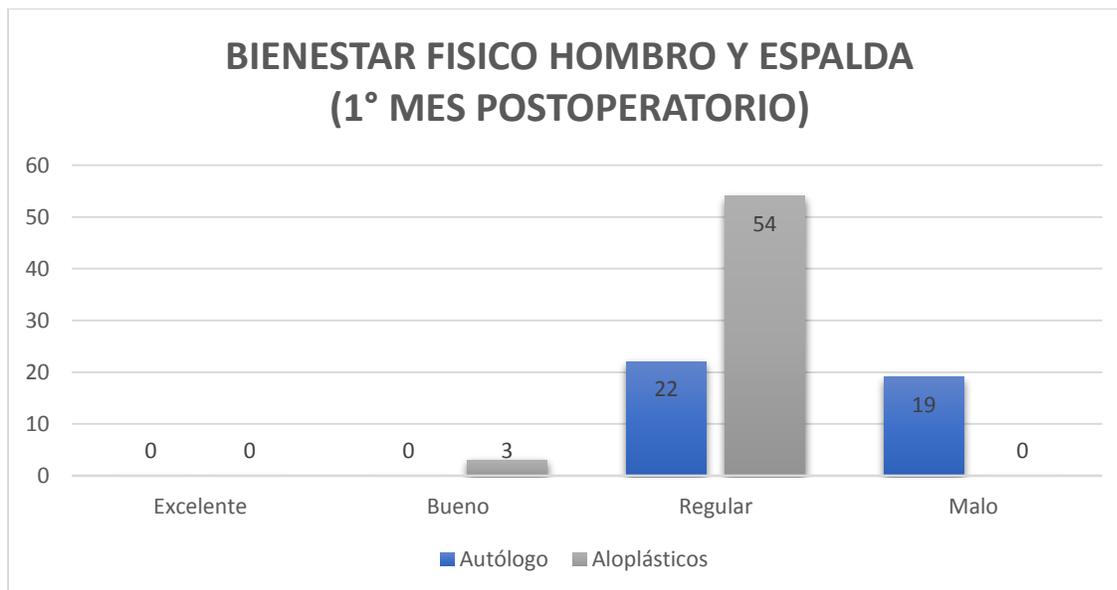
Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

**Gráfico 17. Bienestar físico hombro y espalda preoperatorio.**



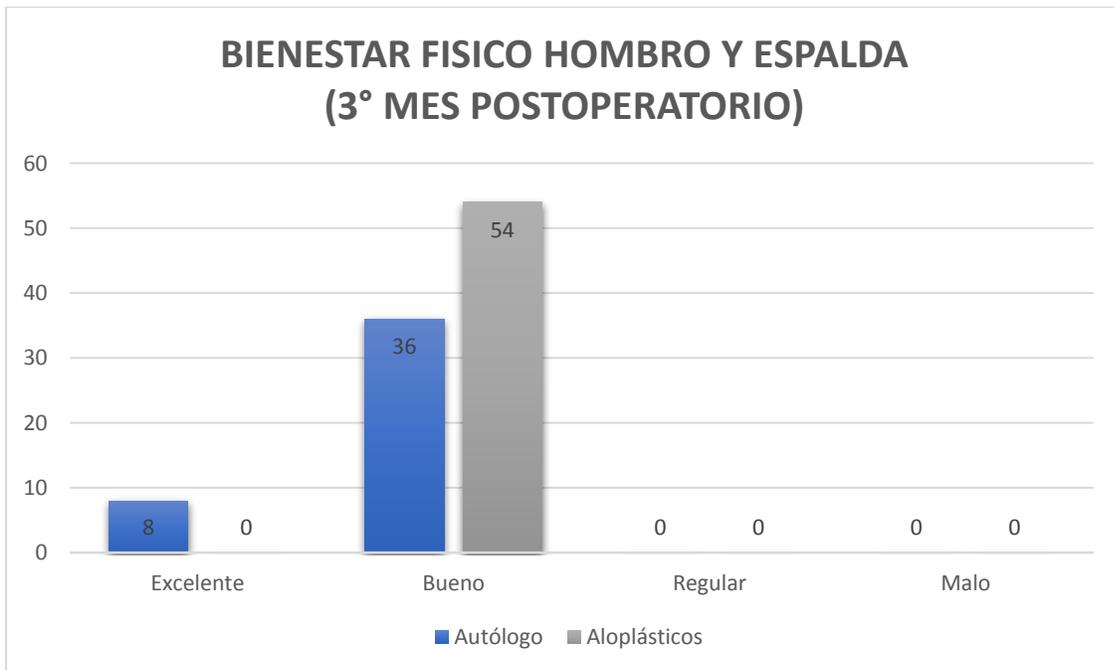
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 18. Bienestar físico hombro y espalda postoperatorio 1° mes.**



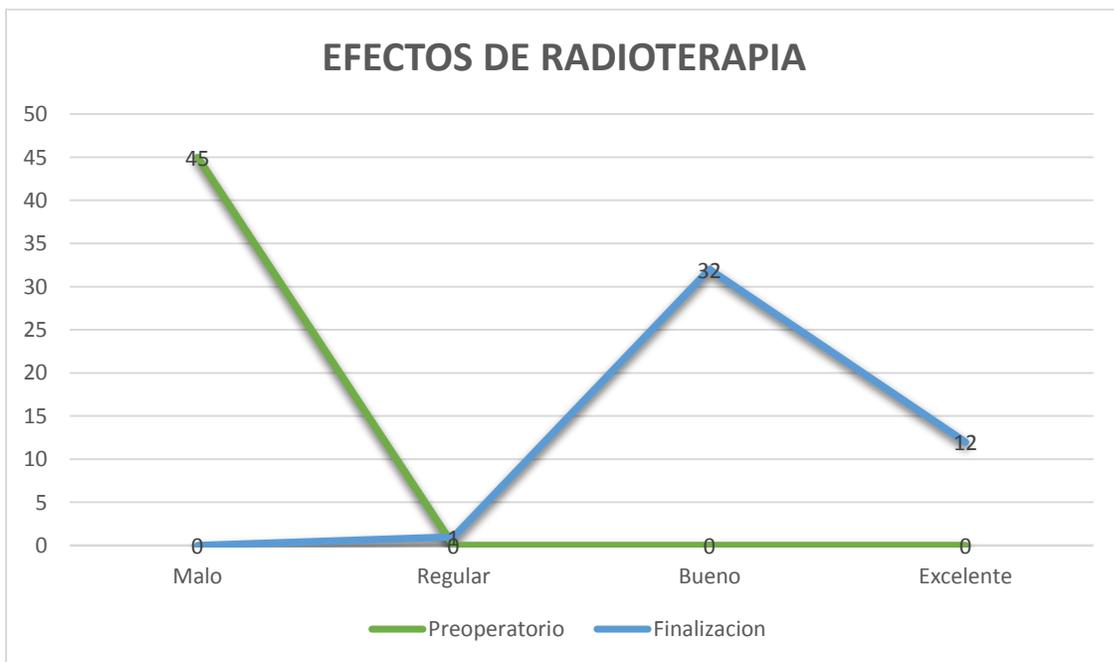
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 19. Bienestar físico hombro y espalda postoperatorio 3° mes.**



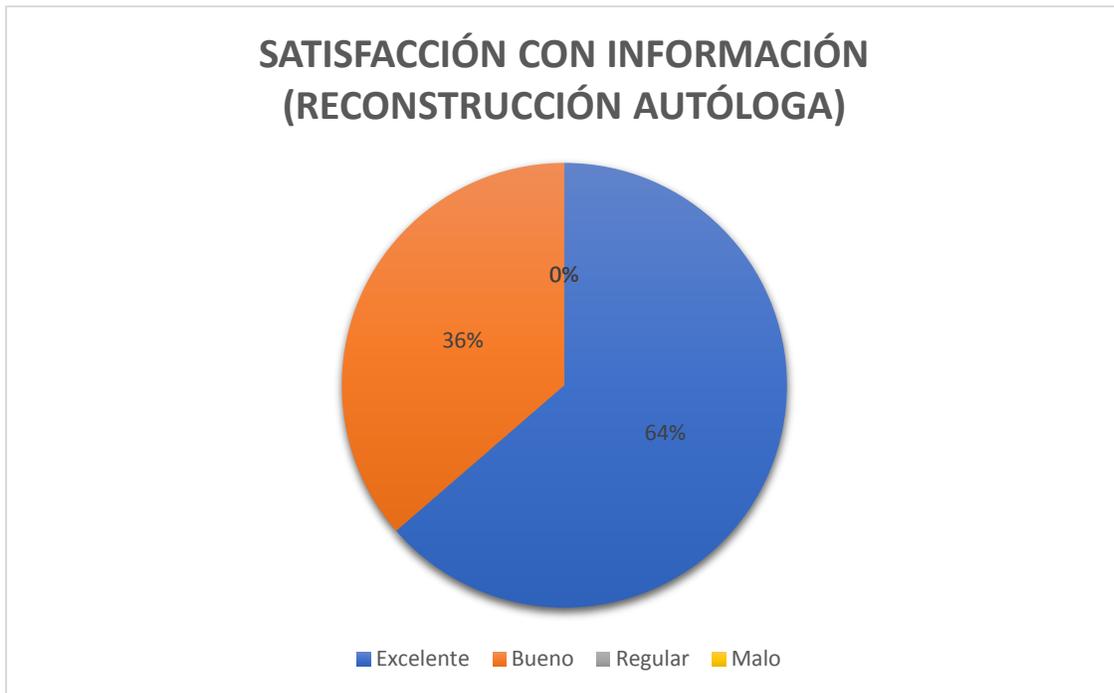
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 20. Efectos radioterapia preoperatorios y postoperatorios.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 21. Satisfacción con información, grupo reconstrucción autóloga.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 22. Satisfacción con información, grupo reconstrucción aloplásticos.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 23. Satisfacción con cirujano, grupo reconstrucción autóloga.**



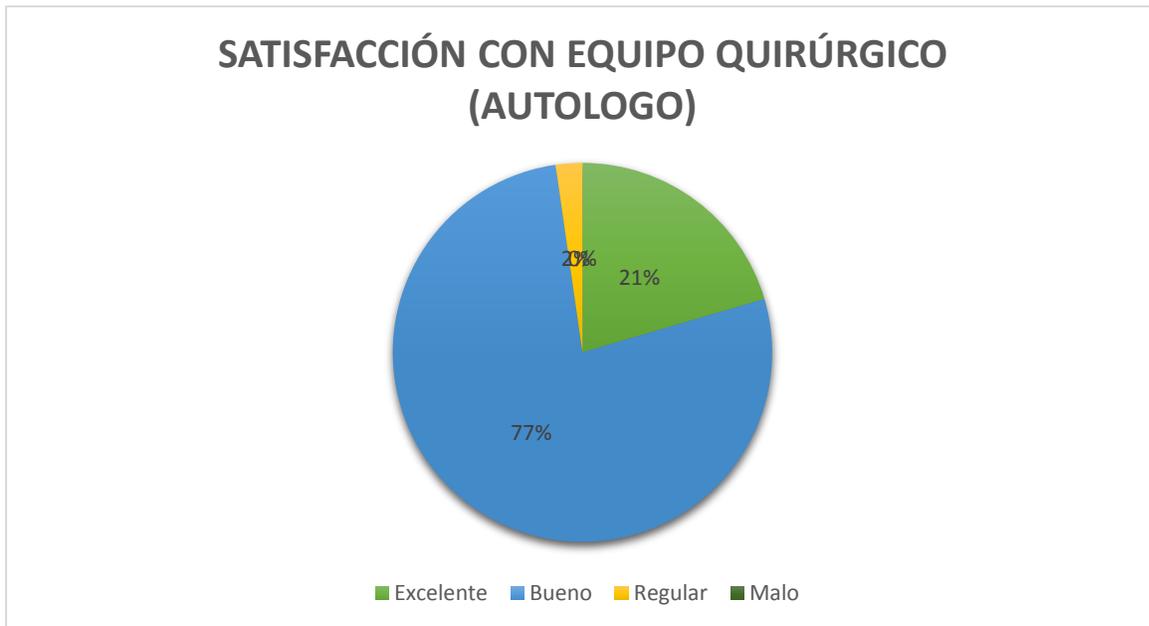
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 24. Satisfacción con cirujano, grupo reconstrucción aloplásticos.**



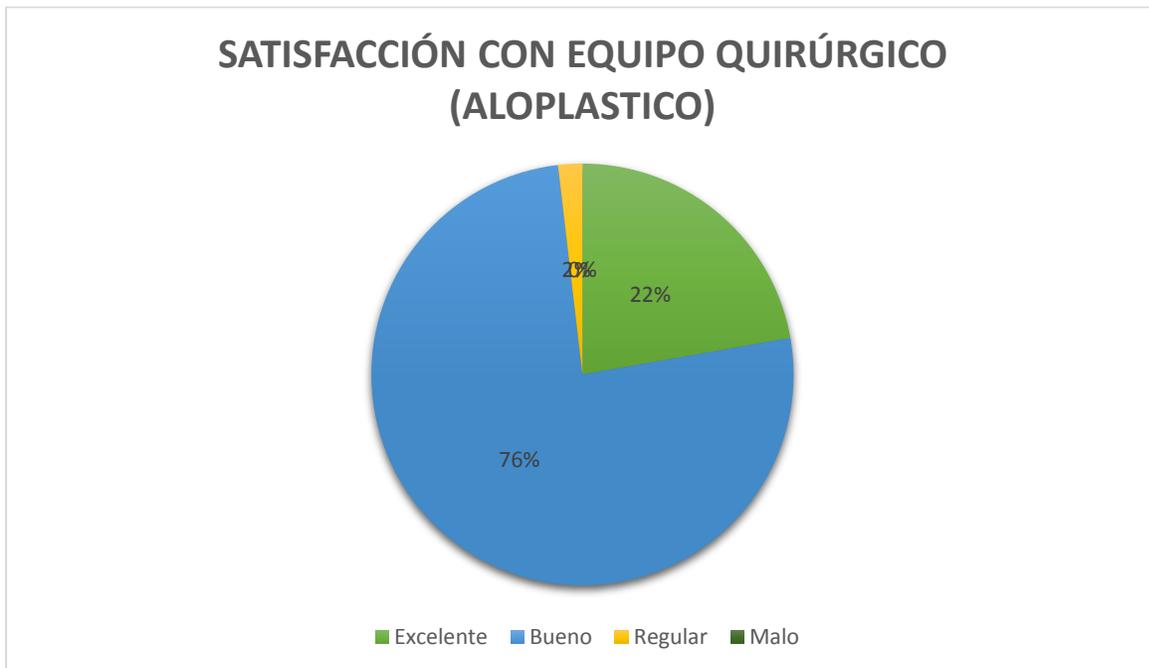
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 25. Satisfacción con equipo quirúrgico, grupo reconstrucción autóloga.**



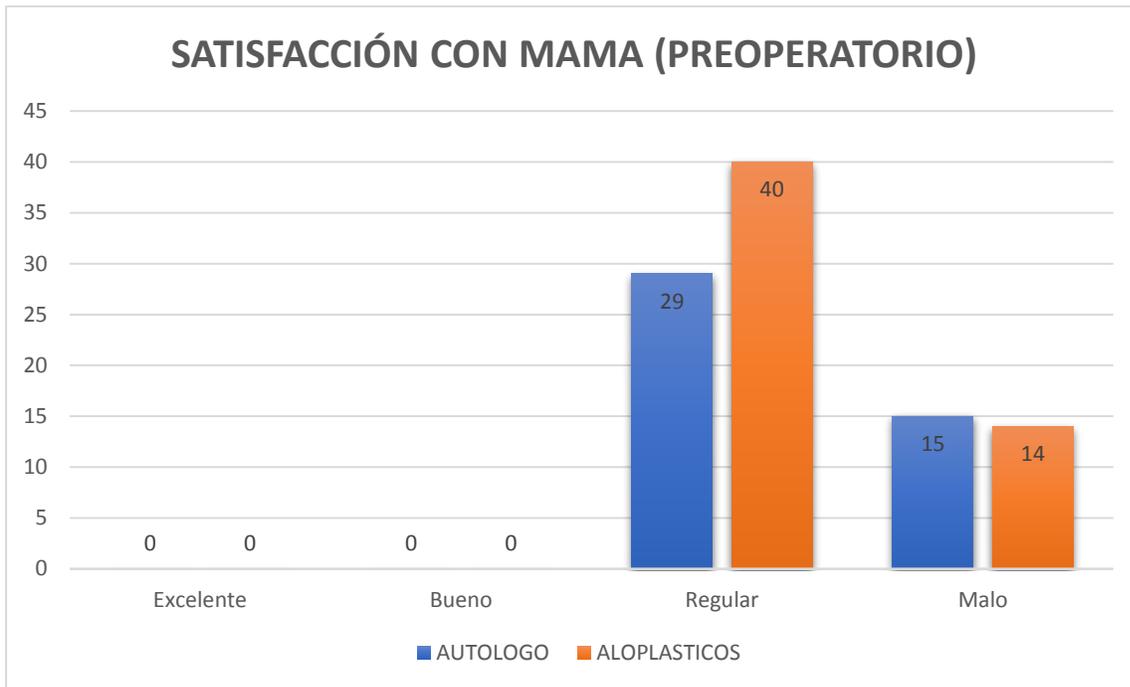
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 26. Satisfacción con equipo quirúrgico, grupo reconstrucción aloplásticos.**



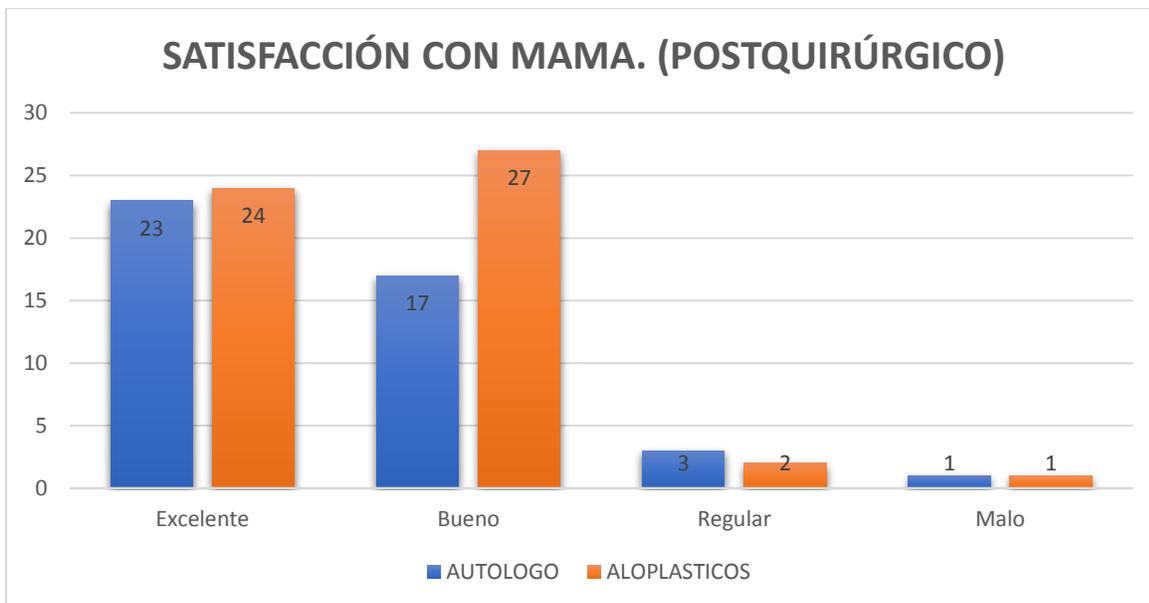
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 27. Satisfacción con mama, preoperatorio.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 28. Satisfacción con mama, postoperatorio.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 29. Satisfacción con implante.**



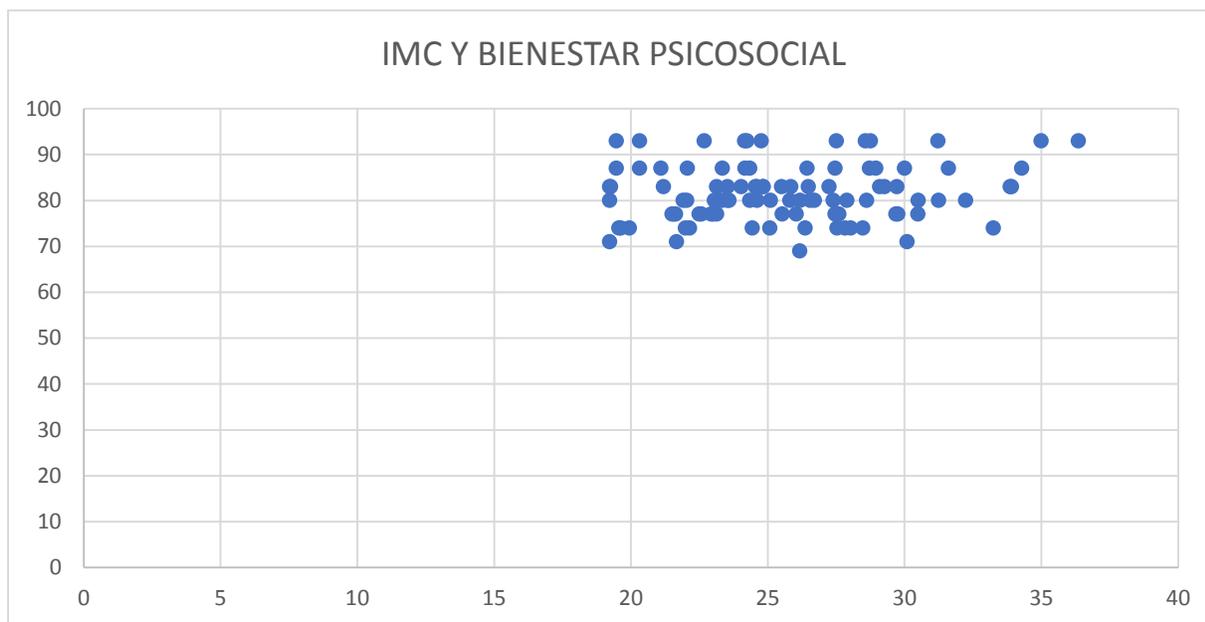
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 30. Satisfacción con administración**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Gráfico 31. Asociación entre Índice de Masa corporal y bienestar psicosocial**



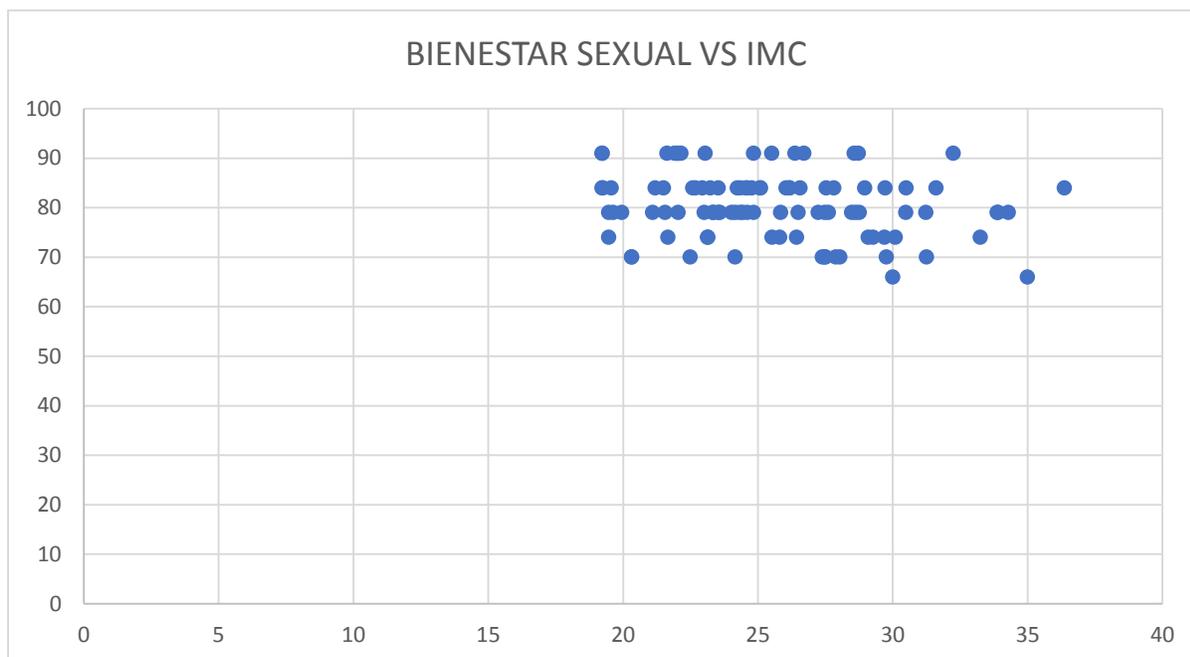
Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Tabla 4. Análisis de regresión Bienestar psicosocial en base a ÍMC**

	Reconstrucción mamaria	P
<b>IMC vs BPS</b>	R=0.15	0.129340

**IMC:** Índice de masa corporal // **BPS:** Bienestar psicosocial

**Gráfico 32. Asociación entre Índice de Masa corporal y bienestar sexual.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

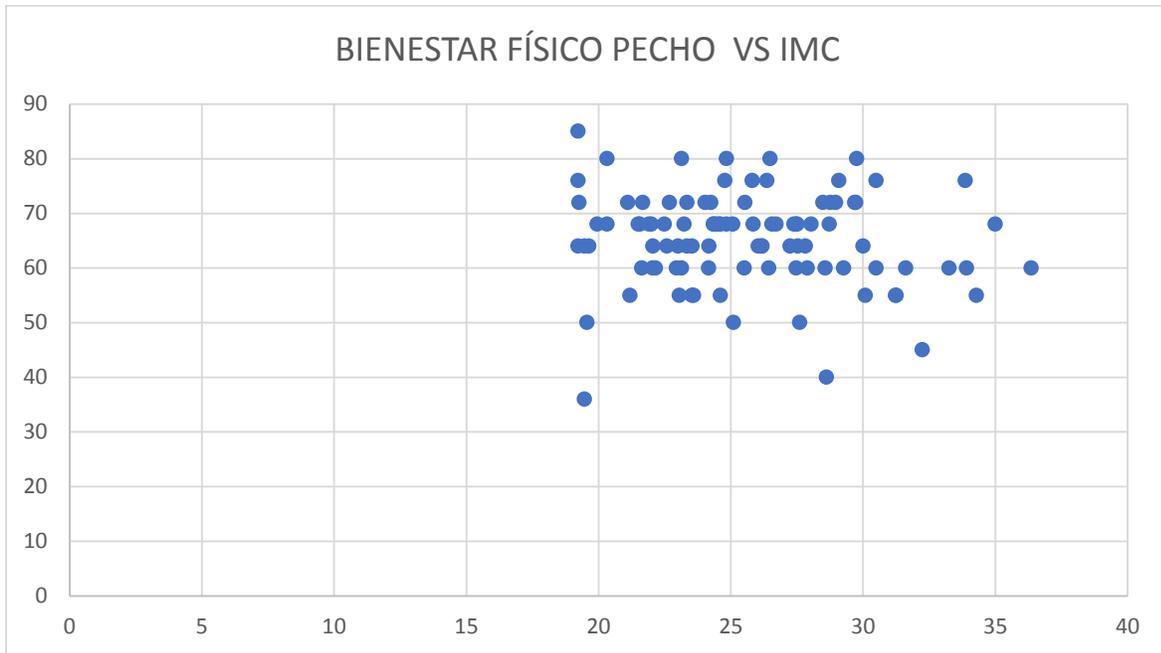
**Tabla 5. Análisis de regresión Bienestar sexual en base a IMC**

	Reconstrucción mamaria	P
<b>IMC vs BS</b>	R=0.22	0.0289*

**IMC:** Índice de masa corporal // **BS:** Bienestar sexual

\*p=<0.05

**Gráfico 33. Asociación entre Índice de Masa corporal y bienestar físico del pecho.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

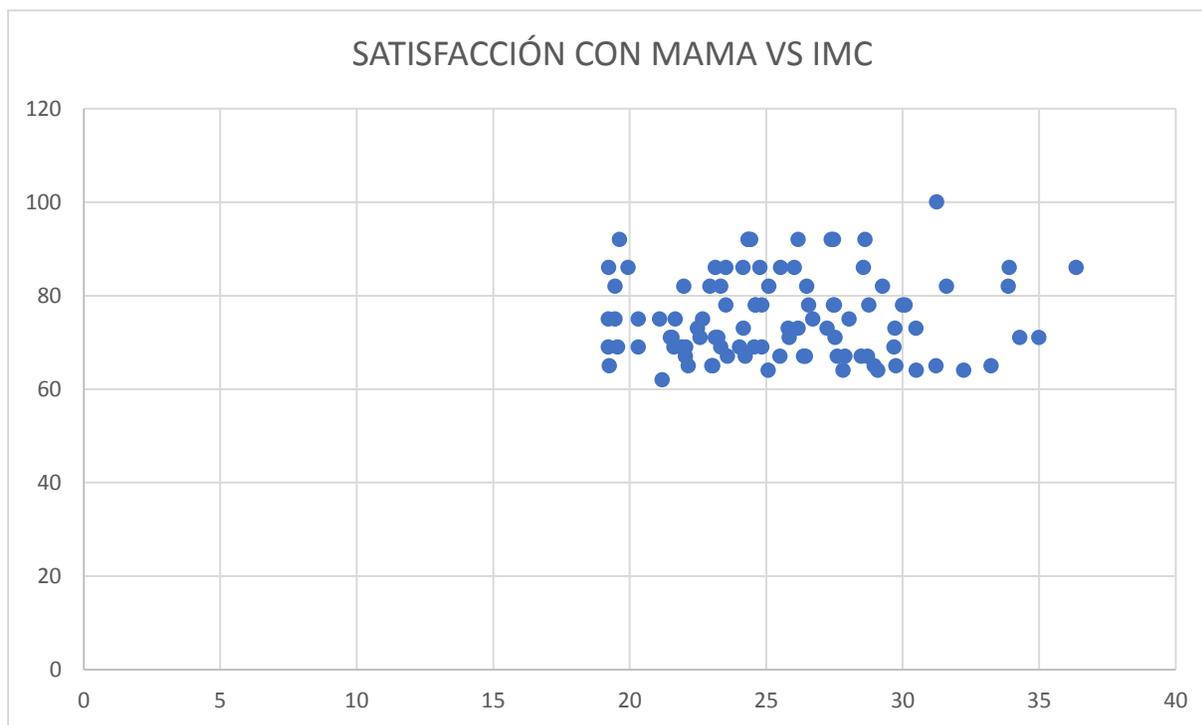
**Tabla 6. Análisis de regresión Bienestar físico pecho en base a IMC**

	Reconstrucción mamaria	P
<b>IMC vs BFP</b>	R=0.11	0.2708

**IMC:** Índice de masa corporal // **BFP:** Bienestar físico del pecho

\*p=<0.05

**Gráfico 34. Asociación entre Índice de Masa corporal y satisfacción con mama.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

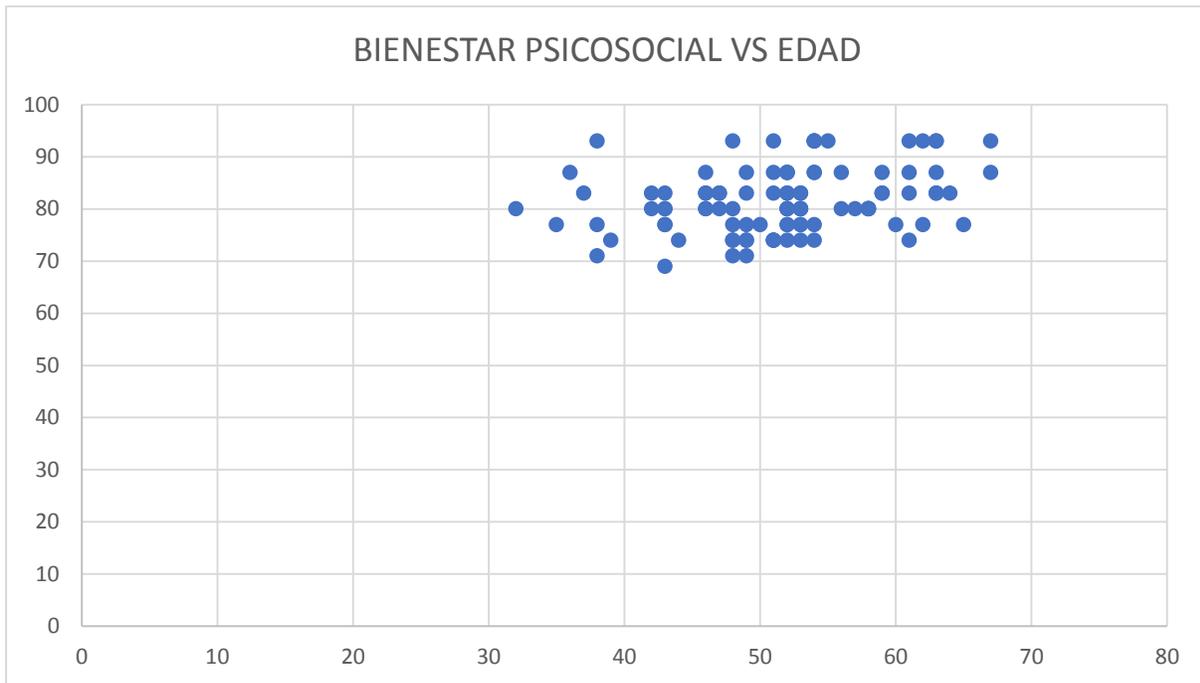
**Tabla 7. Análisis de regresión Satisfacción con mama en base a IMC**

	Reconstrucción mamaria	P
<b>IMC vs SM</b>	R=0.03	0.7135

**IMC:** Índice de masa corporal // **SM:** Satisfacción con mama

\*p=<0.05

**Gráfico 35. Asociación entre Edad y Bienestar psicosocial.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

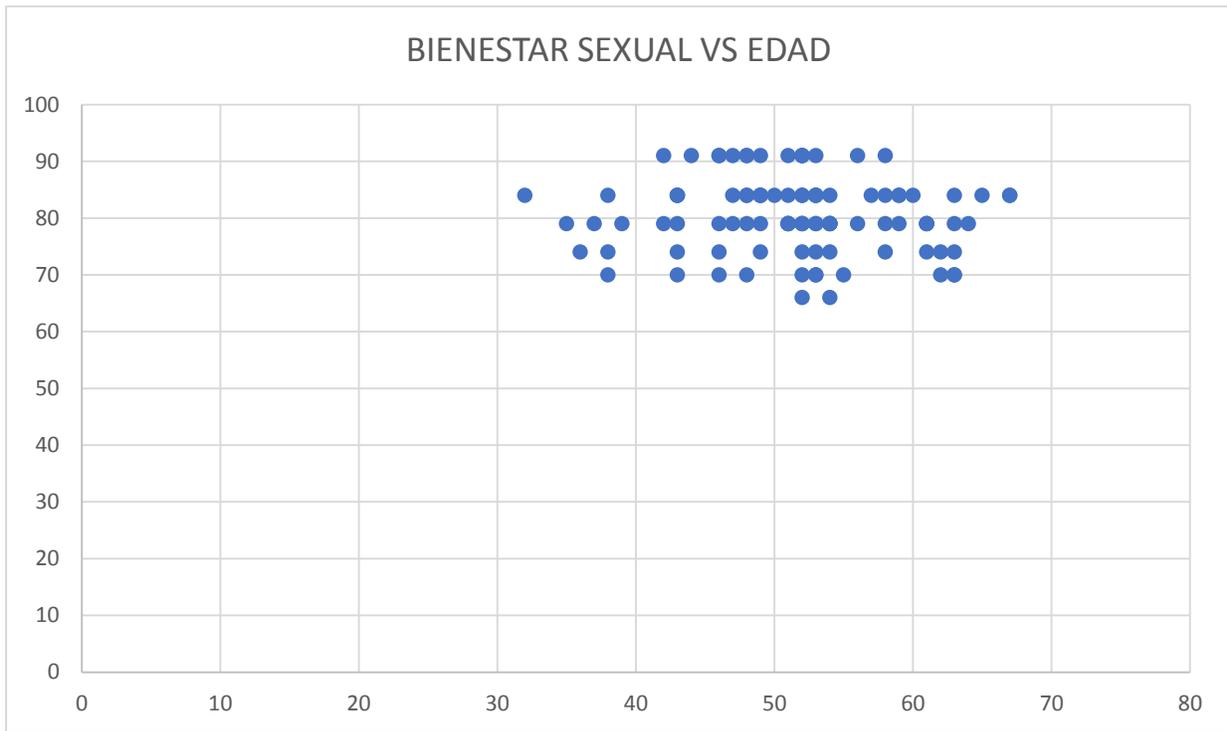
**Tabla 8. Análisis de regresión bienestar psicosocial en base a edad.**

	Reconstrucción mamaria	P
<b>Edad vs BPS</b>	R=0.302	0.0024*

**BPS:** Bienestar psicosocial

\*p=<0.05

**Gráfico 36. Asociación entre Edad y Bienestar sexual.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

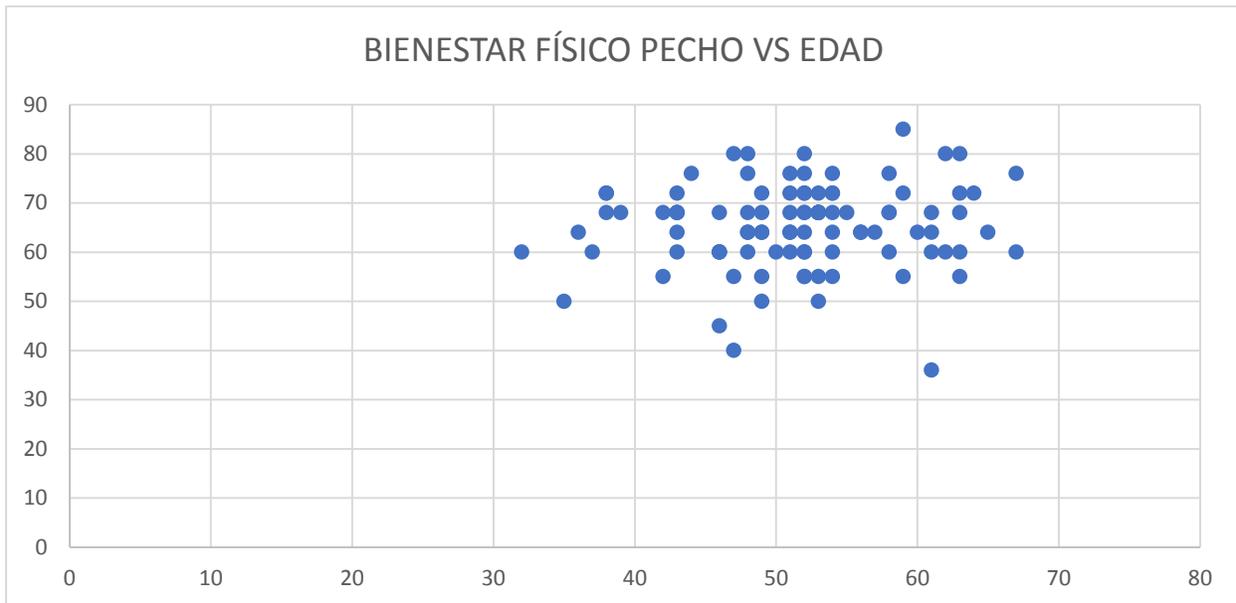
**Tabla 9. Análisis de regresión bienestar sexual en base a edad.**

	Reconstrucción mamaria	P
<b>Edad vs BS</b>	R=0.075	0.4591

**BS:** Bienestar sexual

\*p=<0.05

**Gráfico 37. Asociación entre Edad y Bienestar físico pecho.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

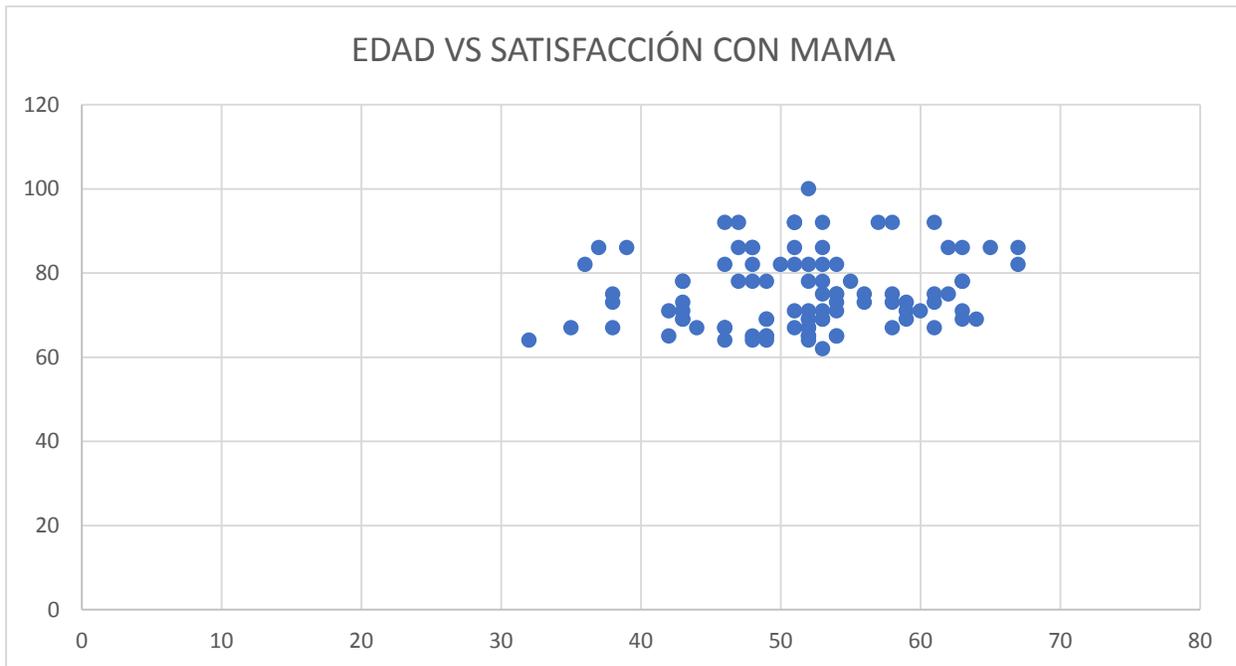
**Tabla 10. Análisis de regresión bienestar físico del pecho en base a edad.**

	Reconstrucción mamaria	P
Edad vs BFP	R=0.098	0.336

**BFP:** Bienestar físico del pecho

\* $p < 0.05$

**Gráfico 38. Asociación entre Edad y Satisfacción con mama.**



Fuente: Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret” Centro Médico Nacional “La Raza”

**Tabla 11. Análisis de regresión satisfacción de mama en base a edad.**

	Reconstrucción mamaria	P
Edad vs SM	R=0.0134	0.187

**SM:** Satisfacción de mama

\*p=<0.05

**Tabla 12. Calidad de vida relacionada con factores de riesgo**

	Calidad de vida (n=98)				
	Bueno	Malo	RR		P
<b>Edad</b>	<b>53.26 +/- 7.3</b>	<b>49.5 +/- 7.05</b>	<b>1.9</b>	<b>(1.7-2.1)</b>	<b>0.021</b>
<b>IMC &gt;25</b>	<b>22/98 (22.45%)</b>	<b>26/98 (26.53%)</b>	<b>2.1</b>	<b>(1.8-2.4)</b>	<b>0.015</b>
<b>Tabaquismo</b>	<b>4/98 (4.08%)</b>	<b>7/98 (7.14)</b>	<b>2.4</b>	<b>(2.1-2.7)</b>	<b>0.124</b>
<b>Radioterapia</b>	<b>39/98 (39.79%)</b>	<b>5/98 (5.10%)</b>	<b>1.1</b>	<b>(0.9-1.4)</b>	<b>0.502</b>
<b>Comórbidos</b>	<b>62/98 (63.26)</b>	<b>37/98 (37.5%)</b>	<b>1.6</b>	<b>(1.5-2.1)</b>	<b>0.404</b>

Fuente: Hospital de Especialidades "Antonio Fraga Mouret" Centro Médico Nacional "La Raza"

## **DISCUSIÓN**

El cáncer de mama es el cáncer más frecuente en el sexo femenino (1), las campañas de detección temprana y el tratamiento combinado han permitido disminuir la mortalidad (2). A la par de esto, se ha hecho necesaria la participación de un equipo multidisciplinario en el manejo de las secuelas, especialmente en el campo reconstructivo para restituir una forma similar de la mama perdida. (5). En nuestro centro, el manejo del paciente con cáncer de mama incluye consultas de valoración y manejo integral por parte de ginecología oncológica, oncología médica, psicología y psiquiatría, cirugía reconstructiva y medicina de rehabilitación.

Este cáncer se ha posicionado como una de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres de 25-54 años (5). En nuestro estudio se observó una edad promedio de 51 años, con un rango de 32 a 67 años en ambos grupos.

En nuestro estudio se determinó una mayor frecuencia de afección por cáncer de mama en el lado izquierdo, cifras coincidentes con la bibliografía revisada(4), en algunos casos aislados se presenta de manera bilateral, dado por factores moleculares y genéticos, en nuestro estudio 2 de 98 pacientes presentaron afección bilateral.

Como se ha mencionado en estudios previos (5), el papel del cirujano plástico en la reconstrucción mamaria es de suma importancia para restaurar el bienestar biopsicosocial de la paciente y su reintegración al entorno. La mayoría de las pacientes en nuestro estudio tienen un ferviente deseo por reconstrucción.

En nuestro estudio se utilizaron reconstrucción con tejido autólogo y con aloplásticos, tomando en cuenta características anatómicas de la paciente, tamaño de mama contralateral, antecedente de radioterapia y características específicas del tejido a reconstruir y condiciones individuales de cada paciente, comórbidos, terapias adyuvantes y preferencias de paciente y cirujano.

En otros estudios se han identificado factores de riesgo que predisponen a reconstrucción mamaria subóptimo como la edad, IMC, comórbidos y antecedente de radioterapia (17), que se han asociado a satisfacción menor del reconstrucción, en nuestro estudio identificamos que el IMC es un factor determinante para el bienestar sexual en las pacientes reconstruidas, encontrando significancia estadística y determinando que a mayor IMC, menor mejoría en el bienestar sexual. De la misma manera, la edad se encontró que condicionaba el bienestar psicosocial, encontrando que a mayor edad, mejor bienestar psicosocial.

## **CONCLUSIONES**

Tras la realización del presente estudio, se obtuvo que la tasa de éxito de la reconstrucción mamaria fue del 100% de las pacientes, con un seguimiento de entre 1 mes a 6 meses.

El cuestionario Breast-Q es un indicador del nivel de satisfacción y bienestar que las pacientes experimentan tras la reconstrucción mamaria, con la determinación de diferentes esferas del proceso reconstructivo, desde la satisfacción con el cirujano y equipo quirúrgico, hasta la variación en el bienestar biopsicosocial individual que se relaciona directamente con la calidad de vida.

En todos los casos evaluados, se observó una mejoría total en la calidad de vida tras el proceso de reconstrucción mamaria, todo arriba del 80%, evidenciado desde el primer mes de evaluación, con mejoría progresiva en la evaluación de seguimiento.

En el presente estudio, se identificó el IMC y la edad como factores de riesgo de reconstrucción subóptimo, por una parte, se observó que a mayor IMC, menor bienestar sexual independientemente del procedimiento reconstructivo. Por otro lado, se identificó que a mayor edad, mayor bienestar psicosocial.

En tanto al procedimiento reconstructivo elegido, se evidencio una mejoría global tanto en el grupo de reconstrucción con aloplásticos como en el de reconstrucción con tejido autólogo, ambos demostrando una mejoría en la calidad de vida en relación a la basal, sin diferencias estadísticas en la mejoría percibida entre un grupo y otro.

Por lo tanto, en este estudio podemos concluir que la reconstrucción mamaria es un procedimiento necesario para la mejoría en el bienestar, psicosocial, físico y sexual de las pacientes sometidas a mastectomía por cáncer de mama, en cualquiera de las modalidades de reconstrucción (tejido autólogo o aloplásticos), con altos índices de satisfacción tanto de la atención médica como de los indicadores de calidad de vida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Breast Cancer. Available online: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Freeman, M.D.; Gopman, J.M.; Salzberg, C.A. The evolution of mastectomy surgical technique: From mutilation to medicine. *Gland Surg.* 2018; 7: 308–315.
3. Mansson D. Consenso Mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer de mamario. Séptima edición. Elsevier 2017. Disponible en: <http://www.consensocancermamario.com>
4. Jassem, J. Post-mastectomy radiation therapy after breast reconstruction: Indications, timing and results. *Breast* 2017; 34: 95–98.
5. Ashing K.T., George M.J.V.: Health-related quality of life and care satisfaction outcomes: Informing psychosocial oncology care among Latina and AfricanAmerican young breast cancer survivors. *Psychooncology / Psychoonkologia.* 2018; 8: 252-278.
6. Menez, T.; Michot, A.; Tamburino, S.; Weigert, R.; Pinsolle, V. Multicenter evaluation of quality of life and patient satisfaction after breast reconstruction, a long-term retrospective study. *Ann. Chir. Plast. Esthet.* 2018; 63: 126–133.
7. Lagendijk M, van Egdome LSE, Richel C, van Leeuwen N, Verhoef C, Lingsma HF, et al. Patient reported outcome measures in breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol.* 2018; 44: 963–968.
8. Davies, C.F.; Macefield, R.; Avery, K.; Blazeby, J.M.; Potter, S. Patient-Reported Outcome Measures for Post-mastectomy Breast Reconstruction: A Systematic

Review of Development and Measurement Properties. *Ann. Surg. Oncol.* 2021; 28: 386–404.

9. Lagendijk M, van Egdom LSE, van Veen FEE, Vos EL, Mureau MAM. Patient-reported outcome measures may add value in breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol.* 2018; 25: 3563–71.
10. Nelson, J.A.; Allen RJJr Polanco, T.; Shamsunder, M.; Patel, A.R.; McCarthy, C.M.; Matros, E.; Dayan, J.H.; Disa, J.J.; Cordeiro, P.G.; Mehrara, B.J.; et al. Long-term Patient-reported Outcomes Following Postmastectomy Breast Reconstruction: An 8-year Examination of 3268 Patients. *Ann. Surg.* 2019; 270: 473–483.
11. Pusic, A.L.; Matros, E.; Fine, N.; Buchel, E.; Gordillo, G.M.; Hamill, J.B.; Kim, H.M.; Qi, J.; Albornoz, C.; Klassen, A.F.; et al. Patient-Reported Outcomes 1 Year After Immediate Breast Reconstruction: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. *J. Clin. Oncol.* 2017; 35: 2499–2506
12. Schmidt, J.L.; Wetzel, C.M.; Lange, K.W.; Heine, N.; Ortmann, O. Patients' experience of breast reconstruction after mastectomy and its influence on postoperative satisfaction. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2017; 296: 827–834.
13. Santosa, K.B.; Qi, J.; Kim, H.M.; Hamill, J.B.; Wilkins, E.G., Pusic, A.L. Long-term Patient-Reported Outcomes in Postmastectomy Breast Reconstruction. *JAMA Surg.* 2018; 153: 891–899.
14. Dahlback C, Ullmark JH, Rehn M, Ringberg A, Manjer J. Aesthetic result after breast-conserving therapy is associated with quality of life several years after treatment Swedish women evaluated with BCCT core and BREAST- Q TM. *Breast Cancer Res Treat.* 2017; 164: 679–87.

15. Pusic, A.; Klassen, A.; Cano, S. BREAST-Q Version 2.0. A Guide for Researches and Clinicians. Available online: <https://qportfolio.org/wp-content/uploads/2018/12/BREAST-Q-USERS-GUIDE.pdf>
16. Palve, JS; Luukkaala TH; Kaariainen MT. Predictive risk factors of complications in different breast reconstruction methods. *Breast Cancer Research and Treatment*. Springer. Finland. 2020; 182: 345-354.
17. Lewis HC; Hart AL; Fobare A; Styblo TM; Losken A. Preoperative Body Image Factors are associated with complications after breast Reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery Journal*. 2022; 122: 568-577.
18. Cereijo-Garea, C.; Pita-Fernandez, S.; Acea-Nebril, B.; Rey-Villar, R.; Garcia-Novoa, A.; Varela-Lamas, C.; Builes-Ramirez, S.; Seoane-Pillado, T.; Balboa-Barreiro, V. Predictive factors of satisfaction and quality of life after immediate breast reconstruction using the BREAST-Q®. *J. Clin. Nurs*. 2018; 27: 1464–1474.
19. Builes-Ramírez, S.; Acea-Nebril, B.; García-Novoa, A.; Cereijo, C.; Bouzón, A.; Mosquera-Oses, J. Evaluación de la percepción preoperatoria de la calidad de vida y satisfacción de la mujer con cáncer de mama mediante el cuestionario BREAST-Q. *Cir. Esp*. 2020; 98: 212–218.
20. Danilla S, Troncoso E, Ríos M.A, et al. ¿Qué factores influyen en la satisfacción de los pacientes sometidos a reducción mamaria? Análisis de un estudio de cohorte utilizando el instrumento Breast-Q®. *Revista Chilena de Cirugía* 2017; 69(1): 28-34.
21. Gallegos-Sierra C, Morales-Flores EA, Villarreal-Salgado JL, Hernandez-Gomez G, Ramos-Guerrero JA. Calidad de vida en reconstrucción mamaria

postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q®. Cir. plást. iberolatinoam. 2019; 45: 369-376.

22. García-Solbas S, Lorenzo-Liñan MA, Castro-Luna G. Long-Term Quality of Life (BREAST-Q) in Patients with Mastectomy and Breast Reconstruction. Int. J. Environ. Res. Public Health 2021; 18: 97-07

23. Liu LQ, Branford OA, Mehigan S. BREAST-Q Measurement of the patient perspective in oncoplastic breast surgery. A systematic review. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2018; 6: 1904-05.

24. Mundy L.R., Homa K., Klassen A.F., Pusic A.L., Kerrigan C.L.: Breast cancer and reconstruction: normative data for interpreting the BREAST-Q. Plast Reconstr Surg. 2017; 139: 1046–1055.

25. Sánchez Wals, L.; Lence-Anta, J.J.; Villegas-Valverde, C. Satisfacción con los resultados estéticos de la reconstrucción mamaria postmastectomía, en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (INOR) de Cuba, mediante el cuestionario BREAST-Q. Rev. Senol. Patol. Mamar. 2020; 33: 145–150.

## ANEXOS

### HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “ANTONIO FRAGA MOURET”  
SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

#### HOJA DE CAPTURA DE DATOS

### “EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN PREOPERATORIA Y LA SATISFACCIÓN TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TEJIDO AUTOLOGO O ALOPLASTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO BREAST-Q”

Folio: \_\_\_\_\_

Afiliación: \_\_\_\_\_ UMF: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Estado. Civil: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Lugar de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Escolaridad: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_

Peso: \_\_\_\_\_ Talla: \_\_\_\_\_ TA: \_\_\_\_\_ IMC: \_\_\_\_\_

Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Lateralidad: \_\_\_\_\_ Tipo de reconstrucción: Inmediata: \_\_\_ Tardía: \_\_\_

Fecha de evaluación prequirúrgica: \_\_\_\_\_

Fecha de evaluación postquirúrgica: \_\_\_\_\_

#### Antecedentes Personales No Patológicos

	SI	NO	Tiempo	Cantidad
Tabaquismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alcoholismo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Toxicomanías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Actividad física	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

**Antecedentes Gineco-Obstétricos**

Menarca: \_\_\_\_\_ FUM: \_\_\_\_\_

G: \_\_\_\_\_ P: \_\_\_\_\_ C: \_\_\_\_\_ O: \_\_\_\_\_ A: \_\_\_\_\_

Uso de anticonceptivo: SI  NO  Cual: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Oncológicos:**

Cáncer de mama

Fecha de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Fecha de mastectomía: \_\_\_\_\_

Recibió Quimioterapia: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_

Recibió Radioterapia: SI \_\_\_ NO \_\_\_ Fecha de inicio: \_\_\_\_\_ Fecha de término: \_\_\_\_\_

Tiempo libre de enfermedad: \_\_\_\_\_

Tiempo de control en Oncología: \_\_\_\_\_

	SI	NO	Tiempo de evolución	Tratamiento
DM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
HAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enf. Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Enf. Tiroidea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Renal/Hepática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Osteoporosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Alergias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Hospitalizaciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Cirugías	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Fracturas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “ANTONIO FRAGA MOURET”  
SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

---

**HOJA DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:  
“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN PREOPERATORIA Y LA SATISFACCIÓN  
TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TEJIDO AUTOLOGO O  
ALOPLASTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO BREAST-Q”**

**Guadalajara, Jalisco**      **Fecha:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**Justificación:** El cancer de mama es una enfermedad con implicaciones en la salud publica, en los últimos años, existe un crecimiento exponencial en el numero de casos diagnosticados, esto en base a los programas de detección temprana. La mejora en el tratamiento y el manejo multimodal ha permitido un aumento en la supervivencia libre de enfermedad, condicionando un aumento en el numero de pacientes que recurren a una reconstrucción mamaria. La reconstrucción mamaria dentro de este ámbito ha venido a mejorar la calidad de vida de las pacientes en todo el desarrollo biopsicosocial, permitiendo una mejoría en la autoestima de estas pacientes y reincorporación a su vida cotidiana. En nuestro centro, no contamos con un estudio que nos permita determinar de manera cuantitativa la percepción de la paciente posterior a la reconstrucción de mama y a su vez, la relación con la mejoría o el empeoramiento en la calidad de vida. Al ser un centro en el que aproximadamente el 40% de las citas de primera vez son para valoración de reconstrucción mamaria, consideramos de suma importancia tener un estudio que respalde el procedimiento y la toma de decisión de la mejor opción terapéutica para nuestras pacientes.

**Propósito del estudio:** Evaluar la percepción y el grado de satisfacción tras reconstrucción mamaria con tejido autólogo o aloplásticos mediante el cuestionario BREAST-Q en las pacientes del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional “La Raza”

**Procedimientos del estudio:** Los investigadores miembros del equipo de trabajo le realizarán cuestionario sobre asuntos relacionados con la enfermedad, la calidad de vida y la satisfacción en el trayecto de su reconstrucción mamaria.

**Riesgos e inconvenientes:** El protocolo sigue la misma secuencia que usted tiene en su consulta. Es necesario hacer solo hacer el llenado de encuesta previa a la cirugía y posterior a esta como seguimiento.

**Beneficios:** De este estudio se dará a conocer el grado de satisfacción en el procedimiento quirúrgico, la atención médica, así como el cambio en la calidad de vida, lo que sirve como elemento para la toma de decisiones en pacientes futuras, además con el estudio preoperatorio se detectaran factores de riesgo y expectativas de la paciente. Este estudio no brindará compensación económica alguna.

**Participación o Retiro:** La participación en este proyecto es voluntaria y puede terminar en el momento en que así lo decida, sin afectar su seguimiento clínico

**Privacidad y Confidencialidad:** Siguiendo los lineamientos de las buenas prácticas clínicas estipulados en la Ley General de Salud y de la Carta de Helsinki y conforme a los reglamentos éticos el manejo de la información será confidencial y con fines científicos.



SEGURIDAD Y SALUD CARRERA SOCIAL

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:

**“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN PREOPERATORIA Y LA SATISFACCIÓN TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TEJIDO AUTOLOGO O ALOPLASTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO BREAST-Q”**

Patrocinador externo (si aplica):

No aplica

Lugar y fecha:

Pacientes derechohabientes adscritos al Hospital de Especialidades La Raza “Antonio Fraga Mouret” del Centro Médico Nacional “La Raza” del Instituto Mexicano del Seguro Social, Azcapotzalco, Ciudad de México, en quienes hayan sido sometidas a mastectomía y reconstrucción mamaria en el periodo de 01 de Octubre al 31 de Diciembre 2022.

Número de registro:

Pendiente

Justificación y objetivo del estudio:

El cáncer de mama es una enfermedad con implicaciones en la salud pública, en los últimos años, existe un crecimiento exponencial en el número de casos diagnosticados, esto en base a los programas de detección temprana. La mejora en el tratamiento y el manejo multimodal ha permitido un aumento en la supervivencia libre de enfermedad, condicionando un aumento en el número de pacientes que recurren a una reconstrucción mamaria. La reconstrucción mamaria dentro de este ámbito ha venido a mejorar la calidad de vida de las pacientes en todo el desarrollo biopsicosocial, permitiendo una mejoría en la autoestima de estas pacientes y reincorporación a su vida cotidiana. En nuestro centro, no contamos con un estudio que nos permita determinar de manera cuantitativa la percepción de la paciente posterior a la reconstrucción de mama y a su vez, la relación con la mejoría o el empeoramiento en la calidad de vida. Al ser un centro en el que aproximadamente el 40% de las citas de primera vez son para valoración de reconstrucción mamaria, consideramos de suma importancia tener un estudio que respalde el procedimiento y la toma de decisión de la mejor opción terapéutica para nuestras pacientes. El objetivo es evaluar la percepción y el grado de satisfacción tras reconstrucción mamaria con tejido autólogo o aloplásticos mediante el cuestionario BREAST-Q en las pacientes del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional “La Raza”

Procedimientos:

Los investigadores miembros del equipo de trabajo le realizarán cuestionario sobre asuntos relacionados con la enfermedad, la calidad de vida y la satisfacción en el trayecto de su reconstrucción mamaria.

Posibles riesgos y molestias:

Este estudio le representa un riesgo mayor al mínimo para la salud o la integridad de su persona. El protocolo sigue la misma secuencia que usted tiene en su consulta. Es necesario hacer solo hacer el llenado de encuesta previa a la cirugía y posterior a esta como seguimiento.

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

De este estudio se dará a conocer el grado de satisfacción en el procedimiento quirúrgico, la atención médica, así como el cambio en la calidad de vida, lo que sirve como elemento para la toma de decisiones en pacientes futuras, además con el estudio preoperatorio se detectaran factores de riesgo y expectativas de la paciente. Este estudio no brindará compensación económica alguna.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

La publicación de los resultados se realizará respetando completamente el anonimato de las pacientes, ya que el interés de los investigadores es solo evaluar la percepción y el grado de satisfacción tras reconstrucción mamaria con tejido autólogo o aloplásticos mediante el cuestionario BREAST-Q en las pacientes del Hospital de Especialidades “Antonio Fraga Mouret del Centro Médico Nacional “La Raza”

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL**



**CENTRO MÉDICO NACIONAL “LA RAZA”  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES “ANTONIO FRAGA MOURET”  
SERVICIO DE CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

Estado de México a 28 de Julio del 2022

**Asunto: CARTA DE NO INCONVENIENCIA**

Dr. José Arturo Velazquez García  
Director de la Unidad Médica de Alta Especialidad  
Hospital de Especialidades “Dr. Antonio Fraga Mouret”  
Del Centro Médico Nacional “La Raza”

**PRESENTE:**

Por medio de la presente solicito a usted la autorización para realizar la revisión de expedientes clínicos, con el fin de llevar a cabo el protocolo de estudio: **“EVALUACIÓN DE LA PERCEPCIÓN PREOPERATORIA Y LA SATISFACCIÓN TRAS RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON TEJIDO AUTOLOGO O ALOPLASTICOS MEDIANTE CUESTIONARIO BREAST-Q”** el cual se llevará a efecto en las instalaciones que se encuentran a su cargo.

Me despido agradeciendo su atención y comprensión poniéndome a su disposición para cualquier aclaración o duda.

ADD: La realización de encuestas se realizará a partir de obtener el número de registro.

**X No tener conflicto de intereses**

acuerdo con el artículo 63 de la Ley General de Salud en materia de Investigación y al capítulo 7 numeral 4.5 de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, declaro bajo protesta de decir la verdad:

1. Al advertir alguna situación de conflicto de interés real, potencial o evidente del protocolo o alguno de los participantes, lo comunicaré al Presidente o Secretario del Comité de Investigación para estudios retrospectivos.
2. Declaro que no estoy sujeto a ninguna influencia directa por algún fabricante, comerciante o persona moral mercantil de los procesos, productos, métodos, instalaciones, servicios y actividades a realizar en el desarrollo del proyecto de investigación.

**ATENTAMENTE:**

---

Dr. David Chávez García  
**INVESTIGADOR PRINCIPAL**

---

**Dr. José Arturo Velazquez García**  
DIRECTOR DEL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES, CMN LA RAZA



Memorial Sloan Kettering  
Cancer Center

# **BREAST-Q Version 2.0©**

## **Reconstruction Module Pre- and Postoperative Scales Spanish (MX) Version**



THE UNIVERSITY  
OF BRITISH COLUMBIA

**Translated by a local academic.**

The BREAST-Q, authored by Drs. Andrea Pusic, Anne Klassen and Stefan Cano, is the copyright of Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia (Copyright ©2017, Memorial Sloan Kettering Cancer Center and the University of British Columbia). The BREAST-Q has been provided under license from Memorial Sloan Kettering Cancer Center and must not be copied, distributed or used in any way without the prior consent of Memorial Sloan Kettering Cancer Center.

**BREAST-Q™ – BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
PSYCHOSOCIAL WELL-BEING**

Pensando en el área de sus senos en la última semana, ¿qué tan frecuente se ha sentido?:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Segura de sí misma en un ambiente social	1	2	3	4	5
b. Con ánimo de hacer las cosas que quiere hacer	1	2	3	4	5
c. Estable emocionalmente	1	2	3	4	5
d. Que vale lo mismo en comparación con las demás mujeres	1	2	3	4	5
e. Segura de sí misma	1	2	3	4	5
f. Femenina con la ropa que lleva puesta	1	2	3	4	5
g. Que acepta su cuerpo tal y como está	1	2	3	4	5
h. Normal o igual que todos los días	1	2	3	4	5
i. Que es igual o que es como las demás mujeres	1	2	3	4	5
j. Atractiva	1	2	3	4	5

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Nota para los investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas. Es exactamente igual en los tres módulos Preoperatorios y Postoperatorios de Cáncer de Mama (ej. Mastectomía, Reconstrucción, y Cirugía Conservadora de Seno).

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
PSYCHOSOCIAL WELL-BEING CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
10	0
11	13
12	18
13	21
14	24
15	27
16	29
17	31
18	32
19	34
20	35
21	37
22	38
23	39
24	41
25	42
26	43
27	44
28	45
29	47
30	48
31	49
32	50
33	52
34	53
35	55
36	56
37	58
38	60
39	62
40	64
41	66
42	69
43	71
44	74
45	77
46	80
47	83
48	87
49	93
50	100

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SEXUAL WELL-BEING**

Las siguientes preguntas son acerca de su bienestar sexual. Si usted está incómoda contestando estas preguntas o no siente que apliquen o correspondan para usted, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

Pensando en su sexualidad, ¿cómo se siente generalmente?:

	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
a. Sexualmente atractiva con su ropa puesta	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
b. Cómoda o relajada durante las relaciones sexuales	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
c. Segura de sí misma en el plano sexual	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
d. Satisfecha con su vida sexual	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
e. Segura de sí misma sexualmente sobre cómo se ve el área de sus senos cuando está <u>desnuda</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
f. Sexualmente atractiva cuando está <u>desnuda</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Nota para los investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas. Es exactamente igual en los tres módulos Preoperatorios y Postoperatorios de Cáncer de Mama (ej. Mastectomía, Reconstrucción, y Cirugía Conservadora de Seno).

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SEXUAL WELL-BEING CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
6	0
7	14
8	20
9	24
10	27
11	31
12	34
13	36
14	39
15	41
16	43
17	46
18	48
19	50
20	53
21	56
22	59
23	62
24	66
25	70
26	74
27	79
28	84
29	91
30	100

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PREOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH BREASTS**

Pensando en el área de sus senos en la última semana, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?:

	<b>Muy insatisfecha</b>	<b>Algo insatisfecha</b>	<b>Algo satisfecha</b>	<b>Muy satisfecha</b>
a. Su apariencia al verse en el espejo con <u>la ropa puesta</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. La comodidad del ajuste de su brassiere	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
c. Poder usar ropa más ajustada (“entallada”)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d. Su apariencia al verse en el espejo cuando está <u>desnuda</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede usarse independientemente de las otras escalas.

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PREOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH BREASTS CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
<b>4</b>	<b>0</b>
<b>5</b>	<b>23</b>
<b>6</b>	<b>29</b>
<b>7</b>	<b>34</b>
<b>8</b>	<b>39</b>
<b>9</b>	<b>44</b>
<b>10</b>	<b>48</b>
<b>11</b>	<b>53</b>
<b>12</b>	<b>58</b>
<b>13</b>	<b>64</b>
<b>14</b>	<b>71</b>
<b>15</b>	<b>82</b>
<b>16</b>	<b>100</b>

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: SATISFACTION  
WITH BREASTS**

Si usted ha tenido una mastectomía y reconstrucción de ambos senos, por favor conteste estas preguntas pensando en el seno con el que menos se sienta satisfecha. Pensando en sus senos, en la última semana, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?:

	<b>Muy insatisfecha</b>	<b>Algo insatisfecha</b>	<b>Algo satisfecha</b>	<b>Muy satisfecha</b>
a. Su apariencia al verse en el espejo con <u>la ropa puesta</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. La forma de su(s) seno(s) reconstruido(s) con el brasier puesto	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
c. Que se sienta normal con la ropa puesta	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d. El tamaño de su(s) seno(s) reconstruido(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
e. Poder usar ropa más ajustada (“entallada”)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
f. La posición de sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
g. La comodidad de su brasier	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
h. Lo blando de su(s) seno(s) reconstruido(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
i. La igualdad del tamaño de sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
j. Lo natural que se ve(n) su(s) seno(s) reconstruido(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
k. La caída natural de su(s) seno(s) reconstruido(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
l. La manera en que su(s) seno(s) reconstruido(s) se sienten cuando lo(s) toca	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
m. La sensación de que su(s) seno(s) reconstruido(s) son una parte natural de su cuerpo	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
n. La similitud (la igualdad) que tienen ambos senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
o. Su apariencia al verse al espejo <u>desnuda</u>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH BREASTS CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
15	0
16	13
17	18
18	21
19	24
20	26
21	28
22	30
23	32
24	33
25	34
26	36
27	37
28	38
29	39
30	41
31	42
32	43
33	44
34	45
35	46
36	47
37	48
38	49
39	51
40	52
41	53
42	54
43	55
44	57
45	58
46	59
47	61
48	62
49	64
50	65
51	67
52	69
53	71
54	73
55	75
56	78
57	82
58	86
59	92
60	100

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH IMPLANTS**

Si usted tiene implantes en ambos senos, conteste estas preguntas pensando en el seno con el que se sienta menos satisfecha. Si usted no tiene implantes, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

Durante la última semana, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?:

	<b>Muy insatisfecha</b>	<b>Algo insatisfecha</b>	<b>Algo satisfecha</b>	<b>Muy satisfecha</b>
a. La cantidad de pliegues ó arrugas que puede <u>ver</u> en su(s) implante(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. La cantidad de pliegues ó arrugas que puede <u>sentir</u> en su(s) implante(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q® VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017, All rights reserved

---

**Instrucciones:** Estas preguntas deben ser consideradas de manera independiente. Así la respuesta del paciente se toma como una puntuación por cada ítem. Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas y solamente debe ser completada por pacientes que han tenido una reconstrucción con implantes.

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
PHYSICAL WELL-BEING: CHEST**

En la última semana, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?:

	<b>Nunca</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Siempre</b>
a. Dolor muscular en el pecho	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
b. Dificultad para levantar o mover los brazos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
c. Dificultad para dormir a causa de la molestia en el área de sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
d. Endurecimiento de sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
e. Sensación de estiramiento o sensación de jalones en sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
f. Sensación de molestia continua en sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
g. Sensibilidad dolorosa en sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
h. Dolor repentino en sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
i. Dolor leve y continuo en sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
j. Sensación de latido en sus senos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

Solo postoperatorio:

k. Hinchazón (linfedema) en el brazo del lado en dónde tuvo su cirugía de seno	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
--	----------	----------	----------

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede usarse independientemente de las otras escalas.

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
PHYSICAL WELL-BEING: CHEST CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** El ítem 'k' para las pacientes postoperadas es un ítem independiente que no se incluye en la escala global. Modifique la puntuación de los ítems a, b, c, d, e, f, g, h, i, j de la siguiente manera: "Nunca" = 3, "Algunas veces" = 2, "Siempre" = 1. Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
10	0
11	8
12	14
13	20
14	24
15	28
16	32
17	36
18	40
19	45
20	50
21	55
22	60
23	64
24	68
25	72
26	76
27	80
28	85
29	92
30	100

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH NIPPLE RECONSTRUCTION**

Si usted no ha tenido reconstrucción de pezón, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

Durante la última semana, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?:

	<b>Muy insatisfecha</b>	<b>Algo insatisfecha</b>	<b>Algo satisfecha</b>	<b>Muy satisfecha</b>
Lo natural que se ve(n) su(s) pezón(es) reconstruido(s)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Instrucciones:** Esta pregunta debe ser considerada de manera independiente. Así la respuesta del paciente se toma como una puntuación para este ítem. Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas y solamente debe ser completada por pacientes que han tenido una reconstrucción de pezón.

**BREAST-Q™ - LATISSIMUS DORSI MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH BACK**

Si usted no ha tenido una reconstrucción usando colgajo dorsal ancho, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

En la última semana, pensando en su espalda, ¿Qué tan frecuente se ha sentido incómoda con lo siguiente?

	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas veces</b>	<b>Muchas veces</b>	<b>Siempre</b>
a. El sitio de la cicatriz de su espalda.	1	2	3	4	5
b. El largo de la cicatriz de su espalda.	1	2	3	4	5
c. Lo notable que son las cicatrices de su espalda.	1	2	3	4	5
d. La diferencia de los lados de su espalda.	1	2	3	4	5
e. La apariencia de su espalda	1	2	3	4	5
f. La forma (contorno) de su espalda.	1	2	3	4	5
g. La apariencia de la cicatriz en su espalda.	1	2	3	4	5
h. Tener que usar otro tipo de ropa para cubrir la cicatriz de su espalda.	1	2	3	4	5

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas y solamente debe ser completada por pacientes que han tenido una reconstrucción usando colgajo dorsal ancho.

**BREAST-Q™ - LATISSIMUS DORSI MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: SATISFACTION  
WITH BACK CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Modifique la puntuación de los ítems a, b, c, d, e, f, g y h de la siguiente manera: “Nunca” = 5; “Pocas veces” = 4; “Algunas veces” = 3, “Muchas veces” = 2; “Siempre” = 1. Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
8	0
9	9
10	16
11	21
12	25
13	28
14	31
15	34
16	36
17	38
18	40
19	42
20	44
21	45
22	47
23	49
24	50
25	52
26	53
27	55
28	57
29	58
30	60
31	62
32	64
33	66
34	68
35	71
36	74
37	78
38	83
39	90
40	100

**BREAST-Q™ - LATISSIMUS DORSI MODULE (PREOPERATIVE & POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
PHYSICAL WELL-BEING: BACK AND SHOULDER**

Si usted no ha tenido una reconstrucción usando colgajo dorsal ancho, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

En la última semana, pensando en su espalda y hombro, ¿Con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Rigidez en el hombro.	1	2	3	4	5
b. Dolor de hombro.	1	2	3	4	5
c. Dolor de espalda.	1	2	3	4	5
d. Dificultad para hacer actividades con sus brazos sobre la cabeza.	1	2	3	4	5
e. Dificultad para realizar actividades con los brazos extendidos.	1	2	3	4	5
f. Debilidad en su(s) brazo(s).	1	2	3	4	5
g. Dificultad para realizar actividades que utilizan los músculos de su espalda y hombros en repetidas ocasiones.	1	2	3	4	5
h. Rigidez al estirar su brazo.	1	2	3	4	5
i. Sensación de estiramiento en su espalda.	1	2	3	4	5
j. Dificultad para agarrar o alcanzar objetos.	1	2	3	4	5
k. Dificultad para cargar objetos pesados.	1	2	3	4	5

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas y solamente debe ser completada por pacientes que han tenido una reconstrucción usando colgajo dorsal ancho.

**BREAST-Q™ - LATISSIMUS DORSI MODULE (PREOPERATIVE & POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:PHYSICAL  
WELL-BEING: BACK AND SHOULDER CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Modifique la puntuación de los ítems a, b, c, d, e, f, g, h, i, j, y k de la siguiente manera: “Nunca” = 5; “Pocas veces” = 4; “Algunas veces” = 3, “Muchas veces” = 2; “Siempre” = 1. Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
11	0
12	10
13	17
14	21
15	24
16	27
17	29
18	31
19	33
20	35
21	36
22	38
23	39
24	40
25	41
26	43
27	44
28	45
29	46
30	47
31	48
32	49
33	50
34	51
35	52
36	53
37	54
38	55
39	56
40	57
41	58
42	60
43	61
44	62
45	64
46	65
47	67
48	69
49	71
50	73
51	76
52	79
53	84
54	90
55	100

**BREAST-Q™ – BREAST CANCER CORE CHECKLIST (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: ADVERSE EFFECTS OF RADIATION**

Si usted no ha tenido radioterapia, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

Si usted tuvo radioterapia en ambos senos, responda estas preguntas pensando en el seno con el que usted esté menos satisfecha. Pensando en sus senos radiados, en la última semana ¿Qué tan molesta o incómoda se ha sentido con lo siguiente?

	Para nada	Un poco	Mucho
a. ¿La piel radiada de su seno se ve diferente (ej. Muy oscura o muy clara)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
b. ¿Las marcas en la piel de su seno causadas por la radiación (ej. Venas pequeñas visibles)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
c. ¿Se siente reseca su piel radiada?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
d. ¿Cuándo toca la piel radiada de su seno se siente adolorida (por ejemplo, con los cambios en la temperatura del agua cuando se está bañando)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
e. ¿Cuándo toca la piel radiada de su seno se siente anormalmente gruesa (áspera, dura)?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
f. ¿Siente irritación en la piel de su seno que recibió radiación con la ropa que lleva puesta?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017. All rights reserved.

---

**Instructions:** These questions should be considered as stand-alone. Thus, the patient’s response is taken as the score for each item.

**Note to Investigators:** This checklist can be used independently of the other scales and should only be completed by patients who have had radiation. The following statement can be added to the stem to provide an opportunity for the patient to decline completing this checklist. ‘If you have not had radiation, please check the box and skip the questions that follow.’ This checklist is exactly the same across the three Breast Cancer Postoperative Modules (i.e. Mastectomy, Reconstruction, and Breast Conserving Therapy).

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: PATIENT  
EXPERIENCE: SATISFACTION WITH INFORMATION**

¿Qué tan satisfecha o insatisfecha estuvo con la información que recibió de su cirujano que le realizó su cirugía más reciente?

	<b>Muy insatisfecha</b>	<b>Algo insatisfecha</b>	<b>Algo satisfecha</b>	<b>Muy satisfecha</b>
a. Cómo se llevaría a cabo la cirugía reconstructiva	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. El tiempo que tomaría en recuperarse y sanarse	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
c. Las posibles complicaciones	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d. Las opciones que le dieron sobre los distintos tipos de reconstrucción de seno	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
e. Las opciones que se le dieron sobre cuándo se programaría la reconstrucción de seno (al mismo tiempo de la mastectomía o después)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
f. Los pros y contras de <u>cuándo se programaría</u> la reconstrucción de seno	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
g. El tiempo que tomaría el proceso de reconstrucción de seno desde el comienzo hasta el final	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
h. El posible tamaño de sus senos después de la cirugía reconstructiva	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
i. La intensidad del dolor que podría tener durante la recuperación	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
j. La posible apariencia de sus senos después de la cirugía	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
k. El tiempo que le tomaría sentirse nuevamente como antes o normal después de la cirugía reconstructiva	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
l. Cómo la cirugía afectaría los futuros exámenes de seno para la detección de cáncer (por ejemplo, mamografía, autoexamen)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
m. La falta de sensibilidad en su(s) seno(s) y pezón(es) reconstruidos	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
n. Lo que otras mujeres experimentan con la cirugía reconstructiva de seno	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
o. La apariencia que tendrían las cicatrices	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
PATIENT EXPERIENCE: SATISFACTION WITH INFORMATION CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
15	0
16	15
17	20
18	24
19	26
20	29
21	30
22	32
23	33
24	35
25	36
26	37
27	38
28	39
29	40
30	41
31	42
32	43
33	44
34	45
35	46
36	47
37	48
38	49
39	50
40	51
41	52
42	53
43	54
44	55
45	56
46	58
47	59
48	61
49	62
50	64
51	65
52	67
53	69
54	72
55	74
56	77
57	81
58	85
59	91
60	100

**BREAST-Q™ – BREAST CANCER CORE SCALE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH SURGEON**

Estas preguntas se refieren al cirujano que le realizó su cirugía más reciente. ¿Qué tan de acuerdo está usted con lo siguiente?

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
a. Él o ella era competente	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. Le inspiró confianza	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
c. La incluyó en el proceso de tomar decisiones	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d. La hizo sentirse tranquila	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
e. Contestó todas sus preguntas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
f. La hizo sentirse cómoda	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
g. Fue minucioso/a (cubrió todos los detalles)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
h. Le fue fácil comunicarse con él o ella	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
i. Entendió lo que usted quería	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
j. Fue sensible o empático	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
k. Le dio oportunidad de expresar sus inquietudes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
l. Estuvo a su disposición cuando tuvo alguna inquietud	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas.  
Esta escala es exactamente igual en todos los Módulos Postoperatorios de BREAST-Q.

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: SATISFACTION  
WITH SURGEON CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
12	0
13	13
14	18
15	22
16	25
17	27
18	29
19	31
20	33
21	35
22	36
23	38
24	39
25	41
26	42
27	44
28	45
29	46
30	48
31	50
32	51
33	53
34	55
35	57
36	59
37	61
38	63
39	65
40	67
41	70
42	72
43	75
44	78
45	82
46	86
47	92
48	100

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: SATISFACTION  
WITH MEDICAL TEAM**

Estas preguntas se refieren al personal médico aparte del cirujano (por ejemplo, enfermeros y otros médicos que la atendieron en el hospital cuando tuvo la cirugía reconstructiva de seno). ¿Qué tan de acuerdo está usted con lo siguiente?

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
a. Se portaron de manera profesional	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. La trataron con respecto	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
c. Mostraron conocimiento	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d. Fueron amistosos y amables	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
e. La hicieron sentirse cómoda	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
f. Fueron minuciosos (cubrieron todos los detalles)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
g. Le dieron oportunidad de expresar sus inquietudes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas. Es exactamente igual en todos los Módulos Postoperatorios de BREAST-Q.

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:  
SATISFACTION WITH MEDICAL TEAM CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
7	0
8	13
9	19
10	23
11	27
12	30
13	34
14	37
15	40
16	43
17	46
18	49
19	53
20	57
21	61
22	66
23	70
24	75
25	80
26	85
27	91
28	100

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: SATISFACTION  
WITH OFFICE STAFF**

Estas preguntas se refieren al personal administrativo (por ejemplo, personal de oficina o enfermería del consultorio o clínica). ¿Qué tan de acuerdo está usted con lo siguiente?

	<b>Totalmente en desacuerdo</b>	<b>Algo en desacuerdo</b>	<b>Algo de acuerdo</b>	<b>Totalmente de acuerdo</b>
a. Se portaron de manera profesional	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
b. La trataron con respecto	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
c. Mostraron conocimiento	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
d. Fueron amistosos y amables	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
e. La hicieron sentirse cómoda	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
f. Fueron minuciosos (cubrieron todos los detalles)	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
g. Le dieron oportunidad de expresar sus inquietudes	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017.  
All rights reserved.

---

**Nota para los Investigadores:** Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas. Es exactamente igual en todos los Módulos Postoperatorios de BREAST-Q.

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0: SATISFACTION  
WITH OFFICE STAFF CONVERSION TABLE**

**Instrucciones:** Si los datos faltantes son menores al 50% de los ítems de la escala, coloque el promedio de los ítems completados. Utilice la siguiente tabla de conversión como apoyo para convertir la suma total del puntaje en una escala de 0 (peor) a 100 (mejor). Una puntuación mayor refleja un resultado mejor.

<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	<b>TRANSFORMACIÓN DE PUNTUACIÓN A EQUIVALENTES RASCH (0-100)</b>
<b>7</b>	<b>0</b>
<b>8</b>	<b>11</b>
<b>9</b>	<b>17</b>
<b>10</b>	<b>21</b>
<b>11</b>	<b>25</b>
<b>12</b>	<b>28</b>
<b>13</b>	<b>32</b>
<b>14</b>	<b>36</b>
<b>15</b>	<b>39</b>
<b>16</b>	<b>42</b>
<b>17</b>	<b>46</b>
<b>18</b>	<b>49</b>
<b>19</b>	<b>53</b>
<b>20</b>	<b>57</b>
<b>21</b>	<b>63</b>
<b>22</b>	<b>68</b>
<b>23</b>	<b>73</b>
<b>24</b>	<b>77</b>
<b>25</b>	<b>82</b>
<b>26</b>	<b>87</b>
<b>27</b>	<b>93</b>
<b>28</b>	<b>100</b>