



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Calidad de vida en pacientes reconstruidas tras mastectomía por cáncer de mama.

Autora

Mireya Rebullida Vela

Directora

Dra. Teresa Jiménez Bernadó

Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de Zaragoza
2013

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría expresar mi agradecimiento

A mi tutora, la Dra. Teresa Jimenez Bernadó por su orientación y dedicación.

A mis compañeros del Bloque Quirúrgico del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza por su ayuda y comprensión.

A mis padres, mi hermana y amigos por sus infinito ánimo, paciencia y apoyo.

Y muy especialmente a todas las mujeres que participaron en el estudio, no sólo por su cooperación, sino porque su fortaleza y energía sirve de inspiración a todos los que tenemos la suerte de haberlas conocido.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	5
Marco conceptual	6
Justificación	10
Hipótesis y Objetivos	11
Metodología- Diseño del estudio	12
Fuentes y Recogida de Información	13
Análisis realizado	14
Resultados	16
Discusión	19
Dificultades, limitaciones y propuestas	21
Conclusiones	22
Bibliografía	23
Anexos	28
Anexo I: Estudio descriptivo	
Anexo II: Cuestionario – Escala BR-23	
Anexo III: Puntuación- Escala BR-23	
Anexo IV: Hoja de Consentimiento informado	
Anexo V: Autorización del Jefe de Servicio	
Anexo V: Tablas de resultados	
Anexo VI: Gráficos de resultados	

Resumen

Introducción

La reconstrucción mamaria es considerada como parte del tratamiento contra el cáncer de mama. La variedad de técnicas disponibles permite a los cirujanos reconstruir el seno cualesquiera que sean las condiciones anatómicas locales. Es muy importante entender las expectativas de los pacientes para optimizar su satisfacción final. Nuestro objetivo es averiguar que tipo de reconstrucción mamaria obtiene mejores niveles de calidad de vida funcional y menor presencia de complicaciones en las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria tras mastectomía terapéutica.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo sobre algunas características sociodemográficas y clínicas de 30 mujeres reconstruidas tras mastectomía terapéutica, con DIEP, colgajo con dorsal ancho y con expansor/implantes, entre 2010 y 2011, en el Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. Posteriormente, se realizó un estudio comparativo del nivel de calidad de vida y tasa de complicaciones según la técnica y el tiempo de reconstrucción quirúrgico con la utilización del cuestionario QLQ-BR23, de la cual se extrajo la subescala de imagen corporal para estudiar la imagen corporal percibida de las pacientes .

Resultados

De las 30 pacientes participantes en el estudio, 19 (63,3%) fueron reconstruidas con implantes, 7 (23,3%) con colgajo DIEP y tan sólo 4 (13,3%) con dorsal ancho. Al comparar la calidad de vida media, esta obtuvo mayores porcentajes en el grupo de pacientes DIEP, sin embargo, estadísticamente no se obtuvieron diferencias significativas entre los tres grupos, al igual que al comparar la tasa de complicaciones. Las pacientes mostraron mayor satisfacción con su imagen corporal en los grupos DIEP e implantes.

No hubo diferencias significativas en el nivel de calidad de vida y tasa de complicaciones entre las pacientes reconstruidas de forma inmediata y diferida.

Conclusiones

A pesar de que la diferencia entre las medias mostrase un mayor nivel de calidad de vida en las pacientes con DIEP y menor presencia de complicaciones en las técnicas con implantes, estadísticamente no hay evidencia científica de que haya diferencias entre los tres grupos. Las pacientes muestran el mismo nivel de calidad de vida y presencia de complicaciones independientemente de haber sido reconstruidas de forma inmediata o diferida.

Palabras clave

reconstrucción de pecho (Breast Reconstruction)/ calidad de vida (Quality Of Life)/ imagen corporal (Body Image)/ mastectomía (Mastectomy)/ técnicas quirúrgicas (Surgical Procedures, Operative) .

Introducción

Se calcula que el cáncer de mama afecta en España entre 22.000 y 25.000 mujeres cada año.⁽¹⁾ Esta incidencia, estimada a partir de los registros de tres provincias españolas (Tarragona, Navarra y Granada) donde el registro es más sólido, sigue subiendo año tras año.

En 2010, sólo el 28% de las mujeres mastectomizadas por haber sufrido un cáncer de mama decidían realizarse la reconstrucción del pecho. Este dato contrastaba con los que se registraban en países como Italia, Francia o Inglaterra, donde las pacientes que sí decidían intervenir alcanzaban el 40%.⁽²⁾

La mastectomía practicada ante un diagnóstico de cáncer mamario causa un impacto emocional intensamente perturbador, debido no sólo al significado de la enfermedad, sino también a la privación de un órgano, cuyo simbolismo tiene su origen en las primeras culturas de la humanidad y contiene un valor altamente estimado.⁽³⁾

Esta importancia ha sido investigada en diferentes estudios^(4,5) que han confirmado la asociación existente entre reconstrucción mamaria y elevada satisfacción por parte de la paciente; otros autores⁽⁶⁾ exponen que cumple un papel importante en el fortalecimiento de la relación afectiva y sexual con la pareja.

En aquellos casos en que se requiera tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, las posibles opciones quirúrgicas consisten en una cirugía conservadora de la mama (excisión local del tumor) seguida de radioterapia, o una mastectomía (extirpación completa de la mama), ambas asociadas o no a linfadenectomía axilar mamaria. En estadios iniciales, la opción será normalmente la tumorectomía seguida de radioterapia. La mastectomía también se realiza con frecuencia, indicada en casos de multifocalidad del tumor, enfermedad diseminada, enfermedad recurrente y tumores grandes en mamas relativamente pequeñas.

También habrá mujeres que opten por esta cirugía en vez de la conservadora por propia decisión, ya que puede evitarse así la radioterapia y se desprende de toda la mama enferma. Dentro de esta modalidad, la tendencia se ha dirigido hacia resecciones más conservadoras⁽⁶⁾, de manera que se ha pasado de la mastectomía radical, que implicaba la resección del músculo pectoral, a la mastectomía radical modificada, que preserva este músculo, y a la mastectomía ahorradora de piel, que mantiene la piel de la mama no afectada, lo que facilita la reconstrucción.

Una desventaja importante de esta modalidad terapéutica es la gran deformidad estética que deja. Sin embargo, cuando se realiza una mastectomía, se puede ofrecer a la paciente la posibilidad de reconstrucción de la mama mediante técnicas de cirugía plástica reconstructiva. La reconstrucción mamaria ha pasado a formar parte del tratamiento global del cáncer de mama. Consiste en la creación de una mama similar en forma, textura y características a la mama natural. Así se evita la necesidad de utilizar prótesis de relleno y se rellena el hueco y la deformidad que queda en el tórax, restaurando la imagen corporal.

Marco Conceptual

Tiempo de reconstrucción

La reconstrucción mamaria puede realizarse de forma inmediata o diferida.

La reconstrucción puede realizarse meses después de la mastectomía, cuando ha finalizado el tratamiento oncológico, o puede ser inmediata en la misma operación en la que se practica la mastectomía, operando simultáneamente el cirujano plástico y el oncológico.⁽⁷⁾

- **La reconstrucción mamaria diferida**, se suele realizar una vez finalizados los tratamientos coadyuvantes del cáncer de mama, radioterapia y quimioterapia, y cuando los tejidos locales han recuperado la normalidad y están estables (6-12 meses).
- Tras una **reconstrucción mamaria inmediata**, la paciente presenta después de la operación un contorno mamario adecuado, evitando la experiencia de verse con el cuerpo desfigurado por la cirugía, lo que se traduce en un beneficio psicológico y estético. Por otro lado, el hecho de iniciar la reconstrucción durante la propia operación de mastectomía reduce el proceso de reconstrucción en un tiempo quirúrgico.

En cuanto a cual es el tiempo de reconstrucción mejor si inmediato o diferido no está muy claro. En 2005, la Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias⁽⁷⁾, realizó una Revisión sistemática y evaluación de resultados en una unidad de Reconstrucción Mamaria Inmediata de la Comunidad de Madrid con 87 casos . Sus conclusiones fueron principalmente que:

- La calidad de los estudios incluidos en la revisión era baja, ya que presentaban diversas carencias metodológicas que podían ocasionar sesgos, en especial la ausencia de control de posibles factores de confusión que podían estar relacionados con el resultado obtenido.
- En los resultados estéticos no se detectaban diferencias significativas entre la intervención con reconstrucción mamaria inmediata y la diferida.
- Utilizando instrumentos validados para la evaluación de los resultados psicológicos, las mujeres estaban muy satisfechas o moderadamente satisfechas en mayor proporción con la RMI que con la diferida; aunque no se detectaban diferencias estadísticamente significativas. Asimismo, se estimaba menor proporción de ansiedad moderada o severa y depresión moderada o severa en la RMI que en la diferida. Respecto a la imagen corporal y a la autoestima se observaban mejores niveles con la RMI que con la reconstrucción mamaria diferida.

Técnicas quirúrgicas:

Las técnicas quirúrgicas se pueden dividir en dos grupos: las técnicas autólogas y las técnicas con implantes.

➤ **Técnicas autólogas:**

Se denominan técnicas autólogas de reconstrucción de la mama aquellas en las que se emplean tejidos de la propia paciente, en lugar de implantes o prótesis.

Estos tejidos pueden ser transferidos desde la parte baja del abdomen, desde la espalda, desde los glúteos y desde el miembro inferior.

La reconstrucción autóloga, aunque es técnicamente más compleja, ofrece unos resultados estéticos y una durabilidad muy superiores a la reconstrucción con implantes y permite hacer reconstrucciones en un solo tiempo quirúrgico⁽¹⁰⁾. Además, la zona reconstruida tolera mejor la radioterapia y se produce una evolución armónica con el cuerpo de la paciente y, por lo tanto, permite una reconstrucción definitiva.

Con tejidos abdominales

Esta técnica permite la reconstrucción de la mama mediante la piel, grasa y músculo de la parte baja del abdomen (la zona situada entre el ombligo y el pubis).

Estos tejidos pueden transferirse empleando el músculo recto abdominal mediante un túnel entre el abdomen y la mama (colgajo TRAM pediculado), o mediante técnicas microquirúrgicas (colgajo TRAM libre y colgajo DIEP) facilitando la reconstrucción de mamas voluminosas y con una caída natural (ptosis mamaria).

En el colgajo DIEP, se utiliza la piel y grasa del abdomen sin sacrificar músculo del abdomen con menor tasa de complicaciones como hernias, eventraciones, abultamientos y debilidades de la pared abdominal.⁽⁴⁾

La piel abdominal se cierra dejando una cicatriz horizontal por encima del pubis, aportando el beneficio añadido de mejorar el contorno del abdomen.

La intervención dura entre 5 y 8 horas, en función de si se emplean técnicas convencionales o microcirugía para transferir los tejidos, bajo anestesia general. El ingreso en el hospital es de 5 días aproximadamente. Es preciso llevar una faja abdominal (como la que se llevan tras los embarazos) durante 4 semanas después de la cirugía.

Está indicada en todas las mujeres que gocen de buen estado de salud y dispongan de piel abdominal suficiente.

No está indicada en pacientes muy delgadas o muy obesas (por el riesgo de complicaciones en la pared abdominal), en mujeres fumadoras (por el riesgo de necrosis de la piel del abdomen) o cuando existen cicatrices en el abdomen, aunque la cicatriz de cesárea no contraindica el empleo de esta técnica.

Con tejidos del miembro inferior (gracilis)

El colgajo TMG, constituye una alternativa equiparable a los colgajos abdominales en las pacientes con escaso o moderado volumen mamario y es de elección cuando estos colgajos no pueden utilizarse, siempre teniendo en cuenta la limitación, en cuanto al volumen, que aporta la cara interna del muslo⁽¹¹⁾. El tiempo quirúrgico empleado permite realizar transferencias sin alargar el programa quirúrgico. La valoración de la reconstrucción, por

parte de las pacientes, es satisfactoria o buena, con escasas complicaciones y con secuelas en la zona donante perfectamente asumibles y similares a un *lifting* de muslos.

Con tejidos de la espalda

Con esta técnica se reconstruye la mama empleando piel y grasa de la espalda, que es transportada hacia la mama movilizándolo el músculo dorsal ancho. La zona de la espalda se cierra dejando una cicatriz horizontal que puede ser disimulada con el elástico del sujetador o bañador.

El volumen que aporta la piel, grasa y músculo de la espalda no suele ser suficiente para obtener una mama del mismo tamaño que la contralateral, por lo que casi siempre es necesario añadir una pequeña prótesis.

La duración aproximada de esta intervención es de 3 horas, bajo anestesia general, y requiere una estancia hospitalaria de dos a cuatro días.

Se utiliza en aquellas mujeres en las que no se puede emplear tejidos del abdomen como pacientes delgadas en las que no existe tejido abdominal o con cicatrices abdominales y en obesas o fumadoras.

Con tejidos de los glúteos

Cuando no es posible emplear los tejidos del abdomen o de la espalda, se puede reconstruir la mama con piel, grasa y músculo procedente de las nalgas. Estos tejidos deben transferirse empleando microcirugía. La cicatriz resultante se sitúa en la parte inferior o superior de las nalgas y suele ser más difícil de disimular que las cicatrices del abdomen o espalda.

La duración aproximada de esta intervención es de 7 horas, bajo anestesia general y requiere un ingreso de 5 días aproximadamente.

Esta técnica sólo se emplea cuando no es posible emplear otra técnica autóloga.

Mediante microcirugía (colgajo libre)

La microcirugía permite al cirujano plástico suturar arterias y venas de alrededor de un milímetro de diámetro, mediante el empleo de un microscopio o unas gafas de aumento.

Esta técnica permite transferir tejidos desde una zona distante del cuerpo (por ejemplo, la piel abdominal o la piel de las nalgas) hasta la mama que debe ser reconstruida y reducir el daño de otras estructuras distintas a la piel y la grasa, como por ejemplo el músculo.

Por lo general, las técnicas microquirúrgicas proporcionan unos resultados superiores a las técnicas convencionales, aunque son intervenciones más largas (entre 5 y 8 horas), que exigen un entrenamiento quirúrgico específico, por lo que no todos los cirujanos plásticos las emplean.

Complicaciones técnicas autólogas

La reconstrucción mamaria con tejidos autógenos puede complicarse con una necrosis parcial o total del colgajo empleado, como consecuencia de la afectación del pedículo vascular por causas diversas. Otras complicaciones destacables son los seromas, hematomas e infecciones. La reconstrucción con el colgajo musculocutáneo del recto abdominal transversal y con el colgajo DIEP pueden complicarse con la aparición de hernias y debilidad de la pared abdominal.⁽¹²⁾

➤ **Técnicas con implantes**

Estas técnicas utilizan distintos tipos de implantes (expansores, prótesis o prótesis-expansores) para reconstruir la mama.

Son técnicas menos complejas y más rápidas de realizar que las autólogas y por eso su uso está más extendido.

En general, ofrecen resultados estéticos más pobres y casi siempre exigen realizar cirugía en la mama contralateral para obtener una mejor simetría entre ambas mamas.

Reconstrucción mediante expansores

Consiste en la introducción de un implante vacío en el lecho de la mastectomía (donde estaba la mama). Este implante (expansor) se rellena de líquido periódicamente en la consulta, mediante una inyección de suero salino a través de la piel, hasta que esta se ha expandido y es posible colocar una prótesis mamaria definitiva.

Este tipo de reconstrucción debe realizarse en dos intervenciones, la primera para colocar el expansor y la segunda para recambiarlo por una prótesis definitiva. Entre la primera y la segunda cirugía deben pasar, al menos, tres meses. Determinados expansores están diseñados de tal manera que permiten ser mantenidos como implantes definitivos, por lo que sólo sería necesaria una única intervención.

La colocación del implante se realiza en una hora, bajo anestesia general, con un estancia hospitalaria entre uno y dos días.

Está indicada cuando no existe piel suficiente y no se van a emplear técnicas autólogas.

Reconstrucción mediante prótesis

Cuando existe piel suficiente en la mama a reconstruir, se puede emplear directamente una prótesis, sin necesidad de colocar antes un expansor.

Ésta se coloca por debajo del músculo pectoral, para evitar que la prótesis quede cerca de la piel y pueda moverse.

Las prótesis mamarias empleadas en la actualidad están formadas por una cubierta de silicona y pueden estar rellenas de gel de silicona o de suero fisiológico.

Complicaciones de los implantes

El problema más común relacionado con los implantes, es la contractura capsular,⁽¹³⁾ consistente en la formación por el organismo de una cápsula cicatrizal interna alrededor del implante que puede hacer que la mama reconstruida tenga una consistencia más dura de lo normal; esto no es más que una respuesta fisiológica exagerada del organismo a un cuerpo que no reconoce como propio.

Esta complicación puede surgir también durante la expansión tisular⁽¹⁴⁾. Las prótesis no precisan ser recambiadas con una periodicidad fija. Sólo deberán ser sustituidas si se detecta una rotura, si existe una infección del implante o si se produce una contractura capsular severa alrededor de la prótesis. La reconstrucción protésica puede presentar otras complicaciones, tales como seroma, hematoma, necrosis cutánea, exposición del implante e infección.⁽¹²⁾

Justificación

La reconstrucción mamaria tras la mastectomía es una opción decisiva que contribuye a disminuir o evitar posibles trastornos emocionales, debidos a la sensación de mutilación y agresión de la enfermedad. Esta alternativa es clave en el desarrollo del proceso rehabilitador puesto que al permitir la posibilidad de recuperar una imagen adecuada, evita la pérdida de autoestima e impide que las emociones negativas se apoderen del estado de ánimo y se cronifiquen, en un momento en que tales emociones podrían interferir negativamente en el restablecimiento de la salud.⁽³⁾

La imagen corporal forma parte de un concepto amplio de la personalidad, que para las mujeres, incluye sentimientos de feminidad, de atractivo y de disfrute del propio cuerpo como símbolo de expresión social e incluso, como modo de estar en el mundo.⁽¹⁵⁾

Numerosos estudios^(16,17) hacen referencia al impacto negativo que causa una mastectomía en el nivel de calidad de vida de las pacientes, en especial en aspectos como la imagen corporal y la función sexual.^(6,18,19)

La reconstrucción mamaria es considerada como parte del tratamiento contra el cáncer de mama. La variedad de técnicas disponibles permite a los cirujanos reconstruir el seno cualesquiera que sean las condiciones anatómicas locales. Los resultados de la reconstrucción mamaria han mejorado considerablemente, y actualmente las expectativas de las pacientes son cada vez más altas. Suelen esperar un buen resultado estético, al menos en lo que se refiere a la forma de la mama reconstruida y la simetría con la mama contralateral⁽²⁰⁾. La reconstrucción mamaria produce un gran apoyo psicológico, aunque sabemos que el resultado nunca puede igualar a la perfección la mama original y que el proceso psicológico, que permite a la mujer superar el malestar debido a la mutilación, es más complejo⁽²¹⁾. El aspecto estético del resultado final de la reconstrucción, no puede ser el único criterio para la elección de la técnica. Aunque la reconstrucción autóloga por lo general proporciona mejores resultados estéticos, hay pacientes que no son compatibles con las modificaciones morfológicas y funcionales de la zona donante. Es muy importante entender las expectativas de los pacientes para optimizar su satisfacción final.

La relación médico-paciente ha evolucionado desde el modelo paternalista, modelo médico dominante hacia el modelo compartido de toma de decisiones e informador-consumidor. El nivel de participación de los pacientes en el proceso de toma de decisiones puede potencialmente influir en la satisfacción del paciente y su calidad de vida. El estudio de Ashraf AA et al. sobre la evaluación de modelos de decisión médico-paciente, en pacientes sometidas a reconstrucción de la mama postmastectomía, concluyó que las pacientes que adoptan un papel más activo, ya sea con un enfoque informado o compartido, tuvieron una puntuación mayor, tanto en satisfacción como en la imagen corporal, en comparación con los pacientes cuya toma de decisiones fue de forma paternalista.⁽²²⁾

Según un estudio realizado por Damen et al⁽²³⁾ las elecciones que toman las pacientes sobre el tipo de reconstrucción se ven influenciadas por el material utilizado para la reconstrucción (tejido o implante), el número y duración de las operaciones, las complicaciones a corto y largo plazo, el resultado estético y el tiempo de lista de espera.

Decidí estudiar la calidad de vida según las diferentes técnicas, porque consideré que esta información podría ser de utilidad para las pacientes a la hora de decidirse por un tipo de intervención u otra si, a la larga les reportaba mayores beneficios. También podría resultar

de utilidad para los profesionales, al proporcionar una perspectiva más clara de los resultados, desde el punto de vista de las pacientes.

El propósito de mi trabajo fue averiguar si había diferencias en la calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía reconstructiva, tras mastectomía terapéutica por cáncer de mama, según el tipo de reconstrucción realizada.

Hipótesis

Existen diferencias significativas en el nivel de calidad de vida funcional de las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria tras mastectomía terapéutica según el tipo de reconstrucción practicada.

Objetivo general

Averiguar que tipo de reconstrucción mamaria obtiene mejores niveles de calidad de vida funcional y menor presencia de complicaciones en las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria tras mastectomía terapéutica.

Objetivos específicos

- ✓ Determinar si el tiempo de reconstrucción influye en el nivel de calidad de vida funcional de las pacientes.
- ✓ Especificar que tipo de reconstrucción obtiene los mejores porcentajes de satisfacción con la imagen corporal de las pacientes.
- ✓ Averiguar que tipo de reconstrucción tiene mayor tasa de complicaciones y si esta tasa es mayor en las reconstrucciones inmediatas o diferidas.

Metodología y diseño

Tipo de estudio

Se realizó un estudio observacional comparativo transversal a través del cuestionario BR-23 que mide la calidad de vida en pacientes ⁽²⁴⁾ con cáncer de mama. Paralelamente se realizó un estudio descriptivo de las pacientes midiendo la edad, tipo de mastectomía, tipo de reconstrucción, tiempo de reconstrucción, lado de la mama afectada, si habían recibido quimioterapia y radioterapia, si se encontraban en tratamiento con hormonoterapia, si se les había practicado linfadenectomía y si habían desarrollado linfedema.

Población

La población estudiada fueron todas las pacientes de sexo femenino intervenidas de reconstrucción de mama tras mastectomía terapéutica por cáncer de mama entre junio de 2010 y diciembre de 2011, en el Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza. El motivo de elegir a las pacientes operadas durante ese intervalo de tiempo, fue con el objetivo de que hubiera pasado al menos un año de la reconstrucción hasta la entrevista y en ese periodo todas las pacientes habían recibido cirugía de simetrización y reconstrucción del complejo areola-pezones.

❖ Criterios de Inclusión

- ✓ Mujeres intervenidas de cirugía reconstructiva de mama por mastectomía terapéutica por cáncer de mama.
- ✓ Encontrarse en un estadio de la enfermedad igual o inferior a III, es decir, sin metástasis a distancia ⁽²⁵⁾.
- ✓ Haber sido intervenida de la reconstrucción del pezón.

❖ Criterios de exclusión

- ✓ Haber sido intervenida de cirugía reconstructiva de mama por mastectomía profiláctica o cualquier causa distinta a cáncer de mama.
- ✓ Encontrarse en un estadio de la enfermedad superior a III.
- ✓ No haber sido intervenida o encontrarse en lista de espera para la reconstrucción del pezón.

Se consultaron todos los partes quirúrgicos desde junio de 2010 hasta diciembre de 2011 y a partir de esa búsqueda, se extrajeron los casos.

En total se revisaron 47 historias clínicas, de las que cumplieron los criterios de inclusión 45 pacientes. Nos pusimos en contacto con todas ellas y tras explicarles el estudio accedieron a participar en él 30 pacientes.

Fuentes y recogida de información

Revisión bibliográfica

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Medline, Scopus, Scielo y Google Scholar.

Palabras clave

Las palabras clave utilizadas, en español e inglés como términos MeSH, fueron: reconstrucción de pecho (Breast Reconstruction), calidad de vida (Quality Of Life), imagen corporal (Body Image), mastectomía (Mastectomy) y técnicas quirúrgicas (Surgical Procedures, Operative).

Herramientas

Para el estudio descriptivo se utilizó un cuestionario de elaboración propia (anexo 1) en el que figuraban datos como la edad, el lado de la mama afectada, el tipo de carcinoma, el tipo de mastectomía, tipo de reconstrucción, tiempo de reconstrucción, lado de la mama afectada, si habían recibido quimioterapia y radioterapia, si se encontraban en tratamiento con hormonoterapia, si se les había practicado linfadenectomía y, si habían desarrollado linfedema. Todos estos datos fueron recogidos a partir de las historias clínicas.

En el estudio comparativo, para medir la calidad de vida, se utilizó el cuestionario QLQ-BR23 (anexo 2). El QLQ-BR23 es una escala psicométrica desarrollada por la EORTC (Organización Europea para la Investigación y Tratamiento del Cáncer)⁽²⁶⁾ que mide la calidad de vida relacionada con la salud percibida en pacientes con cáncer de mama. Se encuentra validada en múltiples idiomas, entre ellos el español. Se compone de 23 ítems, que se agrupan en dos dimensiones: área funcional y área sintomatológica. La dimensión funcional contiene varias subescalas que evalúan aspectos como la imagen corporal, la función y el placer sexual y la perspectiva de futuro. La dimensión sintomatológica se divide en efectos colaterales de las terapias sistémicas, síntomas en el pecho, síntomas en el brazo y preocupación por la caída de pelo. Esta división en subescalas que podían ser medidas individualmente, nos permitió evaluar la calidad de vida independientemente de los daños colaterales de las terapias sistémicas. De esta manera, la calidad de vida en relación a la sintomatología fue evaluada a partir de los datos obtenidos en las escalas de sintomatología en el pecho y en el brazo, es decir, en relación a los posibles síntomas derivados del tipo de reconstrucción quirúrgica, con el fin de unificar los criterios de valoración a todas las pacientes. Cada uno de los ítems, consta de cuatro posibles respuestas, en una escala tipo Likert en función de la frecuencia en que se manifiestan los síntomas y problemas con una puntuación de 1 a 4 (1: “En absoluto”, 2: “Un poco”, 3: “Bastante”, 4: “Mucho”). Los resultados finales son obtenidos, en forma de porcentajes, a través del cálculo de las puntuaciones en función de cada tipo de subescala. (Anexo 3). Los porcentajes más altos en las escalas funcionales representan una mayor calidad de vida. Sin embargo, un porcentaje más alto en las escalas sintomatológicas representan mayor cantidad de problemas y, por tanto, peor calidad de vida. El rango va de 0 a 100.

También se elaboró una hoja de información al paciente y consentimiento informado (anexo 4) para su envío por correo postal, en el que se explicaba el objetivo y características (beneficios potenciales, voluntariedad de participación y confidencialidad) del estudio y los datos de contacto del investigador principal.

Recogida de información

Una vez obtenido el permiso por parte de la EORTC para utilizar su cuestionario y del jefe de servicio de Cirugía Plástica para realizar el estudio (anexo 5) se procedió al envío de los sobres para las pacientes. En él figuraban, la hoja de información y consentimiento informado por duplicado (un ejemplar para el estudio y otro para el participante) y un sobre prefranqueado con la dirección a la que debía ir destinada.

Dos semanas más tarde, tras la recepción de los primeros consentimientos se iniciaron las entrevistas telefónicas en las que se les realizó la encuesta con el cuestionario QLQ-BR23. Se puso como fecha máxima de recepción de consentimientos y/o finalización de las entrevistas telefónicas el 1 de junio de 2013. De las 47 pacientes iniciales en el estudio se obtuvo el consentimiento de participación y/o se pudo localizar telefónicamente a 30 pacientes, las cuales conformaron la población final del estudio.

El cuestionario fue cumplimentado por el investigador, entrevistando de forma individual a cada paciente. De las 30 pacientes del estudio, 4 prefirieron realizar la entrevista en persona, por lo que fueron citadas en el hospital. Al resto de las pacientes se les realizó la entrevista telefónicamente cuando se encontraban en su domicilio a solas. El tiempo empleado en su realización dependió de las características individuales de cada paciente, variando entre 15 y 90 minutos. El tiempo medio fue aproximadamente de 45 minutos.

Fiabilidad de la escala qlq-br23

Para analizar la fiabilidad de la escala QLQ-BR23, compuesta por 23 ítems de tipo escala de Likert, se realiza la prueba con el coeficiente α de Cronbach. Se obtiene un resultado de 0'855, por lo tanto, se comprueba que la fiabilidad del cuestionario es muy elevada, y se puede afirmar que hay mucha consistencia interna entre los ítems que lo componen.

Análisis realizado

Variables

Análisis descriptivo

En el análisis descriptivo se midieron variables como la edad (cuantitativa discreta), si tenía pareja durante el proceso de la reconstrucción el tipo histológico de carcinoma (cualitativa categórica), tipo de mastectomía (cualitativa categórica), el lado (cualitativa dicotómica), si recibió quimioterapia (cualitativa dicotómica), si recibió radioterapia (cualitativa dicotómica), si se encontraba en tratamiento con hormonoterapia (cualitativa dicotómica), si se le realizó linfadenectomía (cualitativa dicotómica), si desarrolló linfedema (cualitativa dicotómica) y si hubo complicaciones en el postoperatorio (cualitativa dicotómica).

Análisis comparativo

Las variables dependientes son el total de calidad de vida funcional (cuantitativa continua), la imagen corporal (cuantitativa continua) y presentar complicaciones (cualitativa dicotómica).

Las variables independientes son el tipo de reconstrucción (cualitativa categórica) y el tiempo de reconstrucción (cualitativa dicotómica).

La información ha sido analizada mediante los programas estadísticos SPSS 15.0 para Windows y Microsoft Excell 2003.

Resultados

Estudio descriptivo

La población final fue de 30 pacientes. Todas las pacientes incluidas en el estudio son mujeres. La edad media de la población es de 50,4 años, siendo la más joven de 35 años y la más mayor de 65 años. La gran mayoría de ellas tiene pareja (83,3 %) y percibieron apoyo de ésta (92% de las mujeres con pareja). El 16,7% no tenía pareja. El porcentaje de la población que tenía pareja, y no recibió apoyo de ella, fue del 8%.

Todas las pacientes incluidas en el estudio habían recibido cirugía de simetrización y reconstrucción del complejo areola-pezones.

Respecto al tipo histológico en el momento de diagnóstico de cáncer el 59,9% de las pacientes había padecido carcinoma ductal infiltrante, el 23,3 % carcinoma ductal in situ, el 10% carcinoma lobulillar infiltrante, el 3,3 % carcinoma lobulillar in situ y el 3,3 % carcinoma mucinoso.

En cuanto al tipo de intervención se observa que en la mayor parte se realizó mastectomía total simple (59,9%), seguida de mastectomía radical modificada (26,7%) y mastectomía subcutánea (13,4%).

En relación al tiempo quirúrgico, el 60 % de las reconstrucciones se realizaron de forma diferida, mientras que sólo el 40 % se hicieron de forma inmediata.

Todas las pacientes que habían recibido quimioterapia (33,3% del total de la población) y radioterapia (66,7% del total de la población) ya habían finalizado el tratamiento en el momento de la entrevista.

Se comprueba que a la gran mayoría de los pacientes (80%) se les ha aplicado el tratamiento de hormonoterapia. De ellas, todas se encontraban aún en tratamiento cuando fueron encuestadas.

En cuanto a la proporción de pacientes que fueron intervenidas de linfadenectomía resultó del 80%. De ellas el 15% desarrolló linfedema. A un 20% de las pacientes no se les realizó linfadenectomía y ninguna de ellas desarrolló linfedema.

Respecto al tipo de intervención, se observa que el 13,3% de las pacientes fue reconstruida con dorsal ancho (DA), el 23,3% con colgajo libre DIEP y el 63,4% con expansor y prótesis en un segundo tiempo.

Estudio comparativo

Tipo de reconstrucción – total calidad de vida funcional

Al analizar la calidad de vida funcional según el tipo de reconstrucción, se obtienen los siguientes resultados: Se comprueba que la calidad de vida media más elevada es la del grupo de pacientes reconstruidas con colgajo DIEP (59,7%) y la más baja la del grupo reconstruidas con dorsal ancho (37,97 %). La calidad de vida media de las pacientes reconstruidas con expansor/prótesis fue del 48, 25%. (Tabla 2)

Al realizar la prueba de Kruskal-Wallis, utilizada en test no paramétricos con tres variables independientes, se ha obtenido un valor del estadístico de 4'275 y una significación del mismo de 0'118; por lo que se llega a la conclusión de que no hay diferencias significativas en la calidad de vida de las pacientes según el tipo de reconstrucción llevada a cabo.(Gráfico 1)

Tiempo de reconstrucción – total calidad de vida funcional

Interesa analizar la calidad de vida funcional (CVF) de las pacientes según el tiempo de reconstrucción con la que intervinieron. Se comprueba que los pacientes con un tiempo de reconstrucción diferido (51,03%) presentan una calidad de vida media 3'81 puntos por encima de los pacientes con tiempo de reconstrucción inmediato (47,22). (Tabla 3)

Una vez realizada la prueba de Mann-Whitney, utilizada en test no paramétricos con dos variables independientes, se ha obtenido un valor del estadístico de -0'275 y una significación del mismo de 0'632; por lo que se llega a la conclusión de que no hay diferencias significativas en la calidad de vida de los pacientes según el tiempo de reconstrucción. (Gráfico 2)

Tipo de reconstrucción – imagen corporal

Se comparó la imagen corporal de las pacientes según el tipo de reconstrucción que se les ha realizado. En dicho análisis se comprueba que la media de la imagen corporal en el grupo de pacientes reconstruidas con dorsal ancho (33,33%) es bastante menor que la del grupo reconstruida con DIEP (73,78%) y con expansor/prótesis (60,52%). (Tabla 4)

Realizada la prueba de Kruskal-Wallis, utilizada en test no paramétricos con tres variables independientes, se ha obtenido un valor del estadístico de 8'614 y una significación del mismo de 0'013; por lo que se llega a la conclusión de que hay diferencias significativas en la imagen corporal de las pacientes según el tipo de reconstrucción llevada a cabo.

Al realizar las comparaciones múltiples se comprueba que las diferencias significativas se dan entre el grupo de pacientes reconstruidas con dorsal ancho, que obtienen significativamente peor puntuación de imagen corporal en relación a los otros dos grupos, no habiendo diferencias significativas entre estos dos últimos. (Gráfico 3)

Tipo de reconstrucción – presencia de complicaciones

Para analizar la posible relación entre el tipo de reconstrucción y la presencia o ausencia de complicaciones, dado que ambas variables son cualitativas, se procede, en primer lugar, a confeccionar la tabla de tabla de contingencia. (Tabla 5)

En la comparación de los perfiles se comprueba que hay diferencias evidentes en los porcentajes de las complicaciones de los tres tipos de grupos. Así, entre los pacientes del grupo reconstruidas con dorsal ancho son clara mayoría (75%) los que han tenido complicaciones, en el grupo DIEP son mayoría (57,1%) los que tienen complicaciones, aunque en menor porcentaje y, por último, en el grupo de pacientes reconstruidas con expansor/prótesis la mayoría de los pacientes no han tenido complicaciones.(Tabla 6)

A pesar de todo lo señalado, al realizar la prueba Chi-cuadrado, para comprobar la homogeneidad en las distribuciones de los tres grupos de pacientes, se ha obtenido un valor del estadístico de 2'336 y una significación del mismo de 0'311; que llevaría a concluir que no hay diferencias significativas en la proporción de complicaciones de los tres tipos de reconstrucciones. Sin embargo, hay que señalar que debido al escaso tamaño de algunos de los grupos a comparar, hay demasiadas casillas de la tabla de contingencia con frecuencias esperadas menores a cinco (un 66'7%) y, por ello, la prueba no es válida para adoptar una decisión concluyente. Seguramente al aumentar el tamaño de los grupos (sobre todo DA y DIEP) y se confirmaran los porcentajes observados, en la prueba Chi-cuadrado se obtendría un estadístico significativo. (Gráfico 4)

Tiempo de reconstrucción – presencia de complicaciones

Para analizar la posible relación entre el tiempo de reconstrucción y la presencia o ausencia de complicaciones, dado que ambas variables son cualitativas, se procede a confeccionar la tabla de contingencia (Tabla 7)

En la comparación de los perfiles se comprueba que sólo hay ligeras diferencias en los porcentajes de las complicaciones de los dos tipos de pacientes según el tiempo de reconstrucción. Así, mientras que entre los pacientes con reconstrucción diferida hay un 50% de casos con complicaciones, entre los pacientes con reconstrucción inmediata el porcentaje de complicaciones es del 41'7%; es decir, hay una diferencia del 8'3%.(Tabla 8)

Al realizar la prueba Chi-cuadrado para comprobar la homogeneidad en las distribuciones de los dos grupos de pacientes, se ha obtenido un valor del estadístico de 0'201 y una significación del mismo de 0'722; que lleva a concluir que no hay diferencias significativas en la proporción de complicaciones de los pacientes según el tiempo de reconstrucción; siendo, en este caso, válida la prueba al haber suficientes casos en cada una de las casillas. (Gráfico 5)

Discusión

En el estudio descriptivo encontramos algunas características sociodemográficas en común con otros estudios similares. La edad media de las pacientes reconstruidas (50,4 años) se aproxima a la encontrada en otros estudios que suele estar entre 50 y 55 años^(27,37).

Respecto al tipo histológico, los datos coinciden parcialmente con el estudio de S. Montes Moreno⁽²⁸⁾ que se hizo en 2003 en el Hospital 12 de octubre de Madrid sobre los casos de cáncer de mama recogidos entre 1999 y 2003. Los datos se aproximan en cuanto al tipo histológico de cáncer (tabla 1, anexo 6) pero difieren en su estadiaje; los datos recogidos en este estudio muestran un porcentaje mayor de carcinomas in situ (26,6%) que el recogido en el 12 de octubre (12,3%). Es probable, que esta diferencia pueda deberse al resultado de los avances, en los últimos años, de los programas de detección precoz, sobre el pronóstico del cáncer de mama.⁽²⁹⁾

El hecho de que no haya casos de mastectomía radical viene a seguir la tendencia que hay actualmente por realizar cirugías más conservadoras.⁽³⁰⁾

En relación al tiempo quirúrgico, los datos contrastan con la inclinación actual de efectuar la reconstrucción inmediata después de la mastectomía.⁽³¹⁾ Puede deberse a que la mayor parte de las reconstrucciones inmediatas tras mastectomía, en el Hospital Universitario Miguel Servet, se realizan en el Servicio de Ginecología y Maternidad en colaboración con los cirujanos plásticos y no en el Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora de donde fue seleccionada la población.

El alto porcentaje de pacientes tratadas con hormonoterapia se debe a que el tratamiento endocrino representa uno de los pilares básicos del tratamiento del cáncer de mama, tanto en adyuvancia como en enfermedad metastásica.⁽³²⁾

El 15% de las pacientes a las que se le realizó linfadenectomía desarrollaron linfedema. Los datos en referencia a la cantidad de pacientes intervenidas de linfadenectomía que desarrollan linfedema difieren mucho según los estudios encontrados^(33,34). En 2012, Hayes et al realizó una en su artículo sobre la morbilidad del miembro superior en pacientes reconstruidas de mastectomía seleccionó, 11 estudios, diseñados prospectivamente, y publicados en los últimos cinco años, en diferentes países, (calificados como estudios de pronóstico de nivel II de acuerdo con el Consejo Nacional de Salud e Investigaciones Médicas de Australia). En ellos se obtuvo una incidencia media de linfedema del 20%.

Al analizar la calidad de vida funcional, según el tipo de reconstrucción, se comprobó que estadísticamente no existían diferencias significativas entre los tres grupos. No hay disponible demasiada bibliografía con la que contrastar los resultados, ya que la mayor parte de los estudios se dedica a comparar la calidad de vida entre las pacientes que deciden reconstruirse y las que no o las reconstruidas de forma inmediata o diferida.

Además una revisión sistemática⁽³⁵⁾ de un total de 34 artículos realizada por Z.E Winters: et al en 2010, puso de manifiesto la falta de rigor científico y estadístico de la mayor parte de los estudios publicados en la materia. Trece artículos del total, que presentaban niveles

de evidencia I y II, con un diseño robusto, utilizaba, según Z.E Winters. et al herramientas insuficientemente sensibles para medir los cambios de imagen y psicológicos que se dan en este tipo de pacientes.

De ellos, el artículo que más se acerca a las características de nuestro estudio es el realizado por JH Yueh et al ⁽³⁶⁾ en 2010, en el que se concluía que la calidad de vida así como la satisfacción de las pacientes era mayor en las técnicas autólogas (DIEP, TRAM y dorsal ancho) sobre las técnicas con implantes. En nuestro estudio, a pesar de que la calidad de vida media varía según la técnica empleada (la calidad de vida media más elevada es la del grupo DIEP y la más baja la del grupo DA), no existen diferencias estadísticamente significativas entre las técnicas empleadas. Esto es debido a que el tamaño de la población total (30 pacientes) como el de cada grupo quizás es demasiado pequeño para obtener resultados concluyentes a diferencia del estudio de Yueh en el que el tamaño de la población fue de 583 pacientes.

En un estudio publicado por K.A. Tønseth et al. ⁽³⁷⁾, en 2007, con una población total de 64 pacientes, se encontró que al igual que en nuestro estudio, no existían diferencias significativas en la calidad de vida según la técnica empleada. Sin embargo, no hacía distinción entre los casos en los que, tras el fracaso del colgajo DIEP, finalmente se había realizado un colgajo con dorsal ancho y los que no. Además utilizaba como herramienta para medir la calidad de vida el cuestionario SF-36 que puede resultar algo inespecífico para valorar la calidad de vida en este tipo de pacientes. Este estudio también concluyó que, la imagen corporal percibida, era mejor en el grupo de las pacientes reconstruidas con DIEP, frente a las reconstruidas con implantes, mientras que en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas entre estos dos grupos.

En lo que respecta a la calidad de vida según el tiempo de reconstrucción también nos encontramos con dificultades para comparar nuestros resultados con otros estudios. Una revisión sistemática realizada por N. D'Souza ⁽³⁸⁾, entre 2008 y 2010, en las bases de datos COCHRANE, MEDLINE, ICTRP y EMBASE puso en relieve la gran cantidad de defectos metodológicos y, por tanto, con alto riesgo de sesgo que existe en los artículos revisados hasta esa fecha. De entre los que se encontraba con mayores niveles de evidencia científica, fue el publicado en 2007, por C. Rubino ⁽³⁹⁾, en el que sus resultados coincidían con los nuestros; no existen diferencias significativas en la calidad de vida percibida por las pacientes reconstruidas de forma inmediata o diferida. Estudios posteriores a esa revisión, como el publicado en 2012 por Kelly A Metcalfe ⁽⁴⁰⁾, obtienen la mismas conclusiones.

En cuanto a la presencia de complicaciones en función del tipo de intervención, de nuestro estudio no se pudo adoptar una decisión concluyente acerca de si variaba en función de un grupo u otro porque a pesar de que en los grupos DIEP y dorsal ancho había una clara mayoría de presencia de complicaciones frente al grupo de pacientes reconstruidas con implantes, estadísticamente no había diferencias significativas debido al limitado número de casos en los dos primeros grupos. Al contrastarlo con la bibliografía encontrada en las bases de datos, algunos estudios como el de K. Andjelkov ⁽⁴¹⁾, publicado en 2007 sobre 60 pacientes intervenidas de reconstrucción mamaria con TRAM, dorsal ancho e implantes no encuentran diferencias significativas en cuanto al número de complicaciones. Este estudio tampoco encuentra correlación entre el tiempo de reconstrucción, bien sea inmediato o

diferido y la presencia de complicaciones. Sin embargo, los resultados de estudios más recientes se contradicen. Es el caso del publicado en mayo de 2013 por JP Fischer⁽⁴²⁾ et al, sobre 202 pacientes, en el cual concluyen que los colgajos libres abdominales implican menor número de complicaciones sobre las reconstrucciones con implantes mientras que el de TM Mioton et al⁽⁴³⁾, en su análisis multivariado de una base de datos común a 250 hospitales y del que se extrajeron datos sobre más de 13,000 pacientes, determinan justamente lo contrario.

Dificultades y limitaciones del estudio

La principal limitación de nuestro estudio ha sido el escaso tamaño de la población, sobre todo en los grupos de pacientes reconstruidas con dorsal ancho y DIEP. La proporción de pacientes intervenidas con implantes era considerablemente mayor frente a las de los otros dos grupos. Esto, ha derivado en que la adopción de una decisión concluyente en cuanto a los resultados, al analizar las diferencias entre los tres tipos de reconstrucción, pueda ser algo arriesgado. El tamaño de la población fue seleccionado a partir de cierto periodo de tiempo, con el objetivo de que, a todas las pacientes se les hubiese completado la reconstrucción tanto del pecho afectado, como la simetrización del lado contrario. Además, algunos estudios^(44,45) concluyen que la imagen corporal percibida de las pacientes reconstruidas varía a lo largo del tiempo durante los dos años posteriores a la intervención, por lo que esta selección nos ayudó a evitar este sesgo.

Para futuros estudios sería interesante valorar la relevancia de la actualidad de los casos frente a la obtención de resultados más fiables, bien con un grupo de pacientes ampliado retrospectivamente en el tiempo o con un estudio simultáneo en otras clínicas u hospitales. En ese caso, sería recomendable utilizar un modelo de encuesta autocumplimentado por correo, ya que a pesar de obtener una tasa de “no respuesta” mayor, la gran cantidad de tiempo empleado en la localización de las pacientes y realización de las encuestas resulta prácticamente inviable con una población de mayor número, en un estudio de similares características al nuestro.

Otra dificultad con la que también nos encontramos, fue al contrastar los datos con la bibliografía consultada, debido a la escasa existencia de estudios fiables con la que comparar los resultados. En muchos de los estudios encontrados, había claramente sesgos en la selección de la población y en la falta de sensibilidad de las herramientas utilizadas.

Por último, nos parece importante señalar que, a pesar de que el cuestionario qlq-br23 es uno de los más completos para valorar la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama, quizás se queda algo limitado en cuanto a los aspectos de medición de la satisfacción de las pacientes con el resultado de la reconstrucción.

Conclusiones

A pesar de que la calidad de vida media es mayor en las pacientes reconstruidas con DIEP frente a las reconstruidas con implantes y dorsal ancho, estadísticamente no existen diferencias significativas entre los tres grupos de pacientes. Lo mismo ocurre al analizar la presencia de complicaciones; a pesar de observarse una menor media de complicaciones en las pacientes reconstruidas con implantes frente a los otros dos grupos, estadísticamente no existen diferencias significativas. Sin embargo, debido a la limitada población de alguno de los grupos no se pueden extraer resultados concluyentes en este aspecto. Las pacientes reconstruidas con DIEP y con implantes mostraron mejores niveles de percepción de imagen corporal frente a las pacientes reconstruidas con dorsal ancho.

En cuanto al tiempo de reconstrucción, la calidad de vida funcional de las pacientes entre las realizadas de forma inmediata o diferida resultó ser muy similar. En cuanto a la presencia de complicaciones, no se obtuvieron diferencias significativas.

Sería interesante realizar otro estudio de similares características y que también evaluara la satisfacción con el resultado estético de las pacientes en una población mayor número para comprobar si en este caso el estudio comparativo de calidad de vida según el tipo de reconstrucción obtiene resultados significativos.

Bibliografía

1. Ángeles Lopez. Cáncer de mama, cada vez más frecuente en mujeres jóvenes. El mundo. Sábado 4 de mayo de 2013; Salud (Cáncer)Informe
2. EFE. Solo un 28% de las españolas mastectomizadas decide reconstruirse el pecho. La Voz de Galicia. Viernes 29 de enero de 2010; Salud
3. Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit. An Sist Sanit Navar 2005;28 Suppl 2:19-26.
4. Wilkins EG, Cederna PS, Lowery JC, Davis JA, Kim HM, Roth RS et al. Prospective análisis of psychosocial outcomes in breast reconstruction: one year postoperative results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study. Plast Reconstr Surg 2000; 106: 1014-1025.
5. Parker PA. Breast reconstruction and psychosocial adjustment: what have we learned and where do we go from here? Seminars Plast Surg 2004; 18: 131-138.
6. Grau J, Jiménez PJ. La sexualidad en el enfermo de cáncer. Cuidados paliativos e intervención psicosocial en enfermos terminales. Las Palmas de Gran Canaria: ICEPSS, 1988: 67-89.
7. Reza Goyanes M, Andradas Aragonés E, Blasco Amaro JA. Reconstrucción mamaria inmediata: revisión sistemática y evaluación de resultados en una unidad de RMI de la Comunidad de Madrid. Madrid: Agencia Laín Entralgo; 2005
8. Preya Ananthkrishnan; Md, Armand Lucas Md. Options and considerations in the timing of breast reconstruction after mastectomy. Cleve Clin J Med 2008; 75(1)
9. Kronowitz SJ, Hunt KK, Kuerer HM, et al. Delayed-immediate breast reconstruction. Plast Reconstr Surg 2004; 113:1617–1628.
10. Asociación Española Contra el Cáncer [sede Web].Madrid: Asociación Española Contra el Cáncer; [actualizado el 15 de junio de 2011; acceso 7 de marzo de 2013]. Reconstrucción mamaria. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/reconstruccionmamaria/Paginas/tecnicasdereconstruccionmamaiautologas.aspx>
11. Delgado Martínez J, Rodrigo Palacios J, Albiñana García-Dihinx F, Velasco Velasco R, González Peirona E. Reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo transversal de gracilis libre: experiencia en 6 casos. Cirugía Española 2011 3;89(3):182-187.

12. Escudero FJ, Oroz J, Pelay MJ. Reconstruction of a breast following mastectomy. *An Sist Sanit Navar* 1997 Sep-Dec;20(3):325-336.
13. Sitbon E. Le phénomène du sein dur. *Ann Chir Plast Esthét* 1993; 38: 767 - 782.
14. Pérez-Montejano Sierra M, Oroz Torres J, Escudero Nafs FJ, Pelay Ruata MJ, Colás San Juan C. Reconstrucción mamaria mediante expansores lisos submusculares: revisión crítica de 41 casos. *Cir Plást Ibero - Latinoamer* 1994; 20: 357 - 364.
15. Cohen MZ, Kahn DL, Steeves RH. Beyond body image: the experience of breast cancer. *Oncol Nurs forum*. 1998 ; 25 (5): 835-41
16. Ohsumi S, Shimosuma K, Morita S, Hara F, Takabatake D, Takashima S, et al. Factors associated with health-related quality-of-life in breast cancer survivors: influence of the type of surgery. *Jpn J Clin Oncol* 2009 Aug;39(8):491-496.
17. Klassen AF, Pusic AL, Scott A, Klok J, Cano SJ. Satisfaction and quality of life in women who undergo breast surgery: a qualitative study. *BMC Womens Health* 2009 May 1;9:11.
18. Schover LR. Sexuality and body image in younger women with breast cancer. *J Natl Cancer Inst Monogr* 1994;(16)(16):177-182.
19. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2006 Jul;15(7):579-594.
20. Petit JY, Rietjens M, Lohsiriwat V, Rey P, Garusi C, De Lorenzi F, et al. Update on breast reconstruction techniques and indications. *World J Surg* 2012 Jul;36(7):1486-1497.
21. Boughton B. Emotional outcome after breast surgery is highly individual. *J Natl Cancer Inst* 2000 Sep 6;92(17):1375-1376.
22. Ashraf AA, Colakoglu S, Nguyen JT, Anastasopoulos AJ, Ibrahim AM, Yueh JH, et al. Patient involvement in the decision-making process improves satisfaction and quality of life in postmastectomy breast reconstruction. *J Surg Res* 2013 May 15
23. Damen THC, de Bekker-Grob EW, Mureau MAM, Menke-Pluijmers MB, Seynaeve C, Hofer SOP, et al. Patients' preferences for breast reconstruction: A discrete choice experiment. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery* 2011 1;64(1):75-83.

24. Cerezo O, Onate-Ocana LF, Arrieta-Joffe P, Gonzalez-Lara F, Garcia-Pasquel MJ, Bargallo-Rocha E, et al. Validation of the Mexican-Spanish version of the EORTC QLQ-C30 and BR23 questionnaires to assess health-related quality of life in Mexican women with breast cancer. *Eur J Cancer Care (Engl)* 2012 Sep;21(5):684-691.
25. Martín Angulo M, Arroyo Yustos M, Villalobos León ML, Álvarez de Mon Soto M. Cáncer de mama. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado* 2013 3;11(27):1629-1640.
26. eortc.com, The future of cancer therapy [sede Web]. Bélgica: eortc.com; 1991 [actualizada el 3 de mayo de 2013; acceso 3 de mayo de 2013]. Disponible en: <http://www.eortc.org/>
27. Rincón, M. E., Pérez, M.A., Borda, M. & Martín, A. Impacto de la reconstrucción mamaria sobre la autoestima y la imagen corporal en pacientes con cáncer de mama. *Universitas Psicológica* 2012; 11(1): 25-41.
28. Montes Moreno S., Pilas, Francisco Colina Ruiz-Delgado M, Murillo Lázaro C, Segovia Blazquez Real B. Cáncer de mama en el hospital universitario 12 de octubre: resultados recogidos en el registro hospitalario de tumores entre 1999 y 2003. En: *Comunicaciones (Mama): 7º Congreso Virtual Hispanoamericano de Anatomía Patológica*. Ciudad Real; SESCAM; 2009. Disponible en: <http://www.conganat.org/7congreso/PDF/175.pdf>
29. Pérez Lacasta MJ, Gregori Gomis A, Carles Lavila M, Gispert Magarolas R, Martínez Alonso M, Vilaprinyo Terré E, Pla Farnós R, Rué Monné M. The evolution of breast cancer mortality and the dissemination of mammography in Catalonia: an analysis by health region. *Rev Esp Salud Publica*. 2010 Nov-Dec;84(6):691-703
30. Tebé C, Márquez-Calderón S, Ramón Benítez J, Sánchez-Lanuza M, Fernandez R, Aguado MJ, et al. Estado actual de la cirugía oncológica de mama en Andalucía y Cataluña. *Cirugía Española* 2009 12; 86(6):369-377.
31. Del Val Gil JM, López Bañeres MF, Rebollo López FJ, Utrillas Martínez AC, Minguillón Serrano A. Cáncer de mama y mastectomía. Estado actual. *Cirugía Española* 2001;69(1):56-65.
32. Zapatero A, Martín de Vidales C, Pérez-Torrubia A. Presente y futuro de la hormonoterapia adyuvante en cáncer de mama: evidencia clínica y ensayos clínicos. *Revista Clínica Española* 2003;203(4):202-206.

33. Hayes SC, Janda M, Cornish B, Battistutta D, Newman B. Lymphedema after breast cancer: incidence, risk factors, and effect on upper body function. *J Clin Oncol* 2008 Jul 20;26(21):3536-3542.
34. Hayes SC, Johansson K, Stout NL, Prosnitz R, Armer JM, Gabram S, et al. Upper-body morbidity after breast cancer. *Cancer* 2012;118(S8):2237-2249.
35. Winters ZE, Benson JR, Pusic AL. A systematic review of the clinical evidence to guide treatment recommendations in breast reconstruction based on patient-reported outcome measures and health-related quality of life. *Ann Surg* 2010 Dec;252(6):929-942.
36. Yueh JH, Slavin SA, Adesiyun T, Nyame TT, Gautam S, Morris DJ, et al. Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plast Reconstr Surg* 2010 Jun;125(6):1585-1595.
37. Tonseth KA, Hokland BM, Tindholdt TT, Abyholm FE, Stavem K. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2008 Oct;61(10):1188-1194.
38. D'Souza N, Darmanin G, Fedorowicz Z. Immediate versus delayed reconstruction following surgery for breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev* 2011 Jul 6;(7):CD008674. doi(7):CD008674.
39. Rubino C, Figus A, Loretto L, Sechi G. Post-mastectomy reconstruction: a comparative analysis on psychosocial and psychopathological outcomes. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2007;60(5):509-518.
40. Metcalfe KA, Semple J, Quan ML, Vadaparampil ST, Holloway C, Brown M, et al. Changes in psychosocial functioning 1 year after mastectomy alone, delayed breast reconstruction, or immediate breast reconstruction. *Ann Surg Oncol* 2012 Jan;19(1):233-241.
41. Andjelkov K, Sforza M, Granic M, Ivanov D, Colic M. Breast reconstruction: correlation between different procedures, reconstruction timing and complications. *Srp Arh Celok Lek* 2011 Jul-Aug;139(7-8):470-475.
42. Fischer JP, Nelson JA, Cleveland E, Sieber B, Rohrbach JI, Serletti JM, et al. Breast reconstruction modality outcome study: a comparison of expander/implants and free flaps in select patients. *Plast Reconstr Surg* 2013 May;131(5):928-934.
43. Mioton LM, Smetona JT, Hanwright PJ, Seth AK, Wang E, Bilimoria KY, et al. Comparing thirty-day outcomes in prosthetic and autologous breast

reconstruction: a multivariate analysis of 13,082 patients? *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2013 Jun;66(7):917-925.

44. Munhoz AM, Gemperli R, Filassi JR. Effects of breast cancer surgery and surgical side effects on body image over time. *Breast Cancer Res Treat* 2011 Feb;126(1):261-2; author reply 263-4.

45. Parker PA, Youssef A, Walker S, Basen-Engquist K, Cohen L, Gritz ER, et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. *Ann Surg Oncol* 2007 Nov;14(11):3078-3089. 27

Anexo 1

Estudio descriptivo

NHC:

Nombre:

Edad:

Pareja Si No

Lado de la mama izquierda derecha

Estadio

Tipo histológico

Tipo de intervención

Tiempo de Reconstrucción Inmediata Diferida

Tipo de Reconstrucción Exp/Prót DIEP DA

Linfadenectomía Si No

Linfedema Si No

Tratamientos adyuvantes

Quimioterapia

Radioterapia

Hormonoterapia

Observaciones

Anexo 2

SPANISH

EORTC QLQ - BR23

Las pacientes a veces dicen que tienen los siguientes síntomas o problemas. Por favor indique hasta qué punto ha experimentado usted estos síntomas o problemas durante la semana pasada.

Durante la semana pasada: En absoluto (1), Un poco (2), Bastante (3), Mucho (4)

31. ¿Tuvo la boca seca? 1 2 3 4
32. ¿Tenían la comida y la bebida un sabor diferente al habitual? 1 2 3 4
33. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron? 1 2 3 4
34. ¿Se le cayó algo de pelo? 1 2 3 4
35. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo:
¿Se sintió preocupada por la caída del pelo? 1 2 3 4
36. ¿Se sintió enferma o mal? 1 2 3 4
37. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo? 1 2 3 4
38. ¿Tuvo dolores de cabeza? 1 2 3 4
39. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento? 1 2 3 4
40. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento? 1 2 3 4
41. ¿Le resultó difícil verse desnuda? 1 2 3 4
42. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo? 1 2 3 4
43. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro? 1 2 3 4

Durante las últimas cuatro semanas: En absoluto (1), Un poco (2), Bastante (3), Mucho(4)

44. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo? 1 2 3 4
45. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa?
(con o sin coito) 1 2 3 4
46. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo? 1 2 3 4

Durante la semana pasada: En absoluto (1), Un poco (2), Bastante (3), Mucho (4)

47. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro? 1 2 3 4
48. ¿Se le hinchó el brazo o la mano? 1 2 3 4
49. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados? 1 2 3 4
50. Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado? 1 2 3 4
51. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado? 1 2 3 4
52. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo normal? 1 2 3 4
53. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (P.E. picor, sequedad, descamación) 1 2 3 4

Anexo 3

General principles of scoring

The QLQ-C30 is composed of both multi-item scales and single-item measures. These include five functional scales, three symptom scales, a global health status / QoL scale, and six single items. Each of the multi-item scales includes a different set of items - no item occurs in more than one scale.

All of the scales and single-item measures range in score from 0 to 100. A high scale score represents a higher response level.

Thus a high score for a functional scale represents a *high / healthy level of functioning*, a high score for the global health status / QoL represents a *high QoL*, but a high score for a symptom scale / item represents a *high level of symptomatology / problems*.

The principle for scoring these scales is the same in all cases:

1. Estimate the average of the items that contribute to the scale; this is the *raw score*.
2. Use a linear transformation to standardise the raw score, so that scores range from 0 to 100; a higher score represents a higher ("better") level of functioning, or a higher ("worse") level of symptoms.

Coding of the scoring procedure is presented in Appendix 3 for three major statistical packages.

Technical Summary

In practical terms, if items I_1, I_2, \dots, I_n are included in a scale, the procedure is as follows:

Raw score

Calculate the raw score

$$\text{RawScore} = RS = (I_1 + I_2 + \dots + I_n) / n$$

Linear transformation

Apply the linear transformation to 0-100 to obtain the score S ,

$$\text{Functional scales: } S = \left\{ 1 - \frac{(RS - 1)}{\text{range}} \right\} \times 100$$

$$\text{Symptom scales / items: } S = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100$$

$$\text{Global health status / QoL: } S = \{(RS - 1) / \text{range}\} \times 100$$

Range is the difference between the maximum possible value of RS and the minimum possible value. The QLQ-C30 has been designed so that all items in any scale take the same range of values. Therefore, the range of RS equals the range of the item values. Most items are scored 1 to 4, giving $\text{range} = 3$. The exceptions are the items contributing to the global health status / QoL, which are 7-point questions with $\text{range} = 6$, and the initial yes/no items on the earlier versions of the QLQ-C30 which have $\text{range} = 1$.

Breast cancer module: QLQ-BR23

Scoring

	Scale name	Number of items	Item range	QLQ-BR23 item numbers
Functional scales				
Body image	BRBI	4	3	9 – 12
Sexual functioning	BRSEF	2	3	14,15
Sexual enjoyment	BRSEE	1	3	16
Future perspective	BRFU	1	3	13
Symptom scales / items				
Systemic therapy side effects	BRST	7	3	1 – 4,6,7,8
Breast symptoms	BRBS	4	3	20 – 23
Arm symptoms	BRAS	3	3	17,18,19
Upset by hair loss	BRHL	1	3	5

Remarks

- Sexual enjoyment (BRSEE) is not applicable if item 15 is scored "not at all."
- Upset by hair loss (BRHL) is not applicable if item 4 is "not at all."
- In order for Sexual functioning (BRSEF) and Sexual enjoyment (BRSEE) to be interpreted as functional scales (ie. a higher score is better), they should be scored according to the symptom scale algorithm.

Reference

Sprangers MAG, Groenvold M, Arraras JL, et al. The European Organisation for Research and Treatment of Cancer: Breast Cancer Specific Quality of Life Questionnaire Module: First results from a three-country field study. *J. Clin. Oncol* 14:2756-2768, 1996.

Reference values

Reference values: NA.

Normative data: NA.

Anexo 4

Ejemplar para el participante

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido usted seleccionada para participar en el estudio “Calidad de vida y reconstrucción mamaria”. Este estudio está promovido por Personal Sanitario del Hospital Universitario Miguel Servet con el objetivo de estudiar el nivel de calidad de vida según el tipo de reconstrucción mamaria practicada.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN?

Su participación en este estudio consistirá en responder a las preguntas de un cuestionario que se le plantearán por vía telefónica sobre su salud, calidad de vida e imagen corporal tras la operación.

Además deberá firmar y fechar las dos copias del presente consentimiento informado y enviar una de ellas (la que indica “ejemplar para el estudio”) en el sobre que se incluye en esta carta. Dicho sobre no necesita sello.

Este último procedimiento forma parte del proceso de control de calidad y su cumplimentación y envío es muy importante, ya que sin él, no podremos utilizar los datos compilados en la encuesta telefónica.

BENEFICIOS POTENCIALES, INDIVIDUALES O COLECTIVOS

La participación en este estudio no supone ningún beneficio personal. Sin embargo, el mayor conocimiento sobre el nivel de calidad de vida y satisfacción personal según el tipo de reconstrucción mamaria realizada, ayudará a los profesionales sanitarios a valorar los beneficios de una u otra intervención en futuras pacientes. Este estudio no conlleva ningún interés comercial, todos los intereses son puramente científicos.

VOLUNTARIEDAD DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted no tiene que tomar parte en este estudio si no lo desea y su atención médica no va a depender del hecho de que tome parte en él o no. Además puede retirarse del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

CONFIDENCIALIDAD

La información recogida en el cuestionario tendrá carácter confidencial y se tratará de forma anónima. Únicamente el número de reclutamiento permitirá a la persona encargada del estudio relacionar los cuestionarios con las identidades de las pacientes.

Los resultados del estudio serán compartidos con otros investigadores y doctores. Sin embargo, se mantendrá una estricta confidencialidad y usted no será identificada en los mismos.

En caso de que tuviera usted algún problema o alguna pregunta que formular acerca del estudio o de sus derechos como participante de una investigación deberá contactar con:

Mireya Rebullida
mireyarebullida@hotmail.com
Tel 1: 699233954
Tel 2: 976765500 ext. 5222

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

“CALIDAD DE VIDA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA”

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado
He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que puedo retirarme del estudio

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

Fecha:

Firma del investigador:

25/03/2013

HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Ha sido usted seleccionada para participar en el estudio “Calidad de vida y reconstrucción mamaria”. Este estudio está promovido por Personal Sanitario del Hospital Universitario Miguel Servet con el objetivo de estudiar el nivel de calidad de vida según el tipo de reconstrucción mamaria practicada.

¿EN QUÉ CONSISTIRÁ SU PARTICIPACIÓN?

Su participación en este estudio consistirá en responder a las preguntas de un cuestionario que se le plantearán por vía telefónica sobre su salud, calidad de vida e imagen corporal tras la operación.

Además deberá firmar y fechar las dos copias del presente consentimiento informado y enviar una de ellas (la que indica “ejemplar para el estudio”) en el sobre que se incluye en esta carta. Dicho sobre no necesita sello.

Este último procedimiento forma parte del proceso de control de calidad y su cumplimentación y envío es muy importante, ya que sin él, no podremos utilizar los datos compilados en la encuesta telefónica.

BENEFICIOS POTENCIALES, INDIVIDUALES O COLECTIVOS

La participación en este estudio no supone ningún beneficio personal. Sin embargo, el mayor conocimiento sobre el nivel de calidad de vida y satisfacción personal según el tipo de reconstrucción mamaria realizada, ayudará a los profesionales sanitarios a valorar los beneficios de una u otra intervención en futuras pacientes. Este estudio no conlleva ningún interés comercial, todos los intereses son puramente científicos.

VOLUNTARIEDAD DE LA PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted no tiene que tomar parte en este estudio si no lo desea y su atención médica no va a depender del hecho de que tome parte en él o no. Además puede retirarse del estudio cuando quiera y sin tener que dar explicaciones.

CONFIDENCIALIDAD

La información recogida en el cuestionario tendrá carácter confidencial y se tratará de forma anónima. Únicamente el número de reclutamiento permitirá a la persona encargada del estudio relacionar los cuestionarios con las identidades de las pacientes.

Los resultados del estudio serán compartidos con otros investigadores y doctores. Sin embargo, se mantendrá una estricta confidencialidad y usted no será identificada en los mismos.

En caso de que tuviera usted algún problema o alguna pregunta que formular acerca del estudio o de sus derechos como participante de una investigación deberá contactar con:

Mireya Rebullida
mireyarebullida@hotmail.com
Tel 1: 699233954
Tel 2: 976765500 ext. 5222

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE

“CALIDAD DE VIDA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA”

Yo.....

He leído la hoja de información que se me ha entregado
He recibido suficiente información sobre el estudio

Comprendo que puedo retirarme del estudio

- Cuando quiera
- Sin tener que dar explicaciones
- Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Fecha:

Firma del participante:

Fecha:

Firma del investigador:

25/03/2013

Anexo 5

Autorización de Trabajo de Investigación

Yo, Dr Gonzalez-Peirona, Jefe de Servicio de Cirugía Plástica del Hospital Universitario Miguel Servet, autorizo a Mireya Rebullida a llevar a cabo la realización del estudio "Calidad de vida en pacientes reconstruidas tras mastectomía por cáncer de mama" en el servicio.

En Zaragoza, a 1 de marzo de 2013

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke extending to the right.

Anexo 6

Tablas

Tabla 1- Características de la Población

<i>Característica</i>	<i>Frec. (%)</i>
Edad	
Media (Desv. Típica)	50,4 (8,0)
45 o menos años	8 (26,7)
Entre 46 y 55 años	12 (40,0)
56 o más años	10 (33,3)
Total	30 (100)
Tipo histológico	
Carcinoma Mucinoso	1 (3,3)
Carcinoma Ductal Infiltrante	18 (59,9)
Carcinoma Ductal In Situ	7 (23,3)
Carcinoma Lobulillar Infiltrante	3 (10,0)
Carcinoma Lobulillar In Situ	1 (3,3)
Total	30 (100)
Tipo de intervención	
MRM	8 (26,7)
MSC	4(13,2)
MTS	18 (59,9)
Total	30 (100)
Tipo de reconstrucción	
DA	4 (13,3)
DIEP	7 (23,3)
EXP/PRÓT.	19 (63,3)
Total	30 (100)
Tiempo de reconstrucción	
Diferida	18 (60,0)
Inmediata	12 (40,0)
Total	30 (100)
Lado	
Izquierdo	14 (46,7)
Derecho	16 (53,3)
Total	30 (100)
Quimioterapia	
No	20 (66,7)
Sí	10 (33,3)
Total	30 (100)
Radioterapia	
No	10 (33,3)
Sí	20 (66,7)

<i>Característica</i>	<i>Frec. (%)</i>
Total	30 (100)
Hormonoterapia	
No	6 (20,0)
Sí	24 (80,0)
Total	30 (100)
Linfadenectomía	
No	4 (13,3)
Sí	26 (86,7)
Total	30 (100)
Linfedema	
No	26 (86,7)
Sí	4 (13,3)
Total	30 (100)
Presencia de complicaciones	
No	16 (53,3)
Sí	14 (46,7)
Total	30 (100)
Pareja	
No	5 (16,7)
Sí	25 (83,3)
Total	30 (100)
Apoyo de la pareja	
No	2 (8,0)
Sí	23 (92,0)
Total	25 (100)
Imagen corporal	
Media (Desv. Típica)	60,0 (23,7)
Función sexual	
Media (Desv. Típica)	27,4 (22,7)
Perspectiva futura	
Media (Desv. Típica)	61,1 (26,4)
Calidad de vida funcional	
Media (Desv. Típica)	49,5 (16,6)
Síntomas en el pecho	
Media (Desv. Típica)	14,0 (16,3)
Síntomas en el brazo	
Media (Desv. Típica)	13,3 (22,1)

Tabla 2- Tipo de reconstrucción – Total calidad de vida funcional

<i>Calidad de vida según el tipo de reconstrucción</i>				
Tipo de reconstrucción	N	Media	Desv. típica	Estadístico (significación)
DA	4	37,97	10,40	4,275 (0,118)
DIEP	7	59,53	17,59	
EXP/PRÓT.	19	48,25	15,93	

Tabla 3- Tiempo de reconstrucción – Total calidad de vida funcional

<i>Calidad de vida según el tiempo de reconstrucción</i>				
Tiempo de reconstrucción	N	Media	Desv. típica	Estadístico (significación)
Diferida	18	51,03	16,73	-0,487 (0,632)
Inmediata	12	47,22	16,92	

Tabla 4- Tipo de reconstrucción – Imagen corporal

<i>Imagen corporal según el tipo de reconstrucción</i>				
Tipo de reconstrucción	N	Media	Desv. típica	Estadístico (significación)
DA	4	33,33	18,0	8,614 (0,013)
DIEP	7	73,78	23,75	
EXP/PRÓT.	19	60,52	20,74	

Tabla 5- Tabla de contingencia: Tipo de reconstrucción – Presencia de complicaciones

<i>Presencia de complicaciones según el tipo de reconstrucción</i>			
Frec. (%)	Complicaciones		Total
	No	Sí	
DA	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)
DIEP	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
EXP/PRÓT.	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19 (100%)
Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	30 (100%)

Tabla 6-Tipo de reconstrucción – Presencia de complicaciones

<i>Presencia de complicaciones según el tipo de reconstrucción</i>			
Frec. (%)	Complicaciones		Total
	No	Sí	
DA	1 (25,0%)	3 (75,0%)	4 (100%)
DIEP	3 (42,9%)	4 (57,1%)	7 (100%)
EXP/PRÓT.	12 (63,2%)	7 (36,8%)	19 (100%)
Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	30 (100%)

Tabla 7- Tabla de contingencia: Tiempo de reconstrucción – Presencia de complicaciones

<i>Presencia de complicaciones según el tiempo de reconstrucción</i>			
Frec. (%)	Complicaciones		Total
	No	Sí	
Diferida	9 (50,0%)	9 (50,0%)	18 (100%)
Inmediata	7 (58,3%)	5 (41,7%)	12 (100%)
Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	30 (100%)

Tabla 8- Tiempo de reconstrucción – Presencia de complicaciones

<i>Presencia de complicaciones según el tiempo de reconstrucción</i>			
Frec. (%)	Complicaciones		Total
	No	Sí	
Diferida	9 (50,0%)	9 (50,0%)	18 (100%)
Inmediata	7 (58,3%)	5 (41,7%)	12 (100%)
Total	16 (53,3%)	14 (46,7%)	30 (100%)

Anexo 7

Gráficos

Gráfico 1

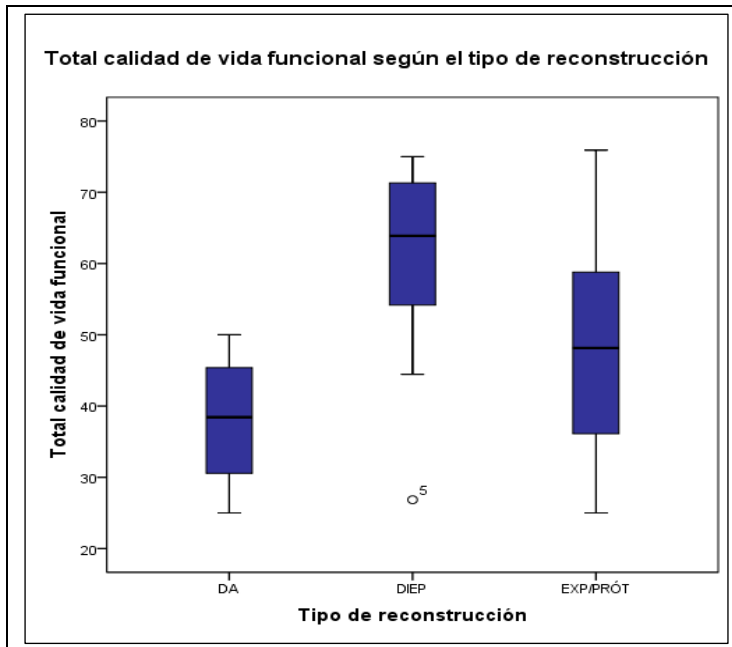


Gráfico 2

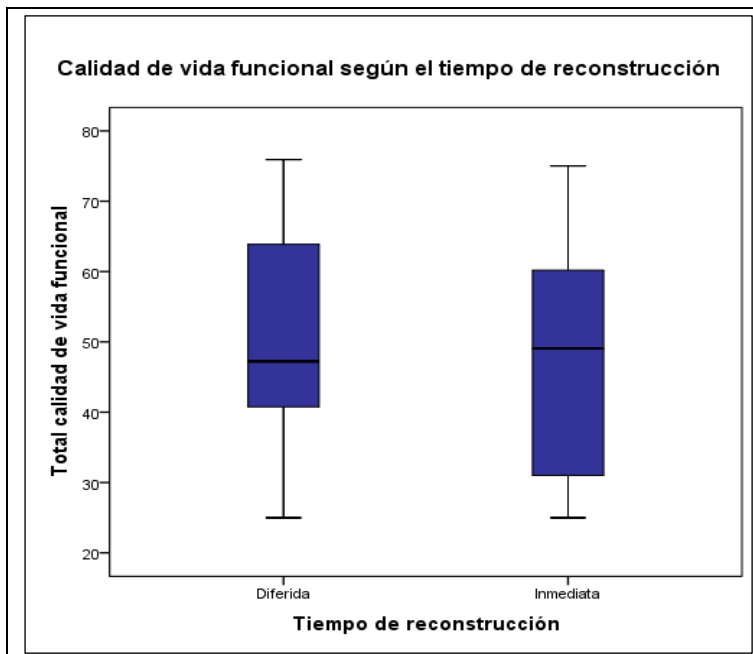


Gráfico 3

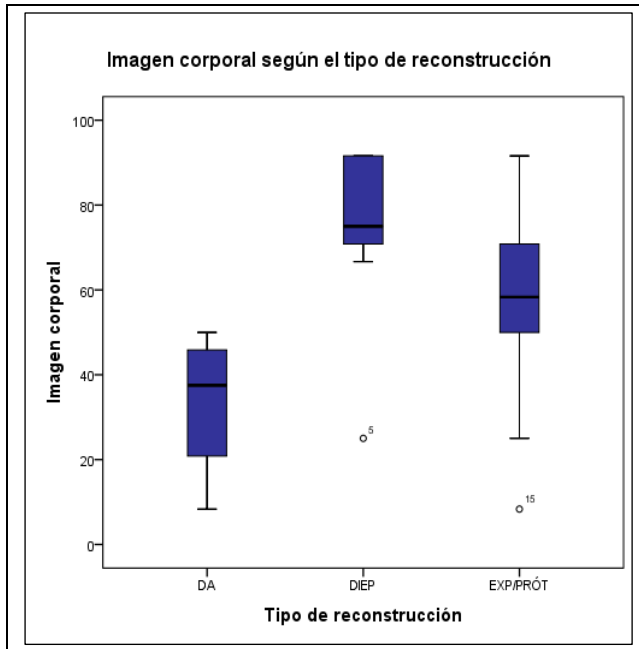


Gráfico 4

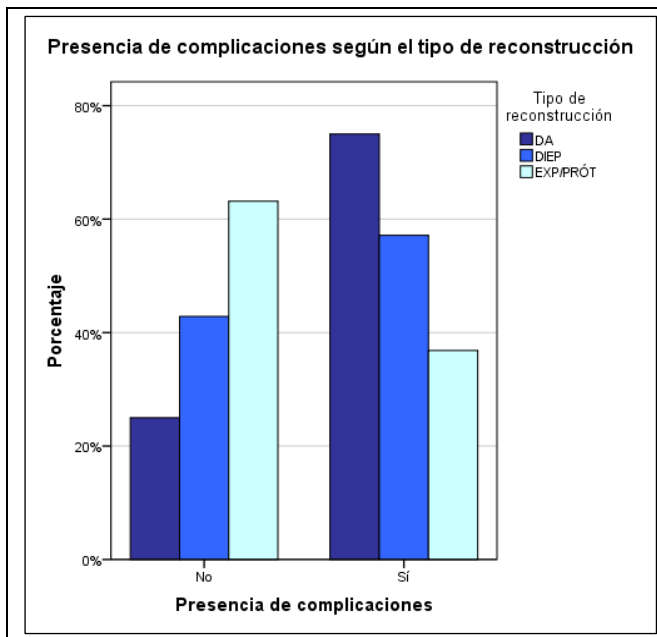


Gráfico 5

