

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO O. D.
UNIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

**RECONSTRUCCIÓN MAMARIA. EVALUACIÓN DE RESULTADOS
EN DECUBITO DORSAL**

TESIS DE POSTGRADO
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

DR. RAÚL SERVANDO CARACHEO RODRÍGUEZ

ASESOR DE TESIS

DR. JOSE LUIS HADDAD TAME

MÉDICO ADJUNTO UNIDAD 109-B, H. G. M. O. D.



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

Agradecimientos

Al Dr. José Luis Haddad Tame, quien ideó este proyecto.

A mi madre y hermanas.
A mi esposa.
A mis maestros, pacientes y médicos.

INDICE

Agradecimientos	2
Resumen	4
Marco teórico	
Justificación	6
Antecedentes	7
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Hipótesis	15
Material y métodos	16
Selección de los métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información	17
Aspectos éticos y de bioseguridad	23
Resultados	24
Análisis y discusión	44
Bibliografía	48
Anexos	49

RESUMEN

La reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía puede ser realizada de manera inmediata o tardía, y puede ser realizada con implantes o tejidos autólogos. La satisfacción que obtiene la paciente con su reconstrucción ha sido objeto de estudios previamente. Sin embargo, no se ha evaluado el resultado de satisfacción estética y general de la paciente reconstruida cuando adopta cambios de posición. Resulta obvio mencionar que es la posición de decúbito dorsal la que adopta la mujer para varias actividades recreativas y sobre todo para la actividad sexual. Consideramos que la determinación de esta variable en las distintas reconstrucciones podría servir al cirujano plástico para el consejo preoperatorio y la toma de decisión sobre la mejor opción para su paciente.

A fin de determinar el grado de satisfacción de la paciente reconstruida de sus mamas, en esta ocasión haciendo un enfoque sobre su satisfacción con el resultado estético de su cirugía, cuando adopta la posición de decúbito dorsal, se realizó el presente estudio en el Hospital General de México.

Hipótesis

La satisfacción de la paciente postoperada de reconstrucción mamaria en decúbito dorsal será mayor con reconstrucciones realizadas con tejidos autólogos que con aloplásticos.

Objetivos

Determinar el grado de satisfacción en posición decúbito dorsal

Aplicar la escala modificada de Alderman con valoración en decúbito dorsal

Aplicar la escala de Lowery, con valoración fotográfica en decúbito dorsal

Material y métodos

Este es un estudio de tipo retrospectivo parcial, transversal, comparativo y observacional, del tipo encuesta comparativa

Se tomó una muestra de la población reconstruida por mastectomía en el servicio de Cirugía Plástica del H G M durante el periodo 2002 – 2004. Se aplicó a esta muestra de 28 sujetos una encuesta y se les valoró en fotografía de acuerdo a las escalas modificadas de Alderman y Lowery. La muestra de pacientes que ingresaron al estudio estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de cáncer mamario, enfermedad por modelantes, tumor phillodes y síndrome de Poland; los procedimientos reconstructivos realizados fueron TRAM pediculado

y libre, TRAM bilateral, dorsal ancho con prótesis y expansor con prótesis. Dentro de la muestra se agruparon las pacientes de acuerdo a la antigüedad de su reconstrucción.

Resultados

Las pacientes que fueron reconstruidas con tejidos autólogos fueron las más satisfechas con sus resultados, excepto las pacientes reconstruidas de manera bilateral con TRAS pediculado. Las mujeres que fueron sometidas a reconstrucción con tejidos autólogos y prótesis también mostraron altos índices de satisfacción, no así las pacientes que fueron reconstruidas con prótesis exclusivamente, que se mostraron insatisfechas con el resultado estético de su intervención.

Por tipo de padecimiento, las pacientes que fueron sometidas a reconstrucción por padecer enfermedad por modelantes fueron las que mostraron grados mayores de insatisfacción con sus resultados. En la valoración hecha por los cirujanos, las pacientes con mayor antigüedad de reconstrucción son las que entran en niveles estéticos más altos, una vez que se han completado todos los procedimientos de modelado adicionales a la reconstrucción. Las mujeres reconstruidas con tejidos autólogos también son las que muestran mejores resultados, con apariencia más agradable y estética cuando adoptan la posición de decúbito dorsal.

Análisis y conclusión

Estudios previos ya han establecido que la reconstrucción con tejidos autólogos produce a la paciente niveles mayores de satisfacción estética y general que los implantes. Las pacientes más satisfechas con su imagen corporal cuando están acostadas, son, en orden decreciente, las pacientes reconstruidas con TRAM libre, luego las reconstruidas con dorsal ancho y prótesis, y por último las reconstruidas con TRAM pediculado, de acuerdo a su autoevaluación. Las pacientes que mejor valoran sus resultados son las pacientes mastectomizadas por causa de cáncer mamario, no así las mastectomizadas por enfermedad por modelantes. En la evaluación hecha por el cirujano, los mejores resultados encontrados en la paciente acostada son aquellas reconstruidas con tejidos autólogos exclusivamente.

Marco teórico

Justificación

La paciente sometida a reconstrucción mamaria con tejidos autólogos o prótesis muestra diversos grados de satisfacción con los resultados estéticos de la misma, que se reflejan en varias esferas de su vida, como la autoestima y vida social. Se han desarrollado cuestionarios y evaluaciones estéticas para ser respondidas por la paciente y médicos con el fin de determinar el grado de esta satisfacción, tanto estética como personal. Sin embargo, no existe en la literatura una revisión de esta satisfacción estética o personal de la paciente con la forma que adquiere el tejido reconstruido cuando la paciente adopta la posición de decúbito dorsal. La posición de decúbito dorsal la vive cualquier persona por lo menos una tercera parte de su vida. Las actividades que se realizan en posición de decúbito dorsal, si bien son pocas, sí lo son en importancia para la imagen corporal de la mujer (actividades recreativas e íntimas). La imagen corporal en esa posición es parte integral de la satisfacción de la paciente. Inclusive la pareja de la paciente comparte esa satisfacción, y en las relaciones sexuales debe sentir y ver lo más natural posible la mama reconstruida. La determinación de la satisfacción que tiene la mujer sometida a reconstrucción mamaria sobre su imagen corporal en posición dorsal es un parámetro que puede servir al cirujano plástico para el consejo preoperatorio y la toma de decisión sobre la mejor opción de reconstrucción para su paciente.

Antecedentes

Nuestra sociedad ha dado un valor muy alto al papel de las mamas en la sexualidad, lo cual hace de la mastectomía uno de los más devastadores hechos dentro de los tratamientos oncológicos¹. Las mamas de una mujer son símbolo primario de su feminidad y la pérdida de una mama puede significar un gran perjuicio para su imagen corporal y atracción. Esta pérdida puede tener secuelas devastadoras y producir un gran impacto en la estabilidad emocional y en la adaptación social de la mujer². Varios estudios han mostrado que la pérdida de una mama puede causar considerables daños psicológicos y psicosociales, llevando a la depresión severa, disturbios en la imagen corporal, disminución en la autoestima, pérdida de feminidad y disfunción marital y sexual. La ausencia de la mama es un continuo recordatorio del cáncer. Esto también puede aumentar las preocupaciones sobre recurrencia y causa sensación de salud débil³. Hasta el 28% de las pacientes mastectomizadas experimentan ansiedad por la ausencia de la mama y el 5.8% presenta depresión⁴. Durante mucho tiempo considerada perjudicial para el tratamiento oncológico, hoy en día la reconstrucción mamaria es usada en todo el mundo, y se admite que no aumenta el riesgo de recurrencia de cáncer y no afecta el diagnóstico de recurrencias locales⁵. La reconstrucción inmediata o retardada temprana ha ganado gran popularidad en la comunidad quirúrgica, y se ha probado que el riesgo de enmascaramiento de una recurrencia es mínima⁶. Además, la reconstrucción mamaria se ha vuelto la más frecuente opción para más pacientes sometidas a mastectomía⁷.

Tiempo de reconstrucción

La reconstrucción puede ser realizada de manera inmediata (es decir, al tiempo de la resección tumoral o mastectomía) o retardada, y puede ser realizada con implantes o tejido autólogo, principalmente con colgajo transversal musculocutáneo de recto abdominal (TRAM) o colgajo musculocutáneo de dorsal ancho.

Reconstrucción inmediata

El término reconstrucción inmediata se refiere a la realización del procedimiento reconstructivo al momento de la resección. Emplea dos o tres equipos quirúrgicos, el encargado de la resección del tejido mamario, casi siempre el equipo del cirujano oncólogo, y el equipo que

se encargará de la reconstrucción al terminar el primer equipo, y que es el equipo del cirujano plástico. La reconstrucción inmediata permite un tratamiento local correcto, aunque la paciente debe comprender que este procedimiento es sólo el inicio, ya que a menudo hacen falta otras operaciones para refinar adicionalmente la apariencia de la mama, ajustarla con relación a la mama opuesta y reconstruir el pezón y la areola.

Reconstrucción retardada

También llamada reconstrucción diferida. Es la que se realiza en el lapso de 3 a 9 meses de la mastectomía, aunque puede quedar diferida indefinidamente. De la totalidad de las mujeres con diagnóstico de cáncer, la mitad desea la reconstrucción mamaria, y de ellas, tres cuartas partes la preferirían a corto plazo. Las mujeres más jóvenes y con tendencias depresivas son las que más desean la reconstrucción, mientras que el estado marital, tamaño del tumor, o fortaleza mental son factores de menor peso al momento de solicitar la reconstrucción. Un alto porcentaje de mujeres que desean la reconstrucción (84%) piensan que la apariencia que le dará la reconstrucción es mejor que la que tendrían si solo se colocan una prótesis externa, y el 43% piensan que con la reconstrucción se podría mejorar el aspecto físico de su relación marital o de pareja⁸. Los principales motivos para la búsqueda de la reconstrucción en las pacientes que ya han sido mastectomizadas son disturbios psicológicos establecidos por la presencia de la prótesis externa, que inciden en su imagen corporal, además del dolor de cuello, hombro y espalda ocasionado por el uso de la prótesis, y es que la prótesis puede ser difícil de colocar en su lugar y es desagradable su uso, especialmente en lugares húmedos y temporada de calor, y puede limitar las opciones de uso de ropa y actividades físicas⁹. Keith y cols. también advierten la gran importancia que dan las pacientes a estos rubros, siendo los principales motivos de las pacientes que solicitan la reconstrucción.

Reconstrucción con colgajo TRAM

La reconstrucción mamaria con piel y grasa de la parte inferior del abdomen provee una fuente abundante de tejidos para la paciente que desea una reconstrucción sin implante mamario de silicona y que quiere asimismo una plástica abdominal. El colgajo TRAM es una elipse de piel y grasa obtenido de la pared abdominal y relacionado con las perforantes del músculo recto abdominal subyacente. El

colgajo está indicado para la reconstrucción mamaria cuando la paciente necesita tejido que permita satisfacer sus expectativas de geometría. El colgajo TRAM (Fig. 1) está indicado cuando el músculo dorsal ancho está denervado, dividido o atrofiado. También es útil para la paciente que ha tenido complicaciones con un implante mamario de silicona, ya que el implante puede ser sustituido por los tejidos de la propia paciente. El colgajo TRAM está indicado también para preservar la apariencia de la mama opuesta. La versatilidad del colgajo y la gran cantidad de piel y grasa que puede ser trasladada hacia el área de la mama son factores que permiten lograr la simetría con una variedad mayor de formas de la mama opuesta.

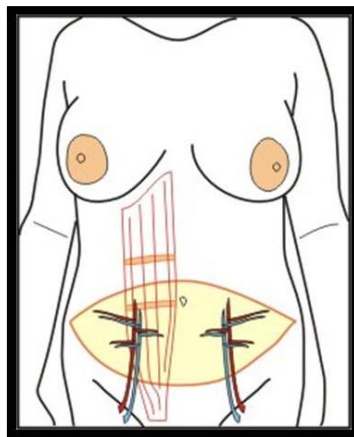


Fig. 1. Diseño de colgajo TRAM

Reconstrucción con colgajo de dorsal ancho.

El colgajo miocutáneo de dorsal ancho facilita la reconstrucción mamaria por aporte de piel de la espalda a fines de suplir la piel perdida, para reemplazar cualquier deficiencia muscular. El músculo puede mejorar la cobertura de un implante mamario y contribuir a la blandura y apariencia natural de la reconstrucción. El colgajo del dorsal ancho es versátil y confiable y una elección segura y predecible cuando se requiere tejido adicional para la reconstrucción. Este colgajo es particularmente útil cuando la paciente está interesada en el relleno axilar o cuando ha recibido una mastectomía radical. Es de lo más útil para pacientes delgadas que no son buenas candidatas para el colgajo TRAM. El dorsal ancho también está indicado para pacientes con piel delgada, tensa o irradiada y para la que está sujeta a la inminente exposición de un implante de silicona por piel de espesor disminuido. El dorsal ancho puede ofrecer volumen adicional en el cuadrante inferoexterno de una reconstrucción mamaria y contribuir a la ptosis en la reconstrucción final.

Reconstrucción con materiales aloplásticos con o sin tejidos autólogos.

El uso de materiales protésicos para la reconstrucción mamaria es una modificación de la técnica del uso de tejidos disponibles. Se puede colocar una prótesis de manera inmediata a la mastectomía, si sólo se reseca el tejido glandular y se respetara la envoltura (mastectomía simple), en caso de pérdida de piel y si no se decidiera la reconstrucción con tejidos autólogos, se puede colocar un expansor en el plano submiofascial y diferir la reconstrucción una vez que se tenga la piel suficiente y se vale de las técnicas de expansión tisular para lograr que los tejidos disponibles luego de la mastectomía den cabida a un implante más grande que el que podría ser insertado durante la primera operación (la mastectomía). El estiramiento gradual de los tejidos provee también de una cubierta para el implante, con relativa abundancia de tejidos blandos, que simula una ptosis en la mama reconstruida. La reconstrucción con expansión tisular extiende la aplicación de la reconstrucción mamaria con tejido disponible y disminuye las indicaciones para utilizar colgajos miocutáneos. Este procedimiento requiere obligatoriamente una segunda intervención quirúrgica, en la que se colocará la prótesis definitiva. Como se discutió en el apartado del dorsal ancho, a veces es posible reconstruir en un solo tiempo colocando un colgajo musculocutáneo sobre una prótesis ².

La elección del procedimiento parece tener un efecto significativo sobre la satisfacción general y estética de la paciente sometida a reconstrucción mamaria. La reconstrucción con tejidos autólogos produce a la paciente niveles mayores de satisfacción estética y general que los implantes. El colgajo libre y pediculado no parecen tener una diferencia significativa en la satisfacción general. Sin embargo, las pacientes sometidas a TRAM pediculado reportaron mayor satisfacción estética que las sometidas a TRAM libre. Alderman y cols. realizaron un estudio para determinar la satisfacción de la paciente mastectomizada y reconstruida con diversas técnicas, este autor encuentra que las pacientes reconstruidas con colgajo TRAM se encuentran más satisfechas que las reconstruidas con expansores y prótesis. Este autor también encontró un mayor grado de satisfacción en la paciente que realiza mayor actividad física y ejercicio preoperatorio, y que tienen mejor imagen corporal. Las pacientes de mayor edad son las menos satisfechas con sus resultados ¹⁰.

Las pacientes que fueron reconstruidas con TRAM tendieron a estar más satisfechas con la apariencia y consistencia de su mama reconstruida, sin embargo, parecían experimentar gran dificultad para interactuar con su pareja luego de la cirugía¹¹.

Evaluación del grado de satisfacción postreconstrucción.

Es difícil empatar las apreciaciones estéticas de la paciente y del cirujano, debido al gran número de factores influyentes. Se han desarrollado escalas que pueden ser contestadas por las pacientes y que reflejan la satisfacción con la reconstrucción. La medición de la satisfacción general y estética se hace preguntando parámetros abstractos que responde la paciente, como la escala de Likert¹⁰. La medición de parámetros estéticos concretos puede ser aplicada por el cirujano, en este caso, la escala de Garbay y modificada por Lowery es un buen método para tal fin¹². En general, cuando se intentan empatar los resultados encontrados por las pacientes y los cirujanos de manera individual, se descubre una satisfacción más alta manifestada por las pacientes que las que podrían revelar las evaluaciones médicas¹.

Las variables que se contemplan en la mayoría de las pacientes son la edad, tiempo de reconstrucción (inmediata o retardada), tipo de procedimiento, actividad física preoperatoria, evaluación psicológica (tendencias depresivas, grado de extroversión, tendencias neuróticas o psicóticas), estado marital⁸. Aunque la satisfacción completa con la reconstrucción mamaria está determinada por múltiples y complejos factores clínicos, emocionales y psicológicos, otros autores sugieren que las complicaciones postoperatorias son los indicadores más fidedignos de insatisfacción con la reconstrucción¹⁰.

El nivel de ansiedad de la paciente se reduce en un 30% luego de la operación, siendo esta disminución mayor en las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata. En el estudio de Harcourt, el autor describe una mejora en la percepción de la imagen corporal de la paciente y del confort de la paciente con distinto tipo de vestimentas, advirtiendo más beneplácito en las pacientes que fueron reconstruidas de manera inmediata, sin especificar el tipo de procedimiento realizado, que en las pacientes sometidas a reconstrucción diferida. Esta tendencia cambió al paso de tiempo, encontrándose que las sometidas a reconstrucción diferida presentan mayor satisfacción con

su figura vestida que las sometidas a reconstrucción inmediata. Esta satisfacción disminuye dramáticamente cuando la paciente se valora desnuda, de tal manera que los rangos de satisfacción son muy bajos (6.9%) en las pacientes reconstruidas inmediatamente. Las reconstruidas de manera tardía sólo muestran un ligero aumento en este aspecto (14.3%), siendo que las pacientes mastectomizadas sin reconstrucción muestran una mejor satisfacción con su imagen desnuda (21.4%).

Harcourt encontró que los factores preoperatorios que tienen valor predictivo para la satisfacción de la paciente con el resultado de la reconstrucción son la imagen corporal que la paciente tiene de sí; la ansiedad o depresión; y la 'satisfacción de la decisión', término que abarca la asesoría preoperatoria y aplicación de escalas para evaluar los posibles resultados de la cirugía⁴. A mayor nivel de ansiedad o depresión, o pobre imagen corporal previas, mayor insatisfacción con resultados.

Alderman y cols. desarrollaron el siguiente cuestionario, que abarca dos aspectos de satisfacción de la paciente reconstruida: satisfacción en general y satisfacción estética. Las interrogantes que se aplican a las pacientes para que determinen el grado de satisfacción con su reconstrucción son las siguientes:

Satisfacción general

1. Sabiendo lo que ahora se, ¿escogería definitivamente la reconstrucción?
2. Sabiendo lo que ahora se, ¿escogería definitivamente el tipo de reconstrucción?
3. En general ¿estoy satisfecha con mi reconstrucción?
4. ¿Recomendaría el tipo de reconstrucción que ahora tengo a una amiga?
5. ¿Siento que recibí la información suficiente sobre mi reconstrucción para realizar una decisión informada entre las opciones de tejidos autólogos vs. implantes?

Satisfacción estética

1. El tamaño y forma de mis mamas son los mismos
2. Mi mama reconstruida se siente suave al tacto².

Andrade y cols. realizaron una investigación para evaluar la satisfacción postreconstrucción aplicando un cuestionario que

simplemente dicotomizaba a las pacientes en dos grupos (“¿Está satisfecha con su reconstrucción? Si o no), y pedía a cada paciente explicar sus motivos. En general el porcentaje de satisfacción fue del 88.8%. Coincidiendo con otros autores, el mayor grado de satisfacción lo presentaron las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos. Las pacientes insatisfechas indicaron que el motivo fue por la presencia de grandes cicatrices o asimetrías, por complicaciones de la mama reconstruida y de la zona donadora¹³.

En general, los cuestionarios con los que se evalúa a la paciente usan parámetros abstractos, que pueden ser susceptibles de ser calificados si se aplican herramientas estadísticas como la escala de Likert. Las evaluaciones que realiza el cirujano deben ser más objetivas, y el cirujano puede determinar el resultado de la reconstrucción calificando aspectos anatómicos de la reconstrucción. Lowery diseñó la siguiente escala para este fin. Las variables que el cirujano puede medir para evaluar a las pacientes reconstruidas son las siguientes:

- Volumen de la mama, comparada con la mama contralateral
- Contorno (forma) de la mama
- Ubicación de la mama
- Pliegue inframamario
- Cicatrices en la mama

La calificación de estas variables puede colocar a la paciente en tres tipos de categorías, (0, 1 o 2), que de manera progresiva indican un mejor resultado estético (escala de Lowery). Estas características pueden ser evaluadas incluso en fotografías, y comparadas en diversos momentos del postoperatorio.

De estas observaciones se desprende el hecho de que no se ha evaluado el resultado de satisfacción estética y general de la paciente reconstruida cuando adopta cambios de posición. Aunque Cederna¹¹ informa en su estudio que las pacientes reconstruidas presentan dificultad para interactuar con su pareja, no existe en la literatura un estudio que defina el grado de satisfacción de la paciente con la forma que adopta su o sus mamas reconstruidas cuando adopta la posición de decúbito dorsal. Anderson informa que las pacientes que toman en cuenta la opinión de su pareja al momento de decidir sobre la reconstrucción, son las más satisfechas con la toma de decisión,

aunque no evalúan la satisfacción con los resultados obtenidos³. Resulta obvio mencionar que es la posición de decúbito dorsal la que adopta la mujer para varias actividades recreativas y sobre todo para la actividad sexual. La posición dorsal la vive cualquier persona por lo menos una tercera parte de su vida. Las actividades que se realizan en posición si bien son pocas, sí lo son en importancia para la imagen corporal de la mujer (actividades recreativas y sexuales). La determinación de la satisfacción que tiene la mujer postoperada de reconstrucción mamaria sobre su imagen corporal en posición dorsal es un parámetro que puede servir al cirujano plástico para el consejo preoperatorio y la toma de decisión sobre la mejor opción para su paciente.

Objetivo general

Definir la satisfacción de la paciente y del cirujano en cuanto a los resultados generales y estéticos de la reconstrucción mamaria cuando la paciente adopta la posición de decúbito dorsal.

Objetivos específicos

Determinar el grado de satisfacción en posición decúbito dorsal

Aplicar la escala modificada de Alderman con valoración en decúbito dorsal

Aplicar la escala de Lowery, con valoración fotográfica en decúbito dorsal

Hipótesis

De acuerdo a las escalas modificadas de Alderman y Lowery, la satisfacción de la paciente postoperada de reconstrucción mamaria en decúbito dorsal será mayor con reconstrucciones realizadas con tejidos autólogos que con aloplásticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo parcial, transversal, comparativo y observacional, del tipo encuesta comparativa

Definición de universo

Todos los expedientes de las pacientes que fueron intervenidas de reconstrucción mamaria en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México en el periodo 2002-2004.

Todas las pacientes que fueron intervenidas de reconstrucción mamaria en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México en el periodo 2002- 2004.

Tamaño de la muestra

Muestreo por cuota de últimos casos de pacientes intervenidas para reconstrucción en el servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva del Hospital General de México.

Pacientes intervenidas en los últimos 3 años en el servicio.

Definición de las unidades de observación

Paciente femenino postoperada en el servicio de CPRE del HGM en el período 2002 – 2004

Expediente clínico de las pacientes

Criterios de inclusión

Todas las pacientes intervenidas de reconstrucción mamaria en el servicio en el período 2002 - 2004

Criterios de exclusión

Negación de la paciente para participar en la investigación

Criterios de eliminación

Abandono de la investigación por parte de la paciente.

Selección de los métodos, técnicas y procedimientos de recolección de la información

Se recabaron de los expedientes los datos de las variables, a fin de llenar un concentrado de datos realizado ex profeso para ese fin. Del expediente se tomaron datos de localización de la paciente, se buscó a la misma y se le interrogó si deseaba participar en la investigación. Las pacientes que aceptaron fueron citadas para realización de sesión fotográfica y se les entregaron cuestionarios de Alderman modificados, en este caso enfocados a los resultados con la posición de decúbito dorsal. Una vez completado el muestreo por cuota de las pacientes, se realizó el vaciado de los datos obtenidos en tablas de concentrados diseñadas ex profeso para ese fin, y se determinaron medidas de tendencia central y de variabilidad, para determinar el grado de satisfacción de la paciente de acuerdo a la modalidad de reconstrucción a la que fue sometida, según la escala de Likert. Se tomaron fotografías de las pacientes en decúbito dorsal, que mostraban las características anatómicas de la mama reconstruida, y se evaluaron por cirujanos plásticos del servicio de Cirugía Plástica del Hospital General de México, aplicando la escala de Lowery, para categorizar los resultados en las categorías de la misma. Los cirujanos evaluadores fueron ciegos al calificar las fotografías, sólo se les pidió que se aplicara la escala descrita.

Evaluación de Alderman modificada

Para la evaluación de la satisfacción de la paciente, desde su perspectiva, se realizó un cuestionario de 11 preguntas, modificado del presentado por Alderman y cols.¹³, que evalúa la satisfacción general y estética de la paciente, dividiendo para tal fin el cuestionario en dos partes. A diferencia de los cuestionarios aplicados por los autores mencionados, para nuestra evaluación agregamos interrogantes sobre la satisfacción estética cuando la paciente toma la posición en decúbito dorsal, y un enunciado donde se incluye la percepción que tiene la paciente de la aceptación de su figura por parte de su pareja. A fin de realizar el análisis estadístico, y poder tasar las respuestas de la paciente, a la encuesta formulada se aplicó el método de medición de puntuación de la escala de Likert.

De este modo, a cada enunciado la paciente respondería de una de cinco maneras, de la manera siguiente:

- A: totalmente de acuerdo
- B: de acuerdo
- C: no le da importancia
- D: en desacuerdo
- E: totalmente en desacuerdo

A cada una de las variables se le dio un valor numérico (A:5, B:4, C:3, D:2, E:1), de tal manera que la sumatoria de todas las respuestas arrojaría un número total (de 11 a 55), mismo que podría ser incluido en la siguiente escala de puntuación:

- 45-55 puntos: muy satisfecha
- 34-44 puntos: satisfecha
- < 33 puntos: insatisfecha.

Para dicotomizar los resultados como satisfactorios contra insatisfactorios, en general se puede concluir que cualquier resultado por arriba de 34 puede considerarse simplemente satisfactorio, y por debajo de él insatisfactorio. Este criterio riguroso se utilizó para dicotomizar los datos debido a que en general, la

mayoría de las revisiones previas y de otros autores han encontrado que la mayoría de las pacientes están satisfechas con su reconstrucción mamaria. De esta forma, esta división permitiría la identificación de factores asociados con altos niveles de satisfacción.

El cuestionario realizado se puede consultar en el anexo I.

Escala de Lowery

La escala de Lowery (Fig. 2), descrita por este autor desde 1996, permite el análisis objetivo de las siguientes variables en escala temporal en la paciente reconstruida, es decir, los resultados a los 3 y 6 meses, y de manera anual, utilizando fotografías postoperatorias y siendo revisadas por un panel de cirujanos plásticos. Las variables que se evalúan en el archivo fotográfico son las siguientes:

Volumen de la mama, comparada con la mama contralateral
Contorno (forma) de la mama
Ubicación de la mama
Pliegue inframamario
Cicatrices en la mama

Escala de Lowery:

Paciente de pie

Paciente acostada (modificada)



Volumen



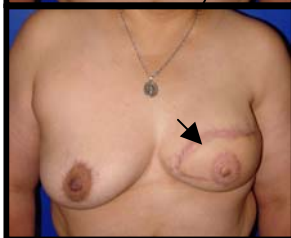
Contorno



Ubicación



Pliegue inframamario



Cicatrices

Fig. 2. comparación de escala de Lowery de pie y modificada para decúbito dorsal

Estas variables se aplican en escala temporal, pudiendo colocar a la paciente en tres tipos de categorías, (0, 1 y 2), que de manera progresiva indican un mejor resultado estético (escala de Lowery). Para conservación y consulta de evolución en escala de tiempo, se utilizan fotografías de la mama en posición de pie, donde se comparan los diversos tópicos señalados.

Aunque esta evaluación originalmente es aplicada a una misma paciente es escala de tiempo, para tasar los resultados en varios momentos de su evolución postoperatoria, algunos autores, como Francescato, encontraron que esta daba resultados válidos aún si se utilizaba en un solo momento de la evolución, ya que ofrece resultados que pueden utilizarse de manera no comparativa con otros momentos de la evolución, puesto que estos resultados no son dependientes de los previos.

De esta manera, la evaluación de Lowery puede aplicarse de manera indistinta a todas las pacientes, sin necesidad de seguimiento prospectivo, ofreciendo un resultado objetivo de la reconstrucción de la paciente de acuerdo al momento en que esta se halla, ya sea al sexto mes, al año o dos años de su reconstrucción.

De acuerdo a la evaluación del cirujano, las tres categorías posibles de resultados, son las siguientes:

Categoría 0:

Discrepancia relativamente marcada con respecto al lado contralateral.

Deformidad marcada del contorno o asimetría

Desubicación marcada

Pliegue inframamario pobremente definido o no identificado

Cicatrices hipertróficas o contracturas

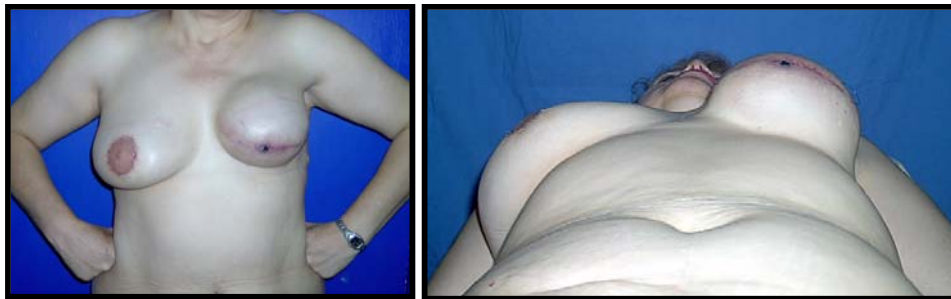


Fig. 3. Categoría 0. Marcada asimetría entre ambas mamas, así como ubicación muy alta de mama izquierda, con posición muy alta de surco inframamario. Aún sin realización de CAP-

Categoría 1

Discrepancia moderada respecto al lado contralateral

Deformidad moderada del contorno o asimetría

Desubicación moderada

Pliegue inframamario definido, pero asimétrico o con falta parcial de definición

Cicatriz regular (ancha, color discordante pero sin hipertrofia o contractura)



Fig. 4. Categoría 1. Discrepancia moderada entre ambas mamas, mejor contorno de mama reconstruida. Pliegue en mejor posición, aunque poco definido. La asimetría es más marcada en decúbito dorsal.

Categoría 2

Volumen simétrico

Contorno simétrico o natural

Ubicación simétrica y estética

Pliegue inframamario simétrico y definido

Cicatriz buena (delgada, color adecuado)



Fig. 5. Categoría 2. Volumen simétrico entre ambas mamas. Contorno natural en mama reconstruida. Ubicación de mama y de surco inframamario adecuada. Cicatriz conspicua. CAP reconstruido y tatuado.

Aspectos éticos y de bioseguridad

Cada aspecto de la investigación, y su aprobación por el investigador y el paciente, estuvo basado en el veredicto del comité de investigación y de ética del Hospital General de México, de acuerdo a las declaraciones de Helsinki de 1964, con la adición de Tokio de 1975, sobre la investigación biomédica en seres humanos¹⁴.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido en la investigación, se realizaron en total 156 procedimientos de tipo reconstructivo, a un total de 83 pacientes, para un promedio de 1.83 procedimientos por pacientes (rango de 1 a 6 procedimientos).

Los procedimientos realizados se agrupan de la siguiente forma:

TRAM	27
TRAM libre	12
TRAM bilateral	7
Dorsal ancho:	13
Colocación implantes	15
Colocación expansor	9
TOTAL	83

Tabla 1. Procedimientos de reconstrucción mamaria realizados en el servicio de CPR del HGM O. D. en el periodo 2002 - 2004.
Fuente: archivo clínico servicio CPR HGM o. d.

Los diagnósticos de las pacientes reconstruidas fue el siguiente:

CA de mama	60
Modelantes	9
Phyllodes	8
Sx Poland	5
Nevo congénito	1
TOTAL	83

Tabla 2. Diagnósticos de pacientes reconstruidas de reconstrucción mamaria en el servicio de CPR del HGM O. D. en el periodo 2002 - 2004
Fuente: archivo clínico servicio CPR HGM O. D.

De este total de pacientes, se realizó un muestreo por cuota, hasta lograr una muestra representativa de la población, de tal manera que la muestra fue de 28 pacientes, para un total de 32.5% de la misma, con un nivel de confianza del 95% y un intervalo de confianza de 15.

Se localizó vía telefónica a cada una de las pacientes, y se les invitó a participar en la encuesta, encontrándose un 100% de aceptación a la misma. Se aplicó la encuesta (anexo I) y se citó posteriormente a las pacientes para realización de sesión fotográfica, a fin de realizar una evaluación objetiva posterior, de acuerdo a la evaluación de Lowery.

La muestra de pacientes está conformada de la manera siguiente:

Por su diagnóstico:

Ca mama	19
Enf. por modelantes	5
Phyllodes	2
Poland	2

Tabla 3. Diagnóstico de pacientes de la muestra

Por el procedimiento reconstructivo:

TRAM	12
TRAM libre	3
TRAM bilateral	5
Dorsal ancho y prótesis	4
Expansor e implante	4

Tabla 4. Procedimiento reconstructivo realizado a las pacientes de la muestra

Por antigüedad de la reconstrucción, se agruparon como se muestra:

2 años	10
1 año	10
6 meses	8

Tabla 5. Antigüedad de reconstrucción de pacientes de la muestra

La aplicación de la encuesta arroja los siguientes resultados (tabla 6). En las siguientes tablas, la primera columna indica el número de la pregunta del cuestionario, y en las siguientes el número de pacientes que contestó cada uno de las posibles respuestas, con el promedio total de puntos. Estos promedios fueron los que se calificaron de acuerdo a la escala de Likert:

Satisfacción general	A	ptos	B	ptos	C	ptos	D	ptos	E	ptos
1. Estoy satisfecha por haber decidido la reconstrucción	14	2.5	10	1.429	0	0	4	0.286	0	0
2. De los tipos de reconstrucción que existen, estoy satisfecha con el que tengo	2	0.357	18	2.571	0	0	8	0.571	0	0
3. En general, me satisface mi reconstrucción	8	1.429	16	2.286	0	0	4	0.286	0	0
4. Recomendaría el tipo de reconstrucción que ahora tengo a una amiga	14	2.5	14	2	0	0	0	0	0	0
5. Siento que recibí la información suficiente	4	0.714	12	1.714	0	0	12	0.857	0	0
Promedio	1.5	7.5	2.5	10	0	0	1	2	0	0
Satisfacción estética										
6. El tamaño y forma de mis mamas son iguales	2	0.357	12	1.714	4	0.429	10	0.714	0	0
7. Mi mama reconstruida se siente suave al tacto si la comparo con la otra	6	1.071	18	2.571	2	0.214	2	0.143	0	0
8. Cuando me acuesto, el tamaño y forma de mis mamas son iguales	2	0.357	12	1.714	0	0	14	1	0	0
9. Cuando me acuesto, mi mama reconstruida se siente suave al tacto	4	0.714	18	2.571	0	0	6	0.429	0	0
10. Cuando me acuesto, el tamaño y forma de mi mama le gusta a mi pareja	2	0.357	16	2.286	4	0.429	2	0.143	0	0
11. Cuando me acuesto, me agrada el resultado de mi reconstrucción	6	1.071	16	2.286	4	0.429	0		0	0
Promedio	0.786	3.929	3.286	13.143	0.5	1.5	1.214	2.429	0	0

PROMEDIO TOTAL	2.286	11.429	5.786	23.143	0.5	1.5	2.214	4.429	0	0
-----------------------	--------------	---------------	--------------	---------------	------------	------------	--------------	--------------	----------	----------

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	19.5	4.58	20.9764	SATISFECHA
Satisfacción estética	21	5.19	26.9361	SATISFECHA
Satisfacción (total)	40.5	4.55	20.7025	SATISFECHA

Tabla 6. Resultados de autoevaluación (ver texto)

De acuerdo a la puntuación obtenida en ambos rubros (satisfacción general y estética), y de acuerdo a la escala de Likert aplicada, se utilizó la siguiente tabla de valores para determinar el grado de satisfacción:

45 - 55: MUY SATISFECHA
34 - 44: SATISFECHA
<33 : INSATISFECHA

Tabla 7. Puntuación de escala de Likert

La escala de Likert se puede aplicar de manera individual para calificar las categorías de manera independiente, de tal manera que se utilizaron los siguientes valores para determinar el grado de satisfacción de manera separada:

Satisfacción general (individual)
21-25: muy satisfecha
16-20: satisfecha
<15: insatisfecha
Satisfacción estética (individual)
25-30: muy satisfecha
19-24: satisfecha
<18: insatisfecha

Tabla 8. Puntuación de escala de Likert

Para la satisfacción en conjunto, la calificación total promedio es de 40.38 puntos, quedando en el rango de SATISFACTORIA para toda la población estudiada.

Satisfacción de acuerdo al tipo de reconstrucción.

Por tipo de reconstrucción, las pacientes que fueron intervenidas con TRAM de manera unilateral se dijeron SATISFECHAS, al hacer el análisis por separado, las pacientes intervenidas con TRAM pediculado (tabla 9) se definieron como satisfechas, mientras que las intervenidas con TRAM LIBRE (tabla 10) se dijeron MUY SATISFECHAS, alcanzando las puntuaciones más altas en la escala. El mayor grado de insatisfacción se encontró en las pacientes a las que se les realizó TRAM BILATERAL, siendo las que dieron calificaciones más pobres a las respuestas de la encuesta (tabla 11) . En la gráfica 1 de comparan los 3 procedimientos.

Pacientes reconstruidas con TRAM pediculado (12 pacientes)

TRAM (12 pacientes)	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	9	3.75	1	0.333	0	0	2	0.333	0	0
2	0	0	9	3	0	0	3	0.5	0	0
3	5	2.083	7	2.333	0	0	0	0	0	0
4	7	2.917	5	1.667	0	0	0	0	0	0
5	2	0.833	3	1	0	0	7	1.167	0	0
promedio	1.917	9.583	2.083	8.333	0	0	1	2	0	0
6	0	0	6	2	0	0	6	1	0	0
7	2	0.833	10	3.333	0	0	0	0	0	0
8	0	0	9	3	3	0.75	0	0	0	0
9	2	0.833	9	3	0	0	1	0.167	0	0
10	0	0	11	3.667	0	0	1	0.167	0	0
11	2	0.833	10	3.333	0	0	0	0	0	0
promedio	0.5	2.5	4.583	18.333	0.25	0.75	0.667	1.333	0	0
promedio total	2.417	12.083	6.667	26.667	0.25	0.75	1.667	3.333	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	19.92	4.63	21.4369	SATISFECHA
Satisfacción estética	22.92	7.74	59.9076	SATISFECHA
Satisfacción (total)	42.84	5.85	34.2225	SATISFECHA

Tabla 9. Resultados para pacientes reconstruidas con TRAM pediculado

Pacientes reconstruidas con TRAM libre (3 pacientes)

TRAM LIBRE	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0
2	2	3.333	1	1.333	0	0	0	0	0	0
3	3	5	0	0	0	0	0	0	0	0
4	1	1.667	2	2.667	0	0	0	0	0	0
5	2	3.333	1	1.333	0	0	0	0	0	0
promedio	3.667	18.333	1.333	5.333	0	0	0	0	0	0
6	0	0	1	1.333	2	2	0	0	0	0
7	2	3.333	1	1.333	0	0	0	0	0	0
8	2	3.333	1	1.333	0	0	0	0	0	0
9	1	1.667	2	2.667	0	0	0	0	0	0
10	0	0	1	1.333	2	2	0	0	0	0
11	2	3.333	1	1.333	0	0	0	0	0	0
promedio	2.333	11.667	2.333	9.333	1.333	4	0	0	0	0
promedio total	6	30	3.667	14.667	1.333	4	0	0	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	23.67	7.94	63.0436	MUY SATISFECHA
Satisfacción estética	25	5.34	28.5156	MUY SATISFECHA
Satisfacción (total)	48.67	6.2	38.44	MUY SATISFECHA

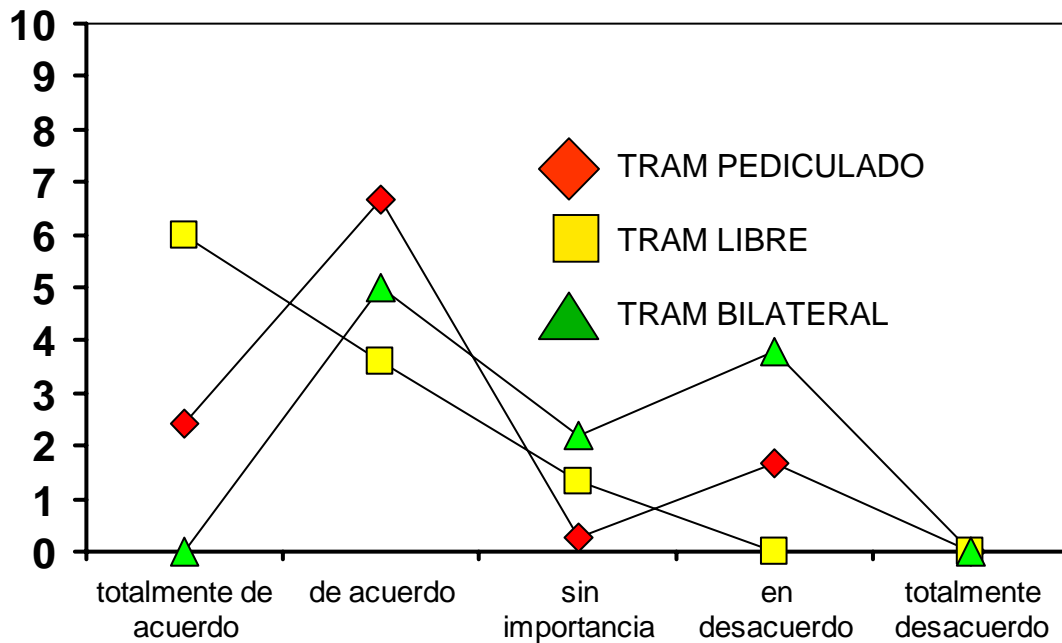
Tabla 10. Resultados para pacientes reconstruidas con TRAM libre.

Pacientes reconstruidas con TRAM bilateral (5 pacientes)

TRAM BILAT.	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	0	0	4	3.2	1	0.6	0	0	0	0
2	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
3	0	0	0	0	1	0.6	4	1.6	0	0
4	0	0	4	3.2	1	0.6	0	0	0	0
5	0	0	0	0	0	0	5	2	0	0
promedio	0	0	2	8	0.8	2.4	2.2	4.4	0	0
6	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
7	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
8	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
9	0	0	3	2.4	0	0	2	0.8	0	0
10	0	0	3	2.4	2	1.2	0	0	0	0
11	0	0	3	2.4	2	1.2	0	0	0	0
promedio	0	0	3	12	1.4	4.2	1.6	3.2	0	0
promedio total	0	0	5	20	2.2	6.6	3.8	7.6	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	14.8	3.36	11.2896	INSATISFECHA
Satisfacción estética	19.4	4.9	24.01	SATISFECHA
Satisfacción (total)	34.2	3.93	15.4449	SATISFECHA

Tabla 11. Resultados para pacientes reconstruidas con TRAM bilateral.



Gráfica 1. Resultados para la reconstrucción con TRAM..

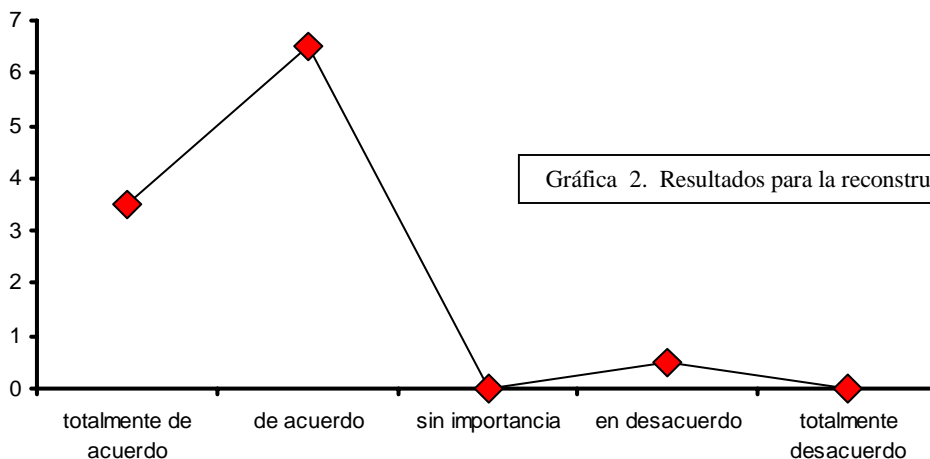
Las mujeres que fueron reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis (DORSAL ANCHO + PROTESIS, tabla 12 y gráfica 2) también se dijeron MUY SATISFECHAS en cuanto a los resultados generales y estéticos de su reconstrucción, no así las pacientes que fueron reconstruidas con PROTESIS exclusivamente (tabla 13 y gráfica 3), que se mostraron INSATISFECHAS con el resultado estético de su intervención.

Pacientes reconstruidas con DORSAL ANCHO y PROTESIS (4 pacientes)

DORSAL Y PROTESIS	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	2	2.5	2	2	0	0	0	0	0	0
2	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
3	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
4	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0
5	2	2.5	2	2	0	0	0	0	0	0
promedio	2	10	3	12	0	0	0	0	0	0
6	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
7	2	2.5	2	2	0	0	0	0	0	0
8	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0
9	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
10	2	2.5	0	0	0	0	0	0	0	0
11	2	2.5	2	2	0	0	0	0	0	0
promedio	1.5	7.5	3.5	14	0	0	0.5	1	0	0
promedio total	3.5	17.5	6.5	26	0	0	0.5	1	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	22	6.06	36.7236	MUY SATISFECHA
Satisfacción estética	22.5	6.16	37.9456	SATISFECHA
Satisfacción (total)	44.5	5.63	31.6969	SATISFECHA

Tabla 12. Resultados para la reconstrucción con dorsal ancho con prótesis.



Gráfica 2. Resultados para la reconstrucción con dorsal ancho con prótesis.

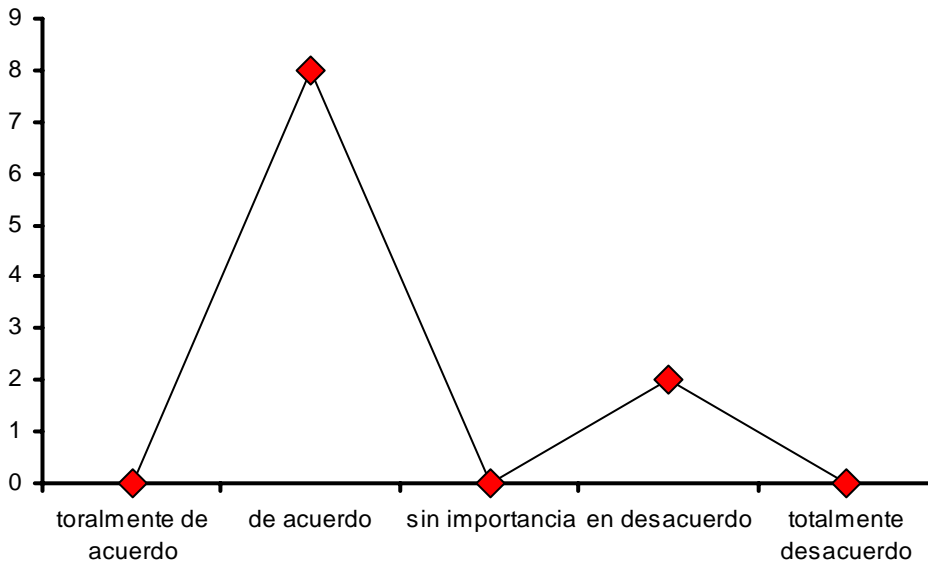
Pacientes reconstruidas con EXPANSOR y PROTESIS (4 pacientes):

EXP. E IMPLANTE (4 pacientes)	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
2	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0
3	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
4	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
Promedio	0	0	4.5	18	0	0	0.5	1	0	0
6	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0
7	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
8	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0
9	0	0	2	2	0	0	2	1	0	0
10	0	0	2	2	0	0	0	0	0	0
11	0	0	4	4	0	0	0	0	0	0
promedio	0	0	3.5	14	0	0	1.5	3	0	0

promedio total	0	0	8	32	0	0	2	4	0	0
----------------	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	19	7.95	63.2025	SATISFECHA
Satisfacción estética	17	6.06	36.7236	INSATISFECHA
Satisfacción (total)	36	6.42	41.2164	SATISFECHA

Tabla 13. Resultados para la reconstrucción con expansor y prótesis.



Gráfica 3. Resultados para la reconstrucción con expansor y prótesis.

Satisfacción de acuerdo al tipo de padecimiento

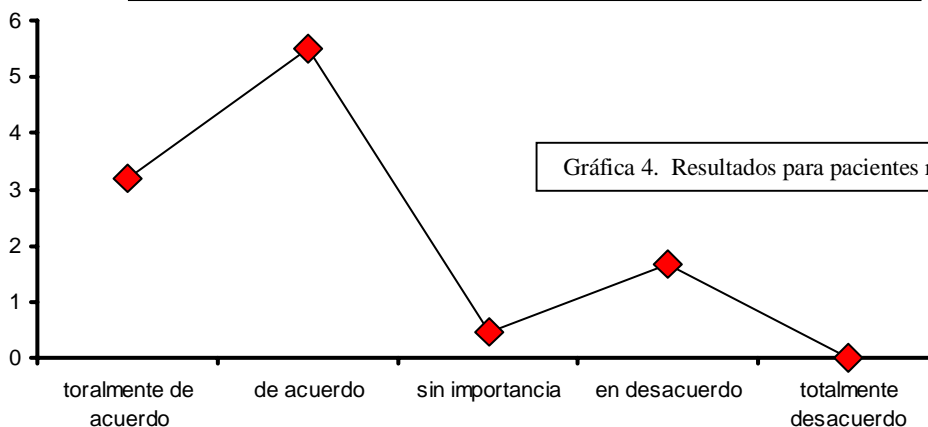
En este aspecto, las pacientes en general se mostraron satisfechas con la resolución de su padecimiento, generando puntuaciones muy similares en todos los tipos de patologías presentadas. Sin embargo, las pacientes que fueron reconstruidas por padecer ENFERMEDAD POR MODELANTES fueron las que mostraron grados mayores de INSATISFACCION con sus resultados (tablas 14 a 17, gráficas 4 a 7).

Pacientes reconstruidas por CANCER DE MAMA (19 pacientes)

CANCER MAMA	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	13	3.421	4	0.842	0	0	2	0.211	0	0
2	2	0.526	14	2.947	0	0	3	0.316	0	0
3	8	2.105	11	2.316	0	0	0	0	0	0
4	13	3.421	6	1.263	0	0	0	0	0	0
5	4	1.053	7	1.474	0	0	8	0.842	0	0
promedio	2.105	10.526	2.211	8.842	0	0	0.684	1.368	0	0
6	0	0	9	1.895	4	0.632	6	0.632	0	0
7	6	1.579	11	2.316	2	0.316	0	0	0	0
8	2	0.526	8	1.684	0	0	9	0.947	0	0
9	4	1.053	13	2.737	0	0	2	0.211	0	0
10	2	0.526	12	2.526	1	0.158	2	0.211	0	0
11	7	1.842	10	2.105	2	0.316	0	0	0	0
Promedio	1.105	5.526	3.316	13.263	0.474	1.421	1	2	0	0
promedio total	3.211	16.053	5.526	22.105	0.474	1.421	1.684	3.368	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	20.74	5.12	26.2144	SATISFECHA
Satisfacción estética	22.21	5.334	28.451556	SATISFECHA
Satisfacción (total)	42.95	4.85	23.5225	SATISFECHA

Tabla 14. Resultados para pacientes reconstruidas por Cáncer de mama

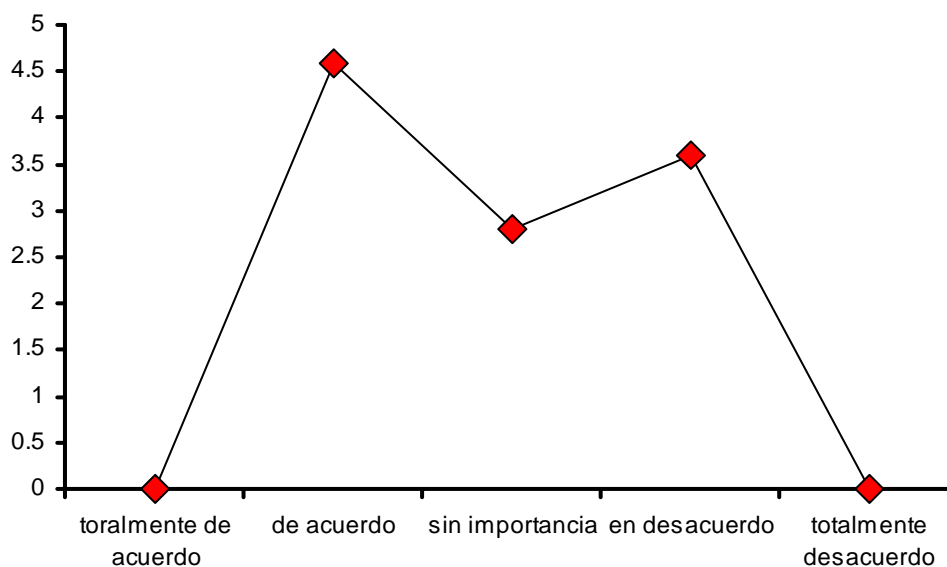


Pacientes reconstruidas por ENFERMEDAD por MODELANTES (5 pacientes)

ENF. MODELANTES	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	0	0	4	3.2	1	0.6	0	0	0	0
2	0	0	2	1.6	2	1.2	1	0.4	0	0
3	0	0	0	0	1	0.6	4	1.6	0	0
4	0	0	3	2.4	1	0.6	1	0.4	0	0
5	0	0	0	0	1	0.6	4	1.6	0	0
promedio	0	0	1.8	7.2	1.2	3.6	2	4	0	0
6	0	0	3	2.4	0	0	2	0.8	0	0
7	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
8	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
9	0	0	2	1.6	1	0.6	2	0.8	0	0
10	0	0	2	1.6	3	1.8	0	0	0	0
11	0	0	3	2.4	2	1.2	0	0	0	0
promedio	0	0	2.8	11.2	1.6	4.8	1.6	3.2	0	0
promedio total	0	0	4.6	18.4	2.8	8.4	3.6	7.2	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	14.8	3.04	9.2416	INSATISFECHA
Satisfacción estética	19.2	4.61	21.2521	SATISFECHA
Satisfacción (total)	34	3.66	13.3956	SATISFECHA

Tabla 15. Resultados para pacientes reconstruidas por Enfermedad por modelantes.



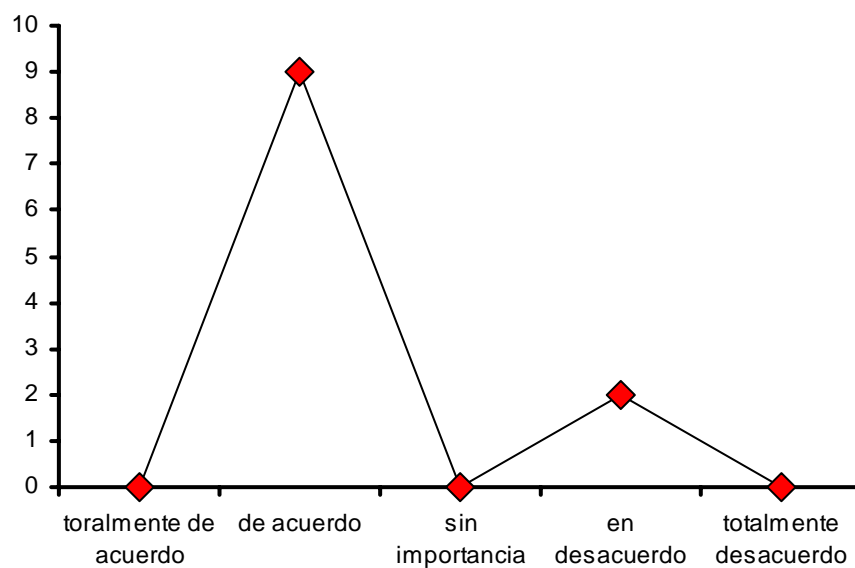
Gráfica 5. Resultados para pacientes reconstruidas por Enfermedad por modelantes.

Pacientes reconstruidas por TUMOR PHILLODES (2 pacientes)

TUMOR PHILLODES	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
2	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
3	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
4	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
promedio	0	0	4	16	0	0	1	2	0	0
6	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
7	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
8	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
9	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
10	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
11	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
promedio	0	0	5	20	0	0	1	2	0	0
promedio total	0	0	9	36	0	0	2	4	0	0

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	18	6.98	48.7204	SATISFECHA
Satisfacción estética	22	8.76	76.7376	SATISFECHA
Satisfacción (total)	40	7.2	51.84	SATISFECHA

Tabla 16. Resultados para pacientes reconstruidas por Tumor phillodes.



Gráfica 6. Resultados para pacientes reconstruidas por Tumor phillodes.

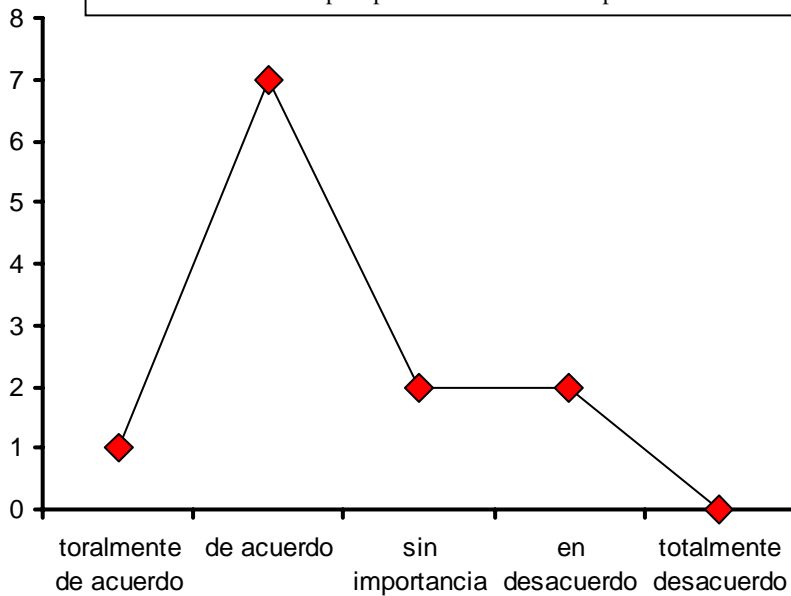
Pacientes reconstruidas por SINDROME DE POLAND (2 pacientes)

POLLAND	A	puntos	B	puntos	C	puntos	D	puntos	E	puntos
1	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
2	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
3	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
4	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
5	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
promedio	0	0	5	20	0	0	0	0	0	0
6	2	5	0	0	2	3	0	0	0	0
7	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
8	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
9	0	0	0	0	0	0	2	2	0	0
10	0	0	0	0	2	3	0	0	0	0
11	0	0	2	4	0	0	0	0	0	0
promedio	1	5	2	8	2	6	2	4	0	0

promedio total	1	5	7	28	2	6	2	4	0	0
----------------	---	---	---	----	---	---	---	---	---	---

	Promedio	Desviación estándar	Varianza	Interpretación
Satisfacción general	20	8.994	80.892036	SATISFECHA
Satisfacción estética	23	2.996	8.976016	SATISFECHA
Satisfacción (total)	43	6.1	37.21	SATISFECHA

Tabla 17. Resultados para pacientes reconstruidas por Síndrome de Poland



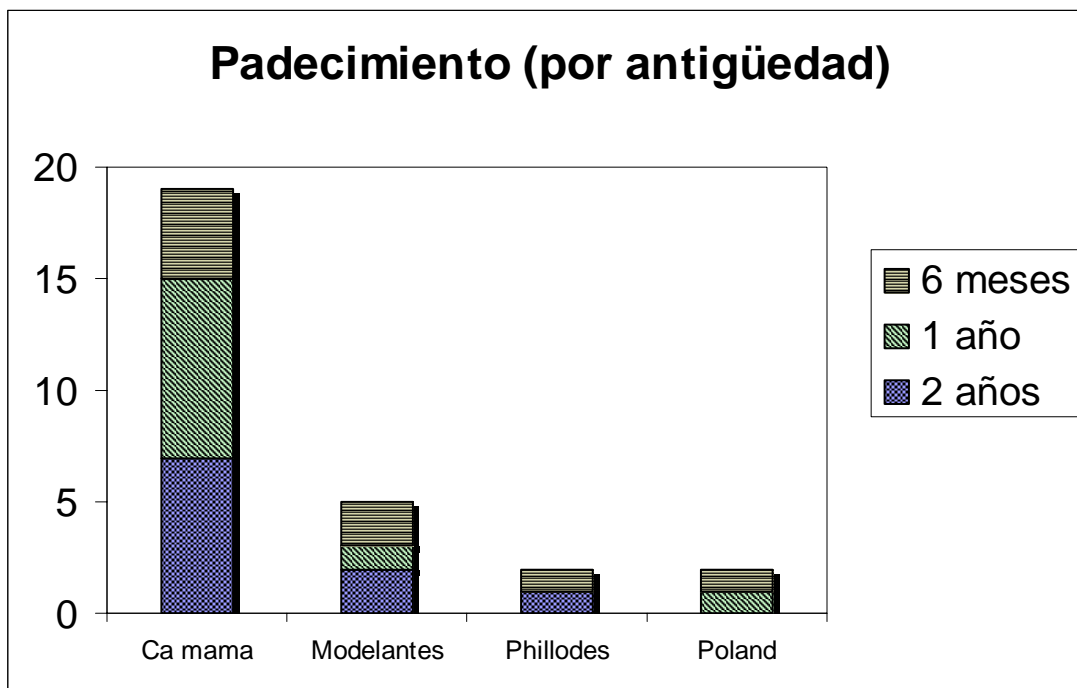
Gráfica 7. Resultados para pacientes reconstruidas por Síndrome de Poland

Evaluación por el cirujano.

Las pacientes fueron divididas de acuerdo a la antigüedad de la reconstrucción, resultando de ello 3 grupos, el primero tenía 8 pacientes, todas ellas dentro de los primeros 6 meses de reconstrucción. Se formaron otros 2 grupos, cada uno de ellos con 10 pacientes, y la antigüedad de la reconstrucción de sus pacientes era de 1 o 2 años (tabla 5). De este total de 28 pacientes, en la tabla 18 y gráfica 8 se distribuyen por padecimiento y de acuerdo a la antigüedad, y en la tabla 19 y gráfica 9 de acuerdo al procedimiento y la antigüedad del mismo.

	Ca mama	Modelantes	Phillodes	Poland	TOTAL
2 años	7	2	1	0	10
1 año	8	1	0	1	10
6 meses	4	2	1	1	8
TOTAL	19	5	2	2	28

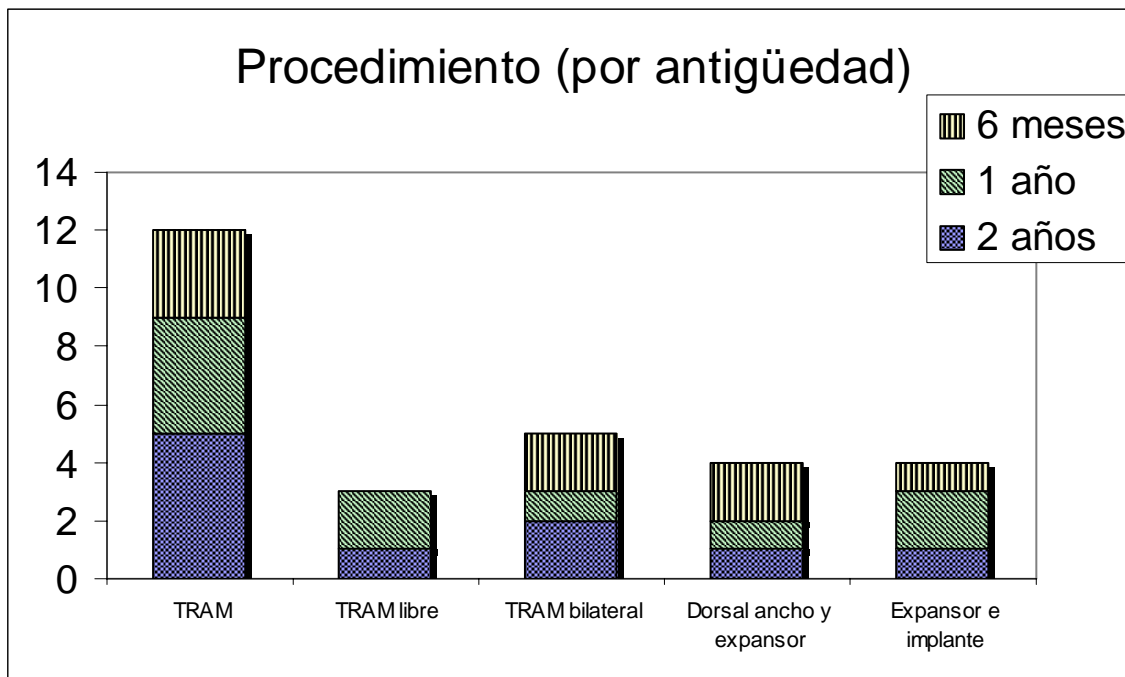
Tabla 18. Distribución de padecimientos de acuerdo a antigüedad



Gráfica 8. Distribución de padecimientos de acuerdo a antigüedad

	TRAM	TRAM libre	TRAM bilateral	Dorsal ancho y expansor	Expansor e implante	total
2 años	5	1	2	1	1	10
1 año	4	2	1	1	2	10
6 meses	3	0	2	2	1	8
TOTAL	12	3	5	4	4	28

Tabla 19. Distribución de procedimientos de acuerdo a antigüedad



Gráfica 9. Distribución de procedimientos de acuerdo a antigüedad

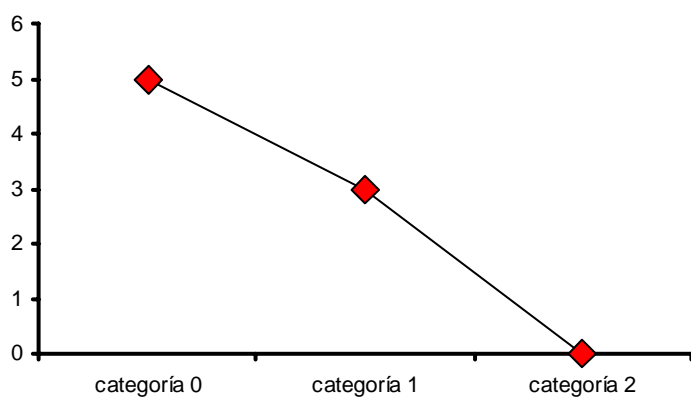
En el siguiente cuadro se agrupan los resultados de la evaluación por el cirujano.

	Categoría 0	Categoría 1	Categoría 2
6 meses	5	3	0
1 año	0	6	4
2 años	0	2	8

Tabla 20. Evaluación de resultados con la escala de Lowery de acuerdo a antigüedad

6 meses post reconstrucción

Para las pacientes dentro del grupo de 6 meses de reconstrucción, la aplicación de la escala señala que la mayoría de las pacientes entran en la categoría 0, debido a que en ese momento aún no se han realizado procedimientos de modelamiento de la mama reconstruida o de la contralateral. La mayoría de las pacientes de este grupo son las manejadas a base de prótesis unilaterales exclusivamente, por la marcada diferencia en contorno entre ambas mamas. Curiosamente, el cuestionario señala que estas pacientes son de las más satisfechas con su resultado.



Categoría 0	5
Categoría 1	3
Categoría 2	0

Tabla 21. Resultados para antigüedad de 6 meses .

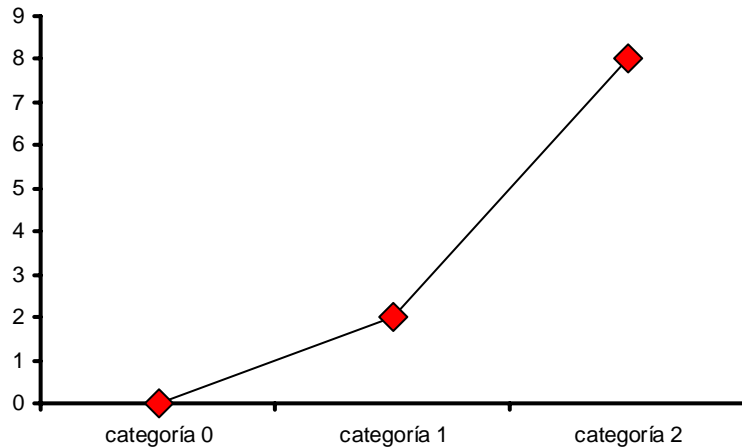
Gráfica 10. Resultados para antigüedad de 6 meses.



Figura 6. Pacientes con 6 meses de antigüedad de reconstrucción.

Un año post reconstrucción

Las pacientes con un año de reconstrucción muestran una tendencia a la mejoría en los aspectos de esta clasificación, de tal manera que dentro de este grupo encontramos varias pacientes en la categoría 2, la más alta de esta evaluación, siendo las pacientes reconstruidas con TRAM las de mejor puntaje, seguidas por las pacientes con dorsal ancho y prótesis.



Categoría 0	0
Categoría 1	2
Categoría 2	8

Tabla 22. Resultados para antigüedad de un año.

Gráfica 11. Resultados para antigüedad de un año.



Figura 7. Pacientes con un año de antigüedad de reconstrucción.

2 años post reconstrucción

Para la antigüedad de 2 años, y luego de la ejecución de la mayoría de los procedimientos de modelado de la mama reconstruida, prácticamente el 90% de las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos entran en la categoría 2, mientras que el 60% de las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos combinados con protésicos también entran en esta categoría. La mayor diferencia se encuentra en las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis, que son las que muestran resultados menores en la escala de Lowery, aunque no sucede así con la autoevaluación de la encuesta, donde son quienes tienen mejor grado de satisfacción.

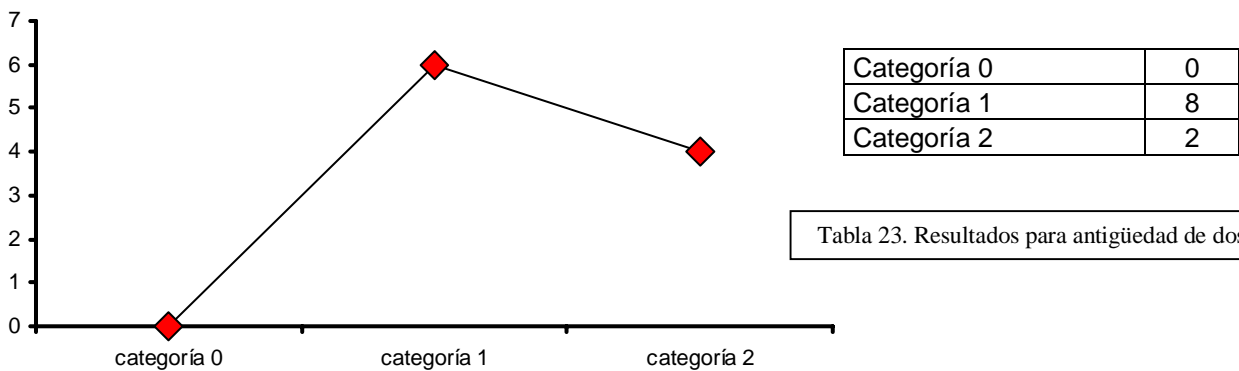


Tabla 23. Resultados para antigüedad de dos años.

Gráfica 12. Resultados para antigüedad de dos años.



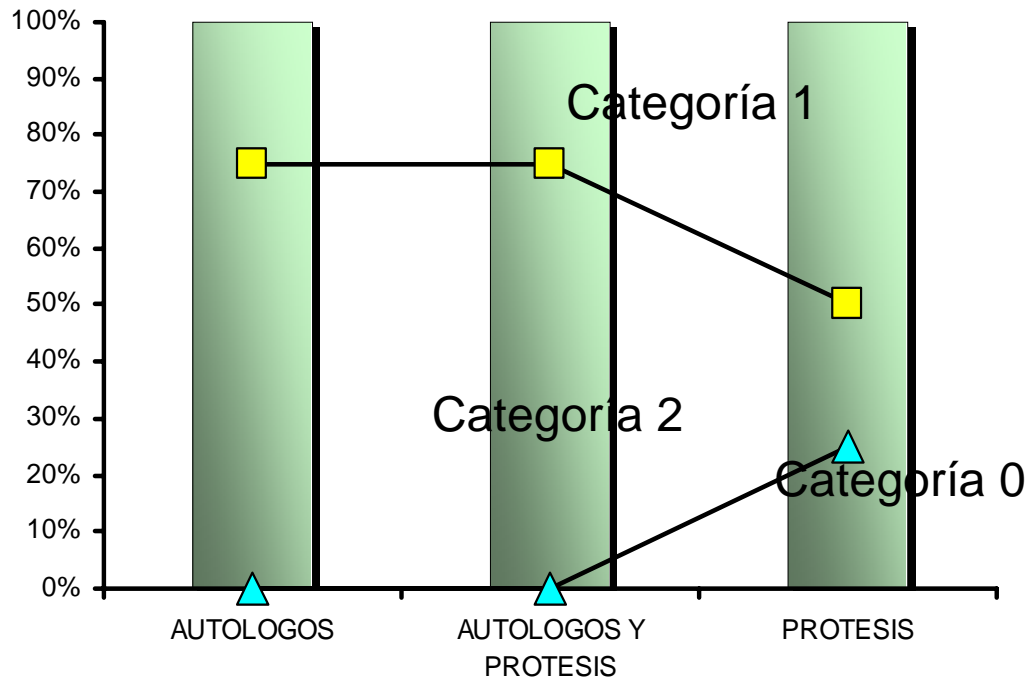
Figura 8. Pacientes con dos años de antigüedad de reconstrucción.

Evaluación de acuerdo a procedimiento realizado

En la evaluación hecha por el cirujano, por tipo de procedimiento, los mejores resultados encontrados en la paciente acostada son aquellas reconstruidas con tejidos autólogos exclusivamente, al encontrarse que el 75% de las pacientes reconstruidas con TRAM entran en la categoría 2 de Lowery.

	Categoría 0	Categoría 1	Categoría 2	Total
TRAM pediculado	0	2	10	12
TRAM libre	0	1	2	3
TRAM bilateral	0	2	3	5
Dorsal ancho y prótesis	0	1	3	4
Expansor y prótesis	1	1	2	4

Tabla 24. Resultados de la evaluación mediante la escala de Lowery de acuerdo al tipo de reconstrucción.



Gráfica 13. Resultados de la evaluación mediante la escala de Lowery de acuerdo al tipo de reconstrucción. .

A continuación se muestran algunos ejemplos de procedimientos reconstructivos, y la categoría en que fueron clasificados.

TRAM pediculado y libre



Figura 9. Categoría 1. Asimetría moderada en mama reconstruida.



Figura 10. Categoría 2. TRAM pediculado. Excelente resultado en decúbito dorsal.



Figura 11. Categoría 2. TRAM libre. Excelente resultado en decúbito dorsal.

TRAM bilateral



Figura 12. Categoría 2. Muy buen resultado en decúbito dorsal. Aún pendiente CAP.

Dorsal ancho y prótesis



Figura 13. Categoría 2.



Figura 14. Categoría 2. La mama del lado izquierdo está recién intervenida de mastopexia.



Figura 15. Categoría 2. La mama del lado izquierdo también fue aumentada mediante prótesis.

Expansor y prótesis



Figura 16. Categoría 0. Resultado muy pobre en cuanto a simetría, volumen y ubicación de pliegue.



Figura 17. Categoría 1. Asimetría de mama reconstruida, aunque se encuentra en buena posición.

Análisis y discusión

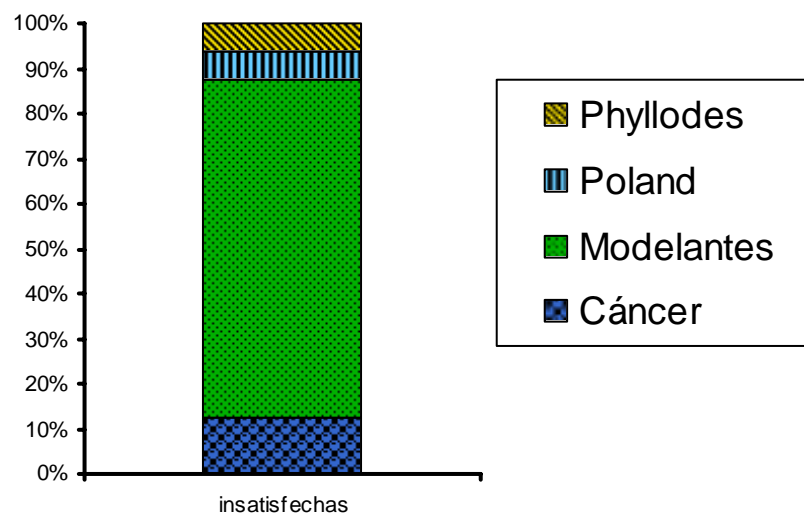
Del análisis de estos resultados, se desprende la conclusión que las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos mostraron más satisfacción que las reconstruidas con tejidos protésicos exclusivamente. Las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis también se encuentran en las más satisfechas de la relación.

Por tipo de padecimiento, las pacientes portadoras de mastectomía por cáncer fueron las que mostraron más satisfacción con sus resultados, tal vez por la experiencia de pérdida de la imagen corporal generada por una enfermedad inesperada, no así las pacientes que perdieron esa imagen cuando buscaban un fin estético, como las pacientes con enfermedad con modelantes, que fueron las más insatisfechas con sus resultados. Cabe señalar que la mayoría de las pacientes reconstruidas con tejidos autólogos que se mostraron más insatisfechas con su resultado, en este caso las reconstruidas con TRAM BILATERAL, son precisamente, las que padecían enfermedad por modelantes. Las pacientes portadoras de cáncer de mama que fueron reconstruidas con tejidos autólogos y prótesis fueron las más satisfechas del grupo de pacientes con esta patología.

De las pacientes reconstruidas con prótesis exclusivamente, el mayor grado de satisfacción se encontró en las que portaban síndrome de Poland, y menos satisfechas las portadoras de cáncer mamario. De nueva cuanta, hay que recordar que esta valoración se aplicó para la posición de decúbito dorsal. Aunque las pacientes reconstruidas por enfermedad de Poland mostraron resultados menores en la valoración por el cirujano, en este caso debido al resultado menos estético que da la prótesis de la reconstrucción, fueron de las pacientes con más alto grado de satisfacción en su autoevaluación. Probablemente la ausencia congénita de la mama les permita darle una mayor plusvalía a la mama reconstruida. Al parecer es la vivencia de la ausencia, ya sea por cáncer o por defecto congénito, el factor que les permite una mayor satisfacción con sus resultados.

La principal causa de insatisfacción general de las pacientes fue la falta de información en el preoperatorio sobre los posibles resultados de su cirugía, ya que la mayoría aceptó haber sido informadas de los caracteres técnicos de los distintos procedimientos, pero no de los aspectos estéticos de los mismos (gráfica 14). Las pacientes en

general aceptaron que el resultado era más de lo esperado, y que no se habían creado falsas ilusiones, pero les “faltaba ese poco” que tal vez no esperarían, si se les hubiera informado previamente de la forma cicatrizal que tendrían. La mayoría aceptó que la respuesta médica de que posteriormente se podrían hacer correcciones en el aspecto estético las hacía abandonar el indagar más sobre el resultado estético final de su reconstrucción. Así pues, la principal causa de insatisfacción en las pacientes entrevistadas se debió a la cicatriz y a cicatrices anchas o queloides, más que a aspectos de morfología o tésitura de sus resultados cuando adoptaban la posición de acostadas (figura 18).



Gráfica 14. Distribución de pacientes insatisfechas por tipo de padecimiento.



Figura 18. Cicatrices postreconstrucción.

La mayoría aceptó que la opinión de su pareja era buena, no aplicando esta variante a cuatro pacientes, que no eran casadas. Sólo una paciente de todas las entrevistadas (3.5%) rechazó totalmente la satisfacción de su pareja con su resultado.

La valoración realizada por el cirujano se ajusta a parámetros medibles, sin contemplar el estado anímico de las pacientes. Desde este punto de vista, no se encontraron diferencias con estudios realizados previamente y comentados en los antecedentes. En general, las reconstrucciones hechas con tejidos autólogos presentan mejores resultados que las realizadas con materiales protésicos, ya que recrean de mejor manera la caída natural del tejido, cosa que no ocurre con las prótesis. Otro factor a tomar en cuenta es que la colocación de una prótesis de manera unilateral, como en las pacientes con síndrome de Poland, contrasta aún más la artificialidad de la mama reconstruida. Aunque es notorio el contraste entre la valoración del cirujano y la satisfacción de la paciente, sobre todo para este grupo, donde la satisfacción en general fue buena. De igual manera, aunque las pacientes reconstruidas con TRAM bilateral muestran buenos resultados desde el análisis del cirujano (ver figura 12), la satisfacción referida por las mismas dista mucho de la opinión clínica. La aplicación de la escala de Lowery es un buen tasador del aspecto estético desde el punto de vista quirúrgico. Sin embargo, no es un buen reflejo del resultado más importante, que es la satisfacción de la paciente.

Conclusión

La conclusión final es que las pacientes más satisfechas con su imagen corporal cuando están acostadas, son, en orden decreciente, las pacientes reconstruidas con TRAM libre, luego las reconstruidas con dorsal ancho y prótesis, y por último las reconstruidas con TRAM pediculado, de acuerdo a su autoevaluación. Las pacientes menos satisfechas son las reconstruidas con prótesis exclusivamente, así como las reconstruidas con TRAM bilateral.

Se concluye que las pacientes encuentran más satisfacción al tomar la posición de decúbito dorsal, cuando son reconstruidas con tejidos autólogos exclusivamente, o con autólogos con implante. No hay mejor juez que la misma paciente (figura 19)

Figura 19. Esquema de mejores resultados reconstructivos de acuerdo a pacientes (cuadro sup.) y cirujanos (cuadro inf.), cuando la paciente toma la posición de decúbito dorsal.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Francescato, D., Sabino, M., Bueno, E., et al. Evaluation of the aesthetic results and patient satisfaction with the late pedicled TRAM flap breast reconstruction. *Ann Plast Surg* 2002; 48: 515
- ² Bostwick III, J. Reconstrucción mamaria. En Mc Carthy Cirugía Plástica. Tronco y extremidades inferiores. Cap 4. Ed panamericana. Buenos Aires, 1994.
- ³ Anderson, S. Rodin, J., Ariyan, S. Treatment considerations in postmastectomy reconstruction: their relative importance and relationship to patient satisfaction. *Ann. Plast. Surg.* 1994;33:263
- ⁴ Harcourt D, Rumsey N, Ambler N, et al. The psychological effect of mastectomy with or without breast reconstruction: a prospective, multicenter study. *Plast Reconst Surg.* 2003; 111: 1060,
- ⁵ Petit, J., Le, M., Mouriesse, H., et al. Can breast reconstruction with gel-filled silicone implants increase the risk of death and second primary cancer in patients treated by mastectomy for breast cancer? *Plast. Reconst. Surg.* 94: 115, 1994.
- ⁶ Alderman A, McMahon L, Wilkins E. The national utilization of immediate and early delayed breast reconstruction and the effect of sociodemographic factors. *Plast Reconstr Surg.* 2003; 111: 695.
- ⁷ Franchelli, S. Leone, M., Berrino, P., et al. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissues versus prostheses. *Plast. Reconst. Surg.* 1995; 95:1213
- ⁸ Keith, D., Walter, M., Walter, L., et al. Women who wish breast reconstruction: characteristics, fears and hopes. *Plast. Reconstr. Surg.* 111; 1051: 2003
- ⁹ Tykka, E., Asko-Seljavaara, S., Hietanen, H. Patient satisfaction with delayed breast reconstruction: a prospective study. *Ann Plast Surg* 2002; 49: 258

¹⁰ Alderman, A., Wilkins, E., Lowery, J., Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast. Reconstr. Surg.* 2000; 106: 769

¹¹ Cederna, P., Yates, W. Chang, P., et al. Postmastectomy reconstruction : comparative analysis of the psychosocial, functional and cosmetic effects of TRAM versus breast reconstruction. *Ann. Plast. Surg.* 1995; 35: 458

¹² Lowery, J., Wilkins, E., Kuzon, W., et al. Evaluations of aesthetic results in breast reconstruction: an analysis of realibility. *Ann. Plast. Surg.* 1996;36:601

¹³ Andrade, W., Baxter, N., Seemple, J. Clinical determinants of patient satisfaction with breast reconstruction. *Plast. Reconst. Surg.* 2001; 107: 46

¹⁴ García MG. Aspectos jurídicos y legales de la investigación en seres humanos. En Alarcón D, De la Fuente J, Velásquez A. *Fundamentos de la investigación clínica.* México, DF. Siglo XXI editores. 1988. pp 55.

ANEXO I. Hoja de recolección de datos (cuestionario aplicado a las pacientes)

Evaluación estética de la reconstrucción mamaria Fecha: _____

Iniciales: _____ Edad: _____ Edo. civil: _____

Ocupación: _____ Escolaridad: _____

Acepto contestar el siguiente cuestionario de manera voluntaria y bajo el entendimiento que la información que en el escribo es para investigación médica, y que esta información no será utilizada en detrimento a mi persona, ya que es y será manejada como secreto médico y exclusivamente por personal médico, para manejo estadístico anónimo.

ACEPTO:

Firma: _____

CONTESTE EL SIGUIENTE CUESTIONARIO. CONTESTE SI O NO

1. Estoy satisfecha por haber decidido la reconstrucción
2. De los varios tipos de reconstrucción que existen, estoy satisfecha por el tipo de reconstrucción que tengo
3. En general, me satisface mi reconstrucción
4. Recomendaría el tipo de reconstrucción que ahora tengo a una amiga
5. Siento que recibí la información suficiente sobre mi reconstrucción para realizar una decisión informada entre las opciones de tejidos propios contra implantes

CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS CON ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES:

- A. Muy satisfecha
- B. Satisfecha
- C. No le doy importancia
- D. Insatisfecha
- E. Muy insatisfecha

1. El tamaño y forma de mis mamas son iguales _____
2. Mi mama reconstruida se siente suave al tacto si la comparo con la otra _____
3. Cuando me acuesto, el tamaño y forma de mis mamas son iguales _____
4. Cuando me acuesto, mi mama reconstruida se siente suave al tacto _____
5. Cuando me acuesto, el tamaño y forma de mis mamas le gusta a mi pareja _____
6. Cuando me acuesto, me agrada el resultado de mi reconstrucción _____