



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
UNAN-MANAGUA
HOSPITAL MILITAR ESCUELA “DR. ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS”**

Tesis para optar al título de Médico Especialista en Cirugía General

“Calidad de vida en mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía más reconstrucción mamaria y mastectomía sin reconstrucción, que fueron atendidas en el Hospital Militar “Alejandro Dávila Bolaños en el periodo Enero 2012 a Enero 2015”

Autor: Dra. Georgina Frech Álvarez
Residente del IV año de Cirugía General

Tutor: Dr. Mauricio Mendieta Espinosa
Médico Especialista en Cirugía plástica y reconstructiva

Managua, Nicaragua, Marzo 2016.

ÍNDICE

DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTOS	
OPINION DEL TUTOR	
RESUMEN	
INTRODUCCION	7
MARCO TEÓRICO.....	9
ANTECEDENTES.....	22
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	26
JUSTIFICACION.....	27
OBJETIVOS.....	28
MATERIAL Y MÉTODO	29
RESULTADOS	36
CONSLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	49
BIBLIOGRAFÍA	50
ANEXOS.....	52

DEDICATORIA

“Tratad de ser maestro antes que profesor. Profesores hay muchos; basta tener buena memoria, un poco de método en la exposición y saber unir lo útil a lo agradable. El Maestro es más que eso, es aquel que se da por completo a los alumnos, que no conoce egoísmos y enseña todo lo que sabe; así, solamente, dejará discípulos dignos de él. Es como un árbol que se juzga por la buena calidad de sus frutos”. Lo que está de acuerdo con una conocida frase que dice: “El valor de un maestro se mide por la personalidad de sus discípulos”.

Cada palabra dicha, cada técnica enseñada, cada error corregido, cada consejo, cada palabra de aliento, cada motivación lo agradezco y lo recuerdo como lo máspreciado de estos cuatro valiosos años... Mi deuda con ustedes nunca podrá saldarse pues no podre pagarles nunca todo lo que me enseñaron.

Por esa razón este trabajo se los dedico a ustedes, pues hoy soy el profesional que ustedes formaron.

Simplemente, GRACIAS MAESTROS!!!

AGRADECIMIENTOS

Gracias por abrirme paso desde el primer día, mi maestro por excelencia Dios...

A los pacientes, sin duda alguna a los más grandes libros, quienes me permitieron aprender lo que ni el mejor texto podrá enseñarme.

A mi familia, mi apoyo incondicional.

Mario, por ser el mejor compañero de vida.

A mis compañeros por compartir conmigo este camino cansado, lleno de tropiezos, experiencias y dudas pero definitivamente el mejor camino.

A los amigos que nunca pensé encontrar, gracias por esos abrazos que quiebra huesos necesarios en tantos momentos de debilidad.

A esta que fue mi casa por 4 años el Hospital Militar, su gente, el quirófano donde muchas veces amanecí sin darme cuenta que aprendía en cada momento, el equipo humano: Médicos, técnicos, residentes, asistentes por hacer mis días más llevaderos.

A DIOS, por regalarme esta maravillosa vida.

OPINIÓN DEL TUTOR

Durante el último siglo, la reconstrucción de la mama postmastectomía, se ha convertido en una parte importante del tratamiento de las pacientes con cáncer. La reconstrucción de mama inicialmente fue realizada para reducir las complicaciones de la mastectomía y disminuir las deformidades de la pared torácica. Hoy en día, se sabe que la reconstrucción puede también mejorar el bienestar psicosocial y calidad de vida de las pacientes.

La Doctora Frech Alvarez, demuestra en sus resultados, como la reconstrucción de mama ha sido beneficiosa en pacientes postmastectomía, y han mejorado su autoestima, ya que cuando la pérdida de una mama es el resultado del tratamiento local del cáncer mamario, la mujer puede no solo enfrentarse con la realidad del pronóstico del tumor, sino también con el resultado de la deformidad causada por la mastectomía. Un defecto de mastectomía no reconstruido o una reconstrucción con pobres resultados estéticos, sirve como recordatorio constante de un diagnóstico de cáncer.

A pesar que en otros países la cirugía conservadora de piel, con técnicas oncoplásticas de reconstrucción de mama inmediata, tienen un mejor resultado estético y de bienestar emocional en la paciente, en nuestro país, Nicaragua, la mastectomía radical modificada sigue siendo una modalidad frecuente de tratamiento, en donde la reconstrucción de mama se llega a diferir hasta cumplido el tratamiento de coadyuvancia, y en su gran mayoría por desinformación, los procedimientos de reconstrucción mamaria son relegados.

Felicitemos a la Doctora Georgina Frech, por haber desarrollado este trabajo de investigación, utilizando indicadores de satisfacción posterior a la reconstrucción le da mayor validez a los resultados vertidos en su manuscrito, mostrando como la reconstrucción mamaria juega un papel importante en el tratamiento de la paciente.

Dr. Mauricio Mendieta Espinosa

Cirugía Plástica y Recons

RESUMEN

Se llevó a cabo un estudio con el propósito de comparar la calidad de vida entre mujeres mastectomizadas con posterior reconstrucción mamaria y mujeres con mastectomía sin reconstrucción, que fueron atendidas en el Hospital Militar “Alejandro Dávila Bolaños entre el 2012 y el 2014”. La medición de la calidad de vida se hizo a través de la aplicación del cuestionario Q-de-pecho en 12 mujeres con reconstrucción mamaria y 24 mujeres solo mastectomizadas. Este cuestionario mide la calidad de vida en los subdominios de bienestar sicosocial, sexual, físico y de satisfacción. De forma global, las mujeres con cáncer de mama mastectomizada con reconstrucción mamaria reportan mejor calidad de vida y mayor satisfacción en comparación con las mujeres en las que solo se realizó mastectomía. Los subdominios con mayor puntaje fueron el de bienestar sico-social y bienestar físico. En los dos grupos en estudio se observaron índices bajos en el subdominio de bienestar sexual, sugiriendo que el impacto de la reconstrucción mamaria sobre el componente sexual no fue significativo, al menos hasta el momento de realización del estudio. Ninguna de las variables clínicas evaluadas en este estudio se asoció de forma significativa con el índice global de calidad. No hubo diferencias en cuanto a la presencia de Comorbilidades, el estadio clínico, ni el tratamiento adyuvante recibido. Es decir que la diferencia observada entre los grupos de estudios se explica únicamente por la realización o no de reconstrucción mamaria en las mujeres mastectomizadas. En este estudio únicamente el estado civil, el estatus de trabajo actual y la auto percepción sobre la situación económica personal, mostraron asociación con el índice calidad de vida. En los grupos en estudio las mujeres que no tienen pareja estable, que no están trabajando y que se perciben con situación económica regular o mala, presentaron puntajes significativamente menores del índice global de calidad de vida.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad el cáncer de representa un serio problema de salud pública. Es el tipo de cáncer más frecuente entre las mujeres y el segundo cáncer más común en el mundo. En Nicaragua el cáncer de mama representa el segundo tipo más frecuente en las mujeres y la segunda causa de muerte en las mujeres entre 40 y 44 años de edad.

El cáncer de mama, requiere un tratamiento multidisciplinario, en el cual la cirugía sigue teniendo un peso específico importante y responde a una evaluación amplia tanto de las características del tumor como del paciente. Como parte del abordaje quirúrgico, la mastectomía es practicada (en sus diversas formas) entre el 20 al 40% de los casos de cáncer de mama.

Ahora bien, La mastectomía altera en forma drástica la anatomía en la mujer, se pierden la capacidad de lactancia y sensibilidad cutánea, y se produce una deformidad estética que afecta en forma importante la autoimagen corporal. Este impacto psicológico, con frecuencia produce ansiedad, síntomas depresivos y en ocasiones, trastornos en la función sexual y en la relación de pareja. En este contexto la reconstrucción mamaria representa un procedimiento quirúrgico para revertir la deformidad causada por la mastectomía, siendo su principal objetivo la restitución de la imagen corporal y del bienestar psicológico de las pacientes postmastectomía. La reconstrucción mamaria tras mastectomía ha experimentado un cambio muy grande en los últimos 25 años, pasando de ser una técnica que rara vez se practicaba a ser una cirugía muy frecuente en la actualidad con resultados estéticos satisfactorios, según lo publicado por diversos autores. Los grandes problemas emocionales que sufren las pacientes mastectomizadas y la deformidad ocasionada por la pérdida de la mama han sido fundamentales para impulsar todas las técnicas existentes de reconstrucción mamaria.

Numerosas investigaciones han afirmado que las pacientes reconstruidas muestran un elevado nivel de satisfacción con el resultado de la intervención y

mejor calidad de vida. Estas mejorías se han comprobado incluso a lo largo del tiempo. Sin embargo otros autores han afirmado que aspectos tales como la calidad de vida, la imagen corporal o el nivel de ansiedad y depresión, no se han diferenciado con reconstrucción tras mastectomía o en aquellas pacientes mastectomizadas no reconstruidas. Más aún, algunos autores reportan que las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria muestran mayores alteraciones del estado de ánimo junto a un menor sentimiento de bienestar.

En nuestro país la información es limitada, y a la fecha no se conoce si realmente hay impacto positivo o no sobre la calidad de vida tras la reconstrucción mamaria en mujeres mastectomizadas. En nuestro hospital existe una clara conciencia de que es de vital importancia que el seguimiento de este tipo de pacientes sea integral evaluando tanto los aspectos relacionados con la sobrevida como los cambios que se producen en la salud y en la calidad de vida de la mujeres. A través del presente estudio pretendemos determinar si existen diferencias en cuanto a la calidad de vida entre mujeres mastectomizada con posterior reconstrucción mamaria y mujeres con mastectomía sin reconstrucción, que fueron atendidas en el Hospital Militar “Alejandro Dávila Bolaños entre el 2012 y el 2015.

Generalidades del cáncer de mama

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres a nivel mundial. De acuerdo con las cifras de la IARC, se calculó en el 2012 un total de 1.671.149 casos nuevos en todo el mundo. Esta cifra corresponde al 25,1% de todos los casos de cáncer, excluyendo los casos de cáncer de piel no melanoma, con una mortalidad de 521.907 (14,75%), y para América la incidencia es de 408.281 (28,6%), con una mortalidad de 92.058 (14,9%).(Ferlay et al., 2013)

El cáncer de mama consiste en un crecimiento anormal y desordenado de las células de este tejido formando un tumor. Los tumores pueden ser benignos o malignos; la diferencia estriba en que los primeros están formados por células de aspecto normal, y carecen de la capacidad de invadir tejidos circundantes y difundirse a otras partes del cuerpo; en cambio los tumores malignos están conformados por células de aspecto anormal, capaces de invadir tejidos cercanos y difundirse a otras partes del cuerpo.(Herrera Gómez & Granados García, 2013)

Es importante mencionar que no todos los casos de cáncer de mama son iguales, se diferencian tanto por las células anormales que les dieron origen como por la ubicación dentro del seno, sin embargo una de las diferencias más importantes que se debe detectar a tiempo, es el estadio en el que se encuentra, es decir, se debe describir cuál es su tamaño y si existen o no células cancerosas en los ganglios linfáticos y otros sitios del cuerpo.(Herrera Gómez & Granados García, 2013)

Aún no se conoce cuáles son las causas por las que se origina el cáncer mamario, sin embargo, se sabe que es un problema multifactorial, en el caso de este tipo de cáncer hay algo que parece cierto y es que el estrógeno desempeña una función importante en la aparición de este cáncer al inducir el crecimiento de las células

mamarias, lo que aumenta el potencial de errores genéticos y por lo tanto, la aparición del cáncer.

Otros factores que se han relacionado con la aparición del cáncer de mama son presentados en la tabla 19.

Por otro lado, Austrich y González (2007)⁷ refieren los factores de riesgo que están relacionados con los estilos de vida de las personas, entre los más frecuentes encontramos los expuestos en la tabla 2.

Es importante remarcar que todos estos factores potencializan la aparición del cáncer, más no son las causas directas que lo generan.

Con respecto al tratamiento del cáncer de mama, la American Cancer Society y National Comprehensive Network (2007)¹⁰, mencionan que el tratamiento al que se somete cada mujer es diferente y esto va a depender del avance de la enfermedad, las principales formas de tratamiento conocidas son:

- La radioterapia: es la aplicación de energía producida por un aparato de rayos X que ataca directamente a las células malignas.
- La quimioterapia: se basa en el uso de medicamentos que destruyen las células malignas que podrían reproducirse y formar otro cáncer.
- Los tratamientos hormonales: consiguen que las células cancerosas no puedan reproducirse más, este tratamiento al igual que la quimioterapia es en forma de medicamentos.
- La cirugía: se ofrece como primera opción para aquellas mujeres que presentan tumores pequeños, sin embargo también es una opción de tratamiento adyuvante.

En especial, de los tratamientos mencionados anteriormente, la cirugía impacta fuertemente en la estructura física y funcional de las mujeres, sobre todo cuando

se trata de una mastectomía radical, pues resulta ser una intervención que visualmente no es agradable.

Mastectomía

La cirugía, es considerada como un procedimiento estándar en el tratamiento del cáncer de mama, es indicada para la enfermedad multicéntrica y algunos carcinomas ductales in situ (11).

Siguiendo esta misma línea, la mastectomía consiste en la extirpación de la mama, gran parte de piel de la pared torácica y nódulos (12). Se puede hablar de una mastectomía uni o bilateral, cuya secuela física inmediata y permanente en muchos casos es una mutilación (6). Dicha mutilación, desemboca diferente conflictos, ya que culturalmente los senos son concebidos como símbolo de mujer, femineidad y capacidad reproductora, entre otros (13); sin embargo, por medio de relatos de pacientes mastectomizadas, Pires y Norbe (2003) (14) encontraron que los senos también expresan erotismo, sensualidad y sexualidad.

Esta concepción es valorada por las mujeres de manera significativa, es por eso que ante la pérdida de un seno, las consecuencias a nivel psicológico repercuten de manera drástica en la autoimagen, puesto que física y visualmente constituye una deformidad importante sobre el cuerpo de la mujer y se ha comprobado que mientras una paciente presente mayor deformidad y disfunción, la probabilidad de que desarrolle un mayor número de problemas psicológicos y sociales es alta (15). Además de que la manera en la cual las pacientes enfrenten dicho impacto va a ser mediado por lo que hagan o dejen hacer con respecto a su salud. Es por eso, que el comportamiento humano es parte esencial en la calidad de vida ya sea en la salud como en la enfermedad (16).

El término de comportamiento humano incluye emociones, cogniciones y conductas y son estas 3 esferas las que se ven afectadas de manera drástica, tal como se ejemplifica a continuación.

Impacto de la mastectomía en la vida de las mujeres

A nivel emocional

Sánchez Sosa (2002)¹⁶ plantea que las emociones, pueden ser vistas de 2 maneras. La primera, "son la expresión interpersonal o social de las emociones y sentimientos, tales como el miedo, rabia, placer, tristeza, etc."

La segunda, "las emociones también involucran reacciones psicofisiológicas, por ejemplo el miedo y la ansiedad son asociados con el incremento de la tasa cardiaca, presión arterial sistólica, circulación sanguínea en músculos o decremento de la irrigación sanguínea en la piel".

De lo anterior, se puede observar el impacto que causa la mastectomía sobre la mujer, produciendo diferentes emociones, y la intensidad con la que se presenten éstas, va a estar mediada por los estilos de afrontamiento con los que se cuenten.

Diferentes autores han recopilado datos de las emociones que más se presentan como consecuencia de la mastectomía. Por su parte, Amayra, Exteberria y Valdosedá (2001)¹⁷ mencionan que ante la mastectomía se producen sentimientos de pérdida, mutilación y desvalorización de la imagen corporal, entre otros.

La pérdida de un seno, también está asociada a diversas emociones, como frustración, tristeza, enojo, etc. Sin embargo, diversos autores Fernández, 2004¹⁵; Gil y Costa, 2005¹⁸; Deanna, 2004¹⁹ y lentz, 2005²⁰ coinciden en que las pacientes mastectomizadas presentan con mayor regularidad trastornos de ansiedad y depresión.

En un estudio realizado por Engel, Kerr, schlesinger, sauer y Hölzel durante el 2004²¹, se encontró que las mujeres después de la cirugía reportan haber experimentado síntomas depresivos y estos se correlacionaron con el estrés, pues existían percepciones del cáncer como un evento estresante con pensamientos intrusivos y eventos estresantes como el nivel socioeconómico.

Otro aspecto importante, mencionado en el estudio de Engel et al.²¹ es en el aspecto emocional, pues es conveniente considerar que la edad es un factor determinante, pues se ha visto que las pacientes jóvenes se preocupan más por las cuestiones financieras y sobre su salud en el futuro, también tienden a tensarse y deprimirse con mayor frecuencia.

Con base en la literatura, se puede plantear que la cirugía no es la única causa de todas las emociones que experimenta una paciente, también existen otras circunstancias en la vida de las personas como los problemas económicos, pérdidas recientes (como un ser querido, un divorcio, etc.), las cuales favorecen la presencia de otras emociones y las ya existentes se intensifiquen.

En este sentido, se puede deducir, aquellas mujeres que poseen altos niveles de autoestima, apoyo social y mejores estilos de afrontamiento, tendrán un mayor bienestar psicológico, según García y González (2007)²².

A nivel cognitivo

Las cogniciones, mejor conocidas como creencias, ideas y pensamientos, son otro componente psicológico a considerar; éstas regulan las emociones y por ende las conductas. Según (Ellis, 1975)²³ las cogniciones son la interpretación de la realidad, inferencias o evaluaciones que se hacen las personas sobre sí mismos, sobre los demás y el mundo que los rodea.

Es importante aclarar, el sufrimiento emocional de las pacientes se debe principalmente, no sólo a las circunstancias o eventos de la cirugía, sino más bien al significado que las personas le atribuyen a estos sucesos, la valoración está mediada por las creencias que cada individuo tiene con respecto a la imagen corporal y de sí mismo; y la intensidad con la que se vivan éstas va a depender de las habilidades de afrontamiento y características de personalidad de cada paciente¹⁵.

Si las cogniciones son irracionales, es decir, interpretaciones poco funcionales, ilógicas, poco empíricas, inconsistentes con la realidad empírica, dificultan la

obtención de las metas establecidas por el individuo Ellis (2002)²³, en el caso de la salud pueden llegar a afectar las oportunidades de mantener un estado físico saludable, así como también llegan a producir emociones poco funcionales para las pacientes.

Una de las distorsiones cognitivas que presentan estas pacientes, se da principalmente por la atención selectiva que se tiene sobre la zona afectada (seno o senos mutilados), la alteración de la simetría corporal es entendida por la mayoría de las pacientes como una deformidad" según rojas (2006)²⁴, de igual manera, suelen magnificar el tamaño de las cicatrices, y esto a su vez, provoca creencias disfuncionales relacionadas con la pérdida del atractivo personal, de su valor como persona y de la identidad sexual¹⁵.

Flórez (1994)²⁵, Die T y Die G (2003)²⁶, señalan que el pensarse deformada impide en muchas ocasiones mantener relaciones sociales adecuadas (la mujer evita determinadas situaciones, como la interacción con otras personas) y puede producir un estado de alerta continuo acerca del propio aspecto, aún cuando la deformidad no sea obvia para los demás

También es importante identificar que la percepción del impacto ante la pérdida o deformidad de los senos varía dependiendo de la edad de la paciente, pues se ha visto que la amenaza al autoconcepto de femineidad sería más intensa en las mujeres jóvenes cuyo atractivo y fertilidad está en auge, especialmente en aquellas que son solteras y no disponen de pareja¹⁷.

Aunado a lo anterior, Olivares, Naranjo y Alvarado (2007)²⁷, mencionan que existen mujeres que se consideran más bellas, atractivas y en general mejores personas siempre, cuando tienen unas mamas intactas, sin embargo ante la mutilación se genera un importante deterioro en la autoestima.

Como se puede observar, el aspecto cognitivo hace referencia principalmente a la percepción corporal y a la valoración que se tiene del autoconcepto de mujer; en

otras pacientes es interesante señalar que existen factores (como la edad y el estado civil) que influyen en la magnificación o adaptación de dichas creencias.

A nivel conductual

Las conductas o el comportamiento consisten en toda actividad que "sirve como instrumento para afectar el ambiente (interno o externo) dejando consecuencias relativamente específicas", es decir hace referencia a todo lo que hacemos y decimos¹⁶.

La conducta de un individuo se ve afectada por las emociones, creencias, ideas y pensamientos que se tengan. Las creencias funcionales pueden provocar conductas como la adherencia terapéutica, la adaptación y reconocimiento de la enfermedad, que permiten mejorar el bienestar físico y psicológico; o de manera contraria, las creencias irracionales pueden generar conductas desadaptativas, como la inconsistencia al seguir el tratamiento médico, no acudir a las citas, etc. Las cuales conllevan diversas complicaciones físicas y psicológicas¹⁶.

En el caso de las mujeres mastectomizadas se pueden identificar ciertas conductas desadaptativas, tales como las refiere Fernández (2004)¹⁵:

- Comportamientos de evitación de las relaciones sociales y aislamiento: debido a la vergüenza y temor al rechazo por parte de las personas del entorno.
- Evitar mirarse al espejo o mirar directamente la zona afectada: a menudo tienden a magnificar la percepción y tamaño de las cicatrices, así como ver de deformidad en su cuerpo.
- Cambio en el estilo de ropa: sobre todo para ocultar la parte operada.
- Problemas sexuales: dado que los senos tienen un valor cultural importante sobre la sexualidad y la percepción corporal.

Por ejemplo, la aparición del cáncer de mama en una mujer en edad reproductiva que oscila entre los 29 y los 39 años, resulta más difícil, debido a que este periodo se caracteriza por la búsqueda de pareja y la procreación para muchas mujeres se vuelve un tema relevante¹⁰.

Henson, 2002²⁸ plantea que un significativo número de mujeres llegan a experimentar diversas dificultades sexuales, por ejemplo, la disminución en frecuencia de la actividad coital y anorgasmia, ya sea por recibir el diagnóstico de cáncer o por los efectos de los tratamientos oncológicos.

Entonces, la sexualidad se vuelve un tópico difícil de sobrellevar, debido a los cambios en la imagen corporal y las creencias disfuncionales sobre la reproducción en la mujer, lo cual entorpece el disfrute de las relaciones sexuales y la relación de pareja en general.

Gil y Costa (2005)¹⁸, encontraron que la deformidad física altera el establecimiento de relaciones íntimas, sobre todo en mujeres jóvenes sin parejas estables, o en aquellas que mantienen relaciones que ya eran conflictivas.

Además evitan o se sienten evitadas en estas relaciones íntimas¹⁴, y el creer que han dejado de ser sexualmente atractivas, trae como consecuencia que "no vuelvan a ser capaces de sentir ni dar placer, e incluso su capacidad de amar y ser amadas está mermada definitivamente". Rojas (2006)²⁴ es por eso que la aparición de trastornos sexuales y los conflictos maritales se dan de manera regular.

De las mujeres mayores, se piensa que en el aspecto sexual, el impacto de la mastectomía pudiera ser "menor", dado que en diversas ocasiones, las relaciones íntimas han disminuido o desaparecen, tal vez porque ya no tienen una pareja.

Sin embargo, de acuerdo con un estudio realizado por Mandelblatt, Figueiredo y Cullen²⁹ en el 2003, se encontró que 15.1% mujeres de su muestra habían sido sexualmente activas antes de padecer cáncer, y posterior al diagnóstico

reconocían un impacto negativo sobre sus intereses sexuales. La mayoría de las problemáticas sexuales relacionadas al cáncer, suelen tener un origen psicológico, puesto que "la cirugía *per se* no debe producir alteraciones en el deseo sexual, ni reducir su capacidad para lubricar, tener sensaciones genitales placenteras o alcanzar un orgasmo" según Die Trill (2006)³⁰, más bien la depresión y la ansiedad que experimentan estas mujeres repercuten en su actividad sexual, así como también los efectos colaterales de la quimioterapia y hormonoterapia²⁸.

De aquí la importancia de trabajar estos aspectos psicológicos, para mejorar las relaciones de pareja y para impedir la aparición de otros trastornos que afecten la calidad de vida de las pacientes.

Concepto y medición de la calidad de vida (CV) relacionada a la salud

En salud La CV se define como la valoración subjetiva del paciente sobre su bienestar global, tanto en relación a su salud como a las consecuencias de la enfermedad y tratamientos. (URZÚA, 2010)

Se evalúa con cuestionarios que abarcan varias dimensiones: funcionamiento social, físico, de rol, psicológico y sintomatología frecuente. Generalmente son auto-administrados, constituyéndose un indicador desde la subjetividad del paciente. Aplicados de forma seriada, permiten observar la evolución de la CV. La medición de CV ha recibido múltiples cuestionamientos y tiene limitaciones. Por ejemplo, se sabe que los pacientes más graves son menos asequibles a las evaluaciones, lo cual constituye un sesgo en los resultados. La influencia de la tonalidad afectiva y de los juicios cognitivos en la autovaloración de la CV, constituye otro sesgo (Gill & Feinstein, 1994; González Pérez, 2002; Tiesca Molina, 2012). No obstante, se concuerda que sus ventajas son mayores que sus desventajas. (Arraras, Martínez, Manterota, & Laínez, 2004; Perry, Kowalski, & Chang, 2007)

Usos clínicos de la medición de CV

Los estudios de CV se aplican a diversas áreas: análisis económicos, evaluación de ensayos clínicos, comparación de tratamientos o seguimiento de pacientes, etc. En la práctica clínica se busca principalmente contribuir a mejorar las intervenciones (Arraras et al., 2004; Gill & Feinstein, 1994). Permiten, por ejemplo, detectar alteraciones no pesquiasadas habitualmente en un control de rutina, como problemas emocionales o cansancio crónico (Arraras et al., 2004; Detmar, Muller, Schornagel, Wever, & Aaronson, 2002; Montazeri, 2009; Perry et al., 2007). Se ha demostrado que al abarcar más áreas, el paciente se siente mejor evaluado lo cual permite optimizar la relación médico-paciente y la atención médica (Detmar et al., 2002). Finalmente, algunos estudios han demostrado que la CV en cáncer es un factor pronóstico que influye en la supervivencia (Montazeri, 2008, 2009). Por ello, la Sociedad Americana de Oncología Clínica determinó que la CV es un parámetro de importancia para medir la eficacia de un tratamiento, sólo superado por la supervivencia (Oncology, 1996).

La evaluación de calidad de vida del paciente oncológico

La evaluación de los tratamientos del cáncer se ha centrado históricamente en medidas de tipo biomédico, como la respuesta al tumor, el intervalo libre de enfermedad o la supervivencia. A partir de los años 90 aumentó el interés por ir más allá de esos parámetros y evaluar más formalmente el impacto de la enfermedad y los tratamientos en la Calidad de Vida (CV) (N. K. Aaronson et al., 1993).

Porzsolt et al. (Porzsolt et al., 1996) creen que, entre otras razones, se ha dado una importancia especial a la CV desde que la reunión de los Institutos Nacionales de Cáncer recomendó que los recursos económicos se dieran en relación a tres variables: la supervivencia, la morbilidad y la CV. Este interés también aumentó en otras enfermedades crónicas, como las cardiovasculares, infecciosas o las mentales.

Existen diferentes definiciones del término Calidad de Vida. Aaronson(N. Aaronson, 1993) plantea que la definición de la Salud de la OMS como bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad es una base adecuada para definir la CV, y que en el campo de la Oncología se deben incluir los efectos de la enfermedad y los tratamientos.

Podemos entender que en la actualidad hay un consenso sobre las características de la CV que se consideran importantes: la subjetividad de la evaluación, la multidimensionalidad, la temporalidad y la relación con el estado de salud. En los primeros estudios, la CV se evaluaba con escalas que medían áreas individuales, como el performance status (nivel de funcionamiento general) o el bienestar. Hoy hay un acuerdo en que la CV es un concepto multidimensional(Fayers & Machin, 2013).

Osoba(Osoba, 1994) considera que instrumentos unidimensionales, como los que miden estado de ánimo, síntomas u otras áreas, y que se tienden a utilizar como indicadores de la CV global, no deberían recibir esa etiqueta.

No hay en la actualidad un consenso sobre las dimensiones que componen la CV, pero si un cierto acuerdo en que debería incluir las áreas de la Salud que se ven afectadas por la enfermedad y los tratamientos: los componentes de síntomas y efectos secundarios tanto de la enfermedad como de los tratamientos, el funcionamiento físico entendido como la capacidad de realizar diferentes tareas, el funcionamiento psicológico, en especial el estado de ánimo, y el funcionamiento social, que se refiere a la interacción con las otras personas de la Comunidad(Niezdoda & Pater, 1993; Selby, 1993).

En los primeros estudios, eran los profesionales quienes evaluaban la situación del paciente, a través de una medición de su actuación o de una valoración general de su CV. Hoy en día existe un acuerdo entre los profesionales en que debe ser el paciente quien mida su Calidad de Vida(N. Aaronson, 1993; Hletanen, 1996; Osoba, 1994). La CV es un fenómeno subjetivo, por lo que es el paciente

quien mejor puede medirla. Las percepciones del paciente de su enfermedad y de su situación son en general variables, y los factores psicológicos pueden influir en la valoración de su CV. Kaasa(Kaasa, 1995) apoya la visión de que debe ser el paciente quien realice la valoración ya que ve que las observaciones de otras personas pueden estar influenciadas por supropia escala de valores y la situación de su vida, que puede ser muy diferente a la del paciente. Además cree que la valoración de la CV es temporal y puede variar alo largo de la enfermedad. Aaronson(N. Aaronson, 1993) considera que hay situaciones, tales comocuando el paciente no puede comunicarse o cuando se estudia, también, el impacto del cáncer en el sistema familiar, en las cuales, las valoraciones de las personas cercanas pueden ser de gran ayuda. Esta es un área importante de investigación en la actualidad. Fayers y Machin(Fayers & Machin, 2013) comentan que en muchos estudios se dan diferencias entre las respuestas dadas por los pacientes y las obtenidas de los profesionales o familiares. En algunas situaciones, los observadores pueden sobreestimar la valoración de los pacientes, y en otras subestimarlos.

En este sentido, es frecuente encontrar evaluaciones altas de CV en sujetos con enfermedad avanzada que han encontrado una estabilización en sus síntomas y que tienen una buena adaptación a la enfermedad.

Un aspecto importante para poder llevar a cabo las evaluaciones de la CV es el poder contar con instrumentos de medida estandarizados, que tengan un buen funcionamiento psicométrico, y que sean aceptados ampliamente. Por otro lado, la investigación en oncología se va dirigiendo progresivamente hacia una cooperación internacional más cercana que permita un intercambio rápido de información, minimizar esfuerzos y acelerar la inclusión de pacientes en ensayos clínicos(N. K. Aaronson et al., 1993). Por ello es importante poder contar con instrumentos de medición de CV válidos para su uso en estudios transculturales y, lo que es más conveniente, que en su construcción se hayan tenido en cuenta características de diferentes países.

La medición de la CV en los pacientes oncológicos comenzó en centros de investigación en los que se realizaban estudios sobre un tumor específico. Hoy en día, los estudios de CV se llevan a cabo en muy diferentes campos, como la práctica clínica, la evaluación de tratamientos o los análisis económicos. En todos esos campos, la CV es reconocida como uno de las variables más importantes de los estudios y es, en países como Canadá, obligatoria cuando se llevan a cabo ensayos clínicos. La función principal de la valoración de la CV en el cáncer es la de contribuir a ofrecer intervenciones mejores a los pacientes.

Calidad de vida en cáncer de mama

Se han publicado numerosos estudios en CV en pacientes con cáncer de mama. Montazeri refiere que los temas más estudiados han sido: Evaluaciones de los abordajes quirúrgicos o tratamientos sistémicos (quimioterapias, hormonoterapias), CV como predictor de supervivencia, trastornos emocionales, apoyo paliativo y funcionamiento sexual (Montazeri, 2008, 2009). Lemieux revisa 190 ensayos clínicos con distribución aleatoria en pacientes de Cáncer de mama e indica que hallazgos en CV influenciaron decisiones clínicas en 63,2% de 87 intervenciones no biomédicas, principalmente psicosociales o de control de síntomas, y en 30,1% de 103 intervenciones biomédicas. Refiere que la información reportada en las publicaciones respecto a la elaboración y validez de los instrumentos de CV debe ser mejorada (Lemieux, Goodwin, Bordeleau, Lauzier, & Théberge, 2011). Existen múltiples instrumentos para medir CV en pacientes oncológicos, generales y específicos. En Cáncer de mama destacan dos: La EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) con el módulo BR23 y el sistema de evaluación de la FACIT (Functional Assessment of Chronic Illness Therapy) con el instrumento FACT-B. Cuentan respectivamente, con un instrumento base, el C30 y el FACT-G. (Chopra & Kamal, 2012; Montazeri, 2008, 2009)

ANTECEDENTES

Esta sección está dividida en dos sub-secciones. En una primera parte se resumen los hallazgos publicados por una serie de estudios publicados en lo largo de los últimos 15 años sobre el impacto sobre la calidad de vida de la reconstrucción mamaria posterior a mastectomía en mujeres con cáncer de mama. En una segunda sección se resumen los hallazgos de los dos estudios que a juicio de la autora son los que presentan mayor grado de comparabilidad con nuestro estudio.

Hallazgos de estudios publicados en los últimos 15 años

Numerosas investigaciones han afirmado que las pacientes reconstruidas muestran un elevado nivel de satisfacción con el resultado de la intervención (Alderman, Wilkins, Lowery, Kim & Davis, 2000; Contant, Van Wersch, Wiggers, Tjong & Van Geel, 2000; Elder et al., 2005), siendo mayor que el manifestado por las mujeres mastectomizadas (Janni et al., 2001; Nicholson, Leinster & Sassoon, 2007).

Diversos autores han señalado que las mujeres sometidas a una reconstrucción mamaria manifestaban un mayor nivel de autoestima y un menor deterioro en la imagen corporal que las mujeres mastectomizadas sin reconstrucción (Al-Ghazal, Fallowfield & Blamey, 2000). Estas mejorías se han comprobado incluso a lo largo del tiempo, hallando incrementos significativos en la imagen corporal y en el bienestar emocional de las pacientes (Arora et al., 2001), manteniendo un buen nivel de calidad de vida, de adaptación social y de funcionamiento sexual, transcurrido un año (Rubino, Figus, Loretto & Sechi, 2007), e incluso dos años después de la reconstrucción mamaria (Atisha et al., 2008).

Sin embargo otros investigadores han tenido resultados diferentes, afirmando que aspectos tales como la calidad de vida (Nicholson et al., 2007; Nissen et al., 2001), la imagen corporal (Nissen et al., 2001) o el nivel de ansiedad y depresión (Nicholson et al., 2007), no se han diferenciado en mujeres con cirugía

conservadora, con reconstrucción tras mastectomía en aquellas pacientes mastectomizadas no reconstruidas. Más aún, las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria mostraban mayores alteraciones del estado de ánimo junto a un menor sentimiento de bienestar (Nissen et al., 2001). En este sentido, otros investigadores (Millar, Purushotham, McLatchie, George & Murray, 2005) compararon pacientes sometidas a cirugía conservadora con pacientes mastectomizadas, sin determinar diferencias significativas en el nivel de malestar psicológico en ambos grupos.

En esta sección se evidencia que existe resultados variables a lo largo de los años, con diferencias que pudiesen ser explicadas por factores tales como las características propias de las pacientes estudiadas, las características del tumor y la evolución de la enfermedad, presencia de comorbilidades, estado de la salud mental previo al diagnóstico de la enfermedad, técnica quirúrgica, tratamientos adicionales, área y período de estudio (que a su vez representa el desarrollo tecnológico y la experticia de los equipos médicos), entre otros muchos factores. Los hallazgos de dichos estudios parecieran indicar resultados contradictorios, pero por otro lado las diferencias observadas entre los diversos estudios podrían ser el reflejo de las dificultades para establecer comparaciones válidas y por ende habría gran dificultad para derivar conclusiones consistentes a partir de dichos estudios.

Estudios comparables con nuestro estudio

Después de realizar una extensa búsqueda en las bases de datos PubMed y Scholar, se encontraron dos estudios comparables a nuestro estudio. Estos dos estudios comparan los cambios que se producen en la salud y en la calidad de vida de las mujeres que han sido sometidas a mastectomía frente a las mujeres que han sido sometidas a mastectomía con reconstrucción mamaria.

Furlan y cols. (2013), llevaron a cabo un estudio en Brasil de carácter descriptivo transversal que tuvo por objetivo comparar el impacto que provoca la mastectomía y la mastectomía con reconstrucción mamaria en la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Los autores compararon dos grupos. El primer grupo estuvo conformado por 11 mujeres que se sometieron a la mastectomía y el segundo grupo estuvo conformado por 11 mujeres que se sometieron a mastectomía con reconstrucción mamaria. En ambos grupos la edad de las mujeres fue igual o superior a 30 años. Entre los hallazgos principales los autores encontraron que la autoestima de los pacientes que se sometieron a la mastectomía era peor frente a los que se sometieron a la mastectomía con reconstrucción. Entre los dos grupos no se apreciaron diferencias significativas respecto a la función física, desempeño del rol, función cognitiva y función social; aunque las puntuaciones eran más bajas para el grupo 1. Sin embargo respecto a la función emocional si se hallaron diferencias, el grupo 1 presentaba una peor función emocional. Los síntomas más comunes fueron la fatiga, las náuseas, los vómitos, el dolor, la disnea, el insomnio, la pérdida de apetito, el estreñimiento y la diarrea. Entre ambos grupos no se encontraron diferencias significativas.

Eltahir y cols. (2014) publicaron un estudio cuyo objetivo fue comparar el impacto que provoca la mastectomía y la mastectomía con reconstrucción mamaria en la calidad de vida de mujeres procedentes de los Países Bajos de Holanda. Los autores compararon dos grupos. El grupo 1 estuvo conformado por mujeres que se sometieron a la mastectomía (n=45) y el grupo 2 por mujeres que se sometieron a mastectomía con reconstrucción mamaria (n=92). En ambos grupos la edad de las mujeres tenía que ser superior a 18 años. Los autores observaron que las mujeres del grupo 2 presentaron una mayor satisfacción con su aspecto físico y con su estado psicológico. Por otro lado también presentaron un mejor funcionamiento físico, ya que experimentaron menos dolor y limitaciones. Finalmente este grupo presentó un mayor bienestar y una mayor satisfacción sexual.

Ambos estudios utilizan instrumentos diferentes para evaluar la calidad de vida, por un lado en el primer estudio se aplicó el cuestionario EORTC QLQ-C30 y los cuestionarios Visuales de escala analógica (VAS) y en el segundo estudio se aplicó el cuestionario RAND 36 y el Q DE PECHO. Sin embargo a pesar de que se aplicaron diferentes cuestionarios se puede constatar que la calidad de vida de las mujeres sometidas a mastectomía se ve disminuida frente a la calidad de vida de las mujeres que se han realizado la reconstrucción de la mama. Estas últimas presentan una mayor autoestima, bienestar y satisfacción sexual, un mejor estado físico, psicológico y emocional frente a las mujeres mastectomizadas. Respecto los síntomas, en ambos grupos los más comunes fueron la fatiga, las náuseas, los vómitos, el dolor, la disnea, el insomnio, la pérdida de apetito, el estreñimiento y la diarrea. Al comprar la frecuencia de dichos síntomas no se encontraron diferencias significativas entre los grupos de comparación en ambos estudios.

PLATEAMIENTO DEL PROBLEMA

A pesar de el volumen importante de pacientes con cáncer de mama que se atienden en el Hospital Militar, no existen estudios previos a cerca de la calidad de vida pre y postoperatoria en este tipo de patología, ni tampoco estudios comparativos en pacientes reconstruidas y no reconstruidas posterior a una mastectomia radical modificada por cáncer, por lo que consideramos necesario evaluar el impacto de este procedimiento en la calidad de vida de las pacientes y es por eso que nos planteamos la siguiente pregunta de investigación: ¿Existen diferencias significativas en cuanto a la calidad de vida posterior al tratamiento, entre mujeres con cáncer de mama mastectomizada con reconstrucción mamaria y mujeres en las que solo se realizó mastectomía?

JUSTIFICACIÓN

El cáncer de mama es la principal neoplasia maligna en mujeres y la primera causa de muerte por neoplasia en la mujer en el ámbito mundial, con cerca de 500,000 muertes cada año. Para el 2011 se reportaron en Nicaragua 1641 muertes por cáncer de cualquier tipo, de estas el 11% corresponde a cáncer de mama. En Nicaragua la tasa de letalidad es de 23 de cada 100 mujeres diagnosticadas con esta enfermedad.

En Nicaragua, al igual que en muchos países del mundo, a lo largo de los años el enfoque del manejo del cáncer de mama se ha basado solo en el tratamiento, poniendo poco énfasis en muchas ocasiones en el aspecto psicológico de la enfermedad.

Los objetivos del tratamiento en cualquier tipo de cáncer es mejorar la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes oncológicos. En este sentido, recientemente agencias internacionales, grupos de investigación e incluso el Ministerio de Salud de nuestro país han reconocido la importancia de integrar la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud durante el seguimiento de los casos de mujeres con cáncer de mama (durante y después del tratamiento). Se ha comprendido que es necesario entender no solo las repercusiones físicas, sino también los cambios relacionados con el comportamiento y el estado de ánimo. Es decir que se debe tener una clara idea del estado funcional de las pacientes tomando en cuenta los distintos componentes de la salud física, mental y social.

OBJETIVOS

Objetivo general

Conocer si existen diferencias significativas con relación a la calidad de vida posterior al tratamiento, entre mujeres con cáncer de mama mastectomizada con reconstrucción mamaria y mujeres en las que solo se realizó mastectomía, atendidas en el Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños durante el 2013 y el 2014.

Objetivos específicos

1. Describir las características demográficas de las mujeres en estudio.
2. Comparar el índice global de calidad de vida entre mujeres con cáncer de mama mastectomizada con reconstrucción mamaria y mujeres en las que solo se realizó mastectomía.
3. Determinar si existen diferencias significativas en cuanto al índice de calidad de vida según subdominio específico (bienestar sicosocial, sexual, físico y de satisfacción) entre los grupos en estudios.
4. Identificar la influencia de factores relacionados con las características sociodemográficas y clínicas relevantes, sobre el índice global de calidad de vida estimado en las mujeres en

Tipo de estudio

Se llevo a cabo un estudio observacional, analítico, retrospectivo, transversal.

(También conocido como transversal –analítico).

Área de estudio

Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños. El período de estudio corresponde entre los meses de Enero 2012 a Enero del 2015.

Universo

Estuvo conformado por todos los casos de pacientes con cáncer de mama a los que se les realizó mastectomía o mastectomía más reconstrucción mamaria, durante el período de estudio. Según estadísticas hospitalarias en este período se realizaron 79 mastectomías y 12 mastectomías más reconstrucción mamaria.

Muestra

Se llevó a cabo la determinación del tamaño de muestra, es decir el número de pacientes necesarias para dar respuesta a los objetivos del estudio, con el programa: PS Power and Sample Size Calculation, versión 2.1-2007(Copyright © 1997 by William D. Dupont and Walton D. Plummer).

Definición de grupos

- Grupo de referencia: Mujeres con cáncer de mama a los que se les realizó mastectomía
- Grupo de estudio: Mujeres con cáncer de mama a los que se les realizó mastectomía más reconstrucción mamaria.

Previo a la determinación del tamaño mínimo necesario, se establecieron los parámetros requeridos para la aplicación de la fórmula:

La magnitud de la diferencia a detectar (de interés clínicamente relevante)

- Valor aproximado del odds ratio que se desea estimar (w): se decidió un odds mínimo de 2
- La frecuencia de la variable de interés entre los pacientes del grupo de estudio (p1) (determinada en base a la literatura o la experiencia del servicio): 80%
- La frecuencia de la variable de interés entre los pacientes del grupo de referencia (p2) (determinada en base a la literatura o la experiencia del servicio): 30%

b) La seguridad con la que se desea trabajar (α), (riesgo de cometer un error de tipo I): seguridad del 95% ($\alpha = 0,05$).

c) Poder estadístico ($1-\beta$) que se quiere para el estudio (riesgo de cometer un error de tipo II): $\beta = 0,2$, es decir, un poder del 80%.

Con estos datos, y para un planteamiento bilateral, para el cálculo del tamaño muestral se utilizó la siguiente expresión:

$$n = \frac{\left[z_{1-\alpha/2} \sqrt{2p(1-p)} + z_{1-\beta} \sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)} \right]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

donde

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

Y donde $c = m/n$ es el número de controles por cada caso. Así, el número de controles vendría dado por $m = c \times n$. Para este estudio se decidió establecer 2 pacientes del grupo de referencia por cada paciente del grupo de estudio. El tamaño de muestra determinado fue **de 12 en el grupo de estudio y en el grupo de referencia 22 (Total 44)**.

b. Descripción del procedimiento de selección de los individuos (procedimiento de muestreo)

Se realizó un muestreo aleatorio simple para la selección de las pacientes. En cuanto al grupo de estudio se incluyeron todos los casos que se identificaron para dicho grupo, y con respecto al grupo de referencia se seleccionaron de forma aleatoria 44 casos del total identificados para dicho grupo. Para la selección aleatoria del grupo de referencia se utilizó el algoritmo de selección aleatoria probabilística del programa SPSS versión 20.0. En la plantilla del programa se introdujeron los números de expediente de todos los casos seleccionados y a través de la aplicación del algoritmo se seleccionaron 24 casos. En aquellas situaciones en alguna de las pacientes seleccionadas fueron excluidas se realizó sustitución a través de una nueva selección aleatoria del caso correspondiente.

Criterios de selección

Criterios del grupo de estudio

Inclusión

- Paciente con diagnóstico de cáncer de mama candidata a mastectomía radical modificada
- Que la mastectomía radical modificada o la reconstrucción se hayan realizado durante el período de estudio
- Que haya sido atendida en el Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños
- Que al menos tenga un año posterior al último procedimiento quirúrgico.

Exclusión

- Expediente no disponible
- Expediente incompleto

- Que la paciente conteste de forma incompleta los instrumentos de recolección
- Que abandone el estudio

Criterios de selección del grupo de referencia

Inclusión

- Paciente con diagnóstico de cáncer de mama candidata a mastectomía radical modificada
- Que la mastectomía radical modificada o la reconstrucción se hayan realizado durante el período de estudio
- Que haya sido atendida en el Hospital Militar Alejandro Dávila Bolaños
- Que al menos tenga un año posterior al último procedimiento quirúrgico.

Exclusión

- Que la paciente conteste de forma incompleta los instrumentos de recolección
- Que abandone el estudio
- Técnicas y procedimientos para recolectar la información

Para la realización del presente estudio se aplicaron dos técnicas de recolección de la información: 1) Revisión de expedientes; y 2) Llenado de un cuestionario auto-aplicado por la propia paciente.

Revisión del expediente

Para la revisión del expediente se elaboró una ficha estructurada que contiene las siguientes grandes secciones:

1. Sección a: Antecedentes patológicos.
2. Sección b: Características clínicas del cáncer de mama.
3. Sección c: Manejo del cáncer de mama.

4. Sección d: Complicaciones asociadas al cáncer de mama y a los procedimientos quirúrgicos.

Posterior a la selección e identificación de los expedientes a revisar se procedió a solicitar al servicio de estadística los expedientes y se llenaron las fichas por la autora del trabajo.

Llenado de un cuestionario auto-aplicado por la propia paciente.

Una vez seleccionada e identificada todas las pacientes a participar en el estudio se procedió a realizar llamadas telefónicas a las pacientes para invitarlas a participar en el estudio y se les explicaron los objetivos y alcances de la investigación. Posteriormente se realizó una cita al hospital y durante esta visita se les entregó un cuestionario que constó de dos de los siguientes tres módulos independientes: 1) módulo introductorio; 2) Módulo de mastectomía (postoperatorio); y 2) Módulo de reconstrucción (postoperatorio).

Pacientes del grupo de referencia llenaron un cuestionario con los módulos 1 y 2, y las pacientes del grupo de estudio llenaron un cuestionario con los módulos 1 y 3.

Cada paciente llenó el cuestionario de forma privada en un área diseñada para tal actividad.

A continuación se describe la construcción de cada módulo.

Módulo introductorio: está conformado por preguntas relacionadas con las características sociodemográficas de las pacientes en estudio.

Los módulos de mastectomía y reconstrucción mamaria para medición de la calidad de vida son tomados del cuestionario Q- de Pecho (Brast-Q) diseñado y validado por Mapi Research Trust 2012. En este estudio se utiliza la versión en español suministrada a los autores de esta investigación con plena autorización para uso con fines académicos (Diciembre 2015).

Cada módulo está conformado por los siguientes componentes:

- Bienestar sico-sicosocial
- Bienestar físico: Toráx y parte superior del cuerpo
- Bienestar sexual
- Satisfacción con los pechos
- Satisfacción con los cuidados

- Satisfacción con los resultados

Prueba piloto

Previo a la ejecución de la recolección principal se realizó una prueba piloto, donde se investigará una muestra de 5 pacientes. Durante esta prueba piloto se aplicarán los instrumentos de recolección para evaluar su aplicabilidad.

Técnicas de procesamiento y análisis de la información

Creación de base de datos

La información obtenida a través de la aplicación del instrumento fue introducida en una base de datos utilizando el programa SPSS 20.0 versión para Windows (SPSS Inc 2011).

Estadística descriptiva

Las variables categóricas (conocidas como cualitativas): Se describen en términos de frecuencias absolutas (número de casos observados) y frecuencias relativas (porcentajes). Los datos son mostrados en tablas de contingencia. Los datos son ilustrados usando gráficos de barra. Para variables cuantitativas se determinaron media (promedio) y la desviación estándar (DE).

Las variables cuya frecuencia fue cero o bien no se reportaban en los expedientes clínicos fueron omitidas de las tablas y gráficos.

Estadística analítica (inferencial, contraste de hipótesis estadística)

Para explorar la asociación entre dos variables categóricas se utiliza la prueba de Chi-Cuadrado (χ^2). Para explorar la asociación entre una variable dependiente categórica (formada por dos categorías) y una variable dependiente cuantitativa, se usan las pruebas de T de Student.

Se considera que una asociación o diferencia es estadísticamente significativa, cuando el valor de p es <0.05 . Las pruebas estadísticas para contraste de hipótesis se llevaron a cabo a través del programa SPSS 20.0

Para la identificación de los factores asociados se usó el cálculo de OR (Odds Ratio) usando un modelo de regresión logística con el programa SPSS. También se estimaron intervalos de confianza del 95% de cada uno de los OR.

Estrategias para control del sesgo y factores de confusión

Los factores de confusión fueron controlados a través de un análisis multivariado por regresión logística. Este tipo de análisis permitió incluir de forma simultánea todos los potenciales factores de riesgo y el resultado obtenido representó un parámetro ajustado o controlado por la influencia del resto de co-variables.

El sesgo de información fue reducido a través de la estandarización de los procedimientos de llenado de la ficha de recolección de la información. Previo a la recolección se realizó una prueba piloto para validar el instrumento y posteriormente se realizó un entrenamiento con las dos personas que llenaron todas las fichas y revisaron todos los expedientes (las autoras de esta tesis). Las mismas dos personas revisaron todos los expedientes.

Consideraciones éticas

El estudio recibió la autorización del Jefe de Servicio, del Director Médico del Hospital Militar Dávila Bolaños y las autoridades docentes, para su realización y revisión de los expedientes clínicos. Se garantizó la privacidad y confidencialidad suprimiendo el nombre de las pacientes utilizando un código para la identificación del expediente. La información obtenida fue única y exclusivamente para fines de investigación. Por otro lado se solicitó un consentimiento informado por escrito de cada paciente y se le explicó que podían abandonar el estudio en cualquier momento.

RESULTADOS

En el presente estudio se investigaron 24 mujeres en las que solo se realizó mastectomía (grupo 1) y 12 mujeres con en las cuales se realizó mastectomía más reconstrucción mamaria (grupo 2) debido a cáncer de mama, con el propósito de comprar el nivel de calidad de vida medido a través de un instrumento estandarizado conocido como Q-de-pecho (Breast-Q).

La media de edad en las mujeres del grupo 1 fue de 48.7 (DE 10.5) años y la media de edad en las mujeres del grupo 2 fue de 43.3 (DE 6) años. La diferencia observada no significativa (Prueba U de Mann Whithney; $p=0.156$). (Ver cuadro 1).

CUADRO #1: EDAD DE LAS PACIENTES EN EL ESTUDIO

EDAD	GRUPO		TOTAL	p
	MASTECTOMÍA A (n=24)	MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN N (n=24)		
Estadísticos				
N	24	12	36	
Media	48.7	43.3	46.89	
Mediana	49	43	47.50	0.156*
DE	10.5	6	9.477	
Mínimo	34	33	33	
Máximo	78	51	78	
Grupos de edad	n (%)	n (%)		
31-40 años	6 (25)	3 (25)	9 (25)	
41-50 años	8 (33.3)	7 (58.3)	15 (41.7)	0.811**
51-60 años	9 (37.5)	2 (16.7)	11 (30.6)	
60 años o más	1 (4.2)	0 (0)	1 (2.8)	

*Prueba de U de Mann Whitney

**Prueba de Chi Cuadrado

Fuente: Expediente clínico – Confirmado por entrevista

Al comparar las características sociodemográficas de las pacientes en estudio, se observó que en la mujeres del grupo 1 el 83% procedía del área urbana, 58% tenía escolaridad secundaria, aproximadamente el 63% tenía pareja estable, el 71% profesaba la religión católica, el 67% no se encontraba trabajando al momento del estudio, el 38% y el 25% refería que su situación económica era regular y mala, respectivamente.

En la mujeres del grupo 2 el 91.7% procedía del área urbana, 58% tenía escolaridad secundaria, aproximadamente el 58% tenía pareja estable, el 50% profesaba la religión católica, el 67% no se encontraba trabajando al momento del estudio, el 33% y el 25% refería que su situación económica era regular y mala, respectivamente. (Ver cuadro 2).

En este estudio se encontró que no hubo diferencias significativas entre los grupos en estudio en cuanto a procedencia ($p=0.342$), escolaridad ($p=0.111$), estado civil ($p=0.214$), religión ($p=0.153$), estatus de trabajo ($p=0.432$) y auto-percepción de la situación económica (561).

UADRO #2: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LAS PACIENTES EN EL ESTUDIO

		GRUPO						p
		MASTECTOMÍA A		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN N		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Procedencia	Urbano	20	83.3	11	91.7	31	86.1	0.342*
	Rural	4	16.7	1	8.3	5	13.9	
	Primaria	3	12.5	2	16.7	5	13.9	
Escolaridad	Secundaria	14	58.3	7	58.3	21	58.3	0.111*
	Universidad	7	29.2	3	25.0	10	27.8	
	Casada	7	29.2	4	33.3	11	30.6	
Estado civil	Unión estable	8	33.3	3	25.0	11	30.6	0.214*
	Soltera	7	29.2	4	33.3	11	30.6	
	Divorciada	2	8.3	1	8.3	3	8.3	
Religión	Católica	17	70.8	6	50.0	23	63.9	0.153*
	Evangélica	7	29.2	4	33.3	11	30.6	
	Otras	2	8.3	2	16.7	4	11.1	
Trabaja actualmente	SI	8	33.3	3	25.0	11	30.6	0.432*
	NO	16	66.7	8	66.7	24	66.7	
	Muy mala	3	12.5	2	16.7	5	13.9	
Auto-percepción de la situación económica	Mala	6	25.0	3	25.0	9	25.0	0.561*
	Regular	9	37.5	4	33.3	13	36.1	
	Buena	4	16.7	2	16.7	6	16.7	
	Excelente	2	8.3	1	8.3	3	8.3	

*Prueba de Chi-Cuadrado

Fuente: Entrevista

Al comparar la frecuencia de Comorbilidades entre los grupos en estudio, en las mujeres del grupo 1 el 25% tenía HTA, el 12.5% diabetes tipo 2 y el 8.3% presentaba algún tipo de endocrinopatía. En las mujeres del grupo 2, el 25% tenía HTA, el 8.3% diabetes tipo 2 y el 8.3% presentaba algún tipo de endocrinopatía. (ver cuadro #3)

No se observaron diferencias significativas en cuanto a la frecuencia de Comorbilidades reportadas en las pacientes en estudio. Los valores de p al comparar la frecuencia de cada una de las comorbilidades fueron menores a 0.05. (Ver cuadro #3)

CUADRO #3: Comorbilidades crónicas en las pacientes en estudio

VARIABLES	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=12)		TOTAL (n=36)		p
	n	%	n	%	n	%	
HTA	6	25	3	25	9	25.0	0.921*
DIABETES TIPO 2	3	12.5	1	8.3	4	11.1	0.342*
ENDOCRINOPATÍAS	2	8.3	1	8.3	3	8.3	0.111*
OTROS	2	8.3	2	16.7	4	11.1	0.651*
NINGUNA	11	45.8	5	41.6	18	0.5	0.321*

*Prueba Exacta de Fisher

HTA: Hipertensión arterial crónica

Fuente: Expediente clínico

En cuanto a la frecuencia de la mama afectada en las pacientes en estudio, en ambos grupos predominó la mama izquierda 62% y 75% para el grupo 1 y 2 respectivamente. Esta diferencia observada no fue significativa ($p=0.709$) (Ver cuadro 4)

CUADRO 4: MAMA AFECTADA POR EL CARCINOMA EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO

MAMA AFECTADA	GRUPO				Total		p
	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=12)		n	%	
	n	%	n	%			
DERECHA	9	37.5%	3	25.0%	12	33.3%	0.709*
IZQUIERDA	15	62.5%	9	75.0%	24	66.7%	
Total	24	100.0%	12	100.0%	36	100.0%	

*Prueba Exacta de Fisher

Fuente: Expediente clínico

En cuanto al tipo histológico del cáncer de mama, en las mujeres del grupo 1 el 41% fue carcinoma In Situ y el 37% fue carcinoma ductal infiltrante. Mientras que en el grupo 2 el 50% fue carcinoma ductal infiltrante y el 25% carcinoma In Situ. No se observaron diferencias significativas ($p=0.152$). (Ver cuadro 5)

CUADRO 5: TIPO HISTOLÓGICO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO

TIPO HISTOLOGICO	GRUPO				Total		P
	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCI ÓN (n=12)		n	%	
	n	%	n	%			
Carcinoma In Situ	10	41.7%	3	25.0%	13	36.1%	0.152*
Carcinoma ductal infiltrante	9	37.5%	6	50.0%	15	41.7%	
Carcinoma canicular infiltrante	1	4.2%	0	.0%	1	2.8%	
Carcinoma papilar	1	4.2%	0	.0%	1	2.8%	
Carcinoma de mama - Triple negativo	2	8.3%	0	.0%	2	5.6%	
Carcinoma lobulillar infiltrante	1	4.2%	0	.0%	1	2.8%	
Carcinoma intraductal infiltrante	0	.0%	3	25.0%	3	8.3%	
Total	24	100.0%	12	100.0%	36	100.0%	

*Prueba de Chi-Cuadrado

Fuente: Expediente clínico

Con respecto al estadio clínico, se observó que en el grupo 1 predominaron el estadio IIA con 50% y el estadio IIIB con 37.5%. En el grupo 2 predominaron el estadio IIA con el 75% y el estadio IA con el 25%. La diferencia observada no fue significativa, pero se encontraba en el límite de la significancia ($p=0.059$). (ver cuadro #6)

CUADRO 6: ESTADIO CLÍNICO DEL CÁNCER DE MAMA EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO

	GRUPO						p	
	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=24)		Total			
	n	%	n	%	n	%		
ESTADIO CLINICO	IA	2	8.3%	3	25.0%	5	13.9%	0.059*
	IIA	12	50.0%	9	75.0%	21	58.3%	
	IIB	9	37.5%	0	.0%	9	25.0%	
	IIIB	1	4.2%	0	.0%	1	2.8%	
Total		24	100.0%	12	100.0%	36	100.0%	

*Prueba de Chi-Cuadrado

Fuente: Expediente clínico

Con respecto al tratamiento recibo por las pacientes en estudio el 45% recibió quimioterapia y 8.3% quimioterapia más radioterapia y el 29% quimioterapia más hormonoterapia. En el grupo 2 el 75% recibió quimioterapia y el 25% quimioterapia más radioterapia. No se observaron diferencias significativas ($p=0.139$) (ver cuadro 7)

CUADRO 7: TRATAMIENTO ADYUVANTE RECIBIDO EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO

TRATAMIENTO ADYUVANTE	GRUPO						p
	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=24)		Total		
	n	%	n	%	n	%	
QUIMIOTERAPIA	11	45.8%	9	75.0%	20	55.6%	0.139*
RADIOTERAPIA	1	4.2%	0	0.0%	1	2.8%	
HORMONOTERAPIA	2	8.3%	0	0.0%	2	5.6%	
COMBINADO (RADIOTERAPIA - QUIMIOTERAPIA)	2	8.3%	3	25.0%	5	13.9%	
COMBINADO (RADIOTERAPIA - HORMONOTERAPIA)	7	29.2%	0	0.0%	7	19.4%	
NINGUNO	1	4.2%	0	0.0%	1	2.8%	
TOTAL	24	100.0%	12	100.0%	36	100.0%	

*Prueba de Chi-Cuadrado

Fuente: Expediente clínico

Al evaluar la calidad de vida a través de la estimación del índice (score) de calidad de vida con el cuestionario Q-de pecho para los módulos de mastectomía y reconstrucción mamaria, en las pacientes en estudio se observaron los siguientes resultados. (Ver cuadro 8).

El índice global para el dominio de calidad de vida fue 44.6 (DE 17.8) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 65.5 (DE 18.2) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Las mujeres en las que se realizó solo mastectomía tuvo un escore significativamente menor (aproximadamente 20 puntos) ($p=0.042$). (Ver cuadro #8).

El índice global para el dominio bienestar sicosocial fue 52 (DE 17.2) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 81 (DE 22) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Las mujeres en las que se realizó solo mastectomía tuvo un escore significativamente menor ($p=0.001$) en comparación con las mujeres en las que se realizó reconstrucción . (Ver cuadro #8).

El índice global para el dominio bienestar sexual fue 37.1 (DE 18.4) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 49 (DE 14.2) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Las mujeres en las que se realizó solo mastectomía tuvo un escore similar con respecto a las mujeres en las que se realizó reconstrucción ($p=0.098$). (Ver cuadro #8).

El índice global para el dominio bienestar físico fue 64.8 (DE 14.2) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 78.3 (DE 12.4) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Las mujeres en las que se realizó solo mastectomía tuvo un escore significativamente menor respecto a las mujeres en las que se realizó reconstrucción ($p=0.049$). (Ver cuadro #8).

Es evidente que las mujeres del grupo 1 puntúan más alto para el subdominio bienestar físico al igual que las mujeres del grupo 2, sin embargo para las mujeres del grupo 2 también se observaron puntajes altos para el dominio de bienestar sicosocial. El puntaje más bajo para ambos grupos se observó en el sub-dominio de bienestar sexual.

CUADRO #8: ÍNDICE (SCORE) DE CALIDAD DE VIDA (MEDIDO A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO Q-DE PECHO – MÓDULOS DE MASTECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA) EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO.

DOMINIO	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=12)		p
	Promedio	DE	Promedio	DE	
CALIDAD DE VIDA	44.6	17.8	65.5	18.3	0.042*
Bienestar sicosocial	52	17.2	81.2	22.3	0.001*
Bienestar sexual	37.1	18.4	49.7	14.2	0.098*
Bienestar físico	64.8	14.2	78.3	12.4	0.049*
<i>Tórax y parte superior del cuerpo</i>	60.2	13.2	82.2	11.2	0.010*
<i>Abdomen y tronco</i>	69.3	15.1	74.4	13.6	0.110*

*Prueba de T de Student

FUENTE: CUESTIONARIO AUTO-APLICADO Q – DE PECHP

El índice global para el dominio satisfacción fue 59.6 (DE 21.7) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 74.1 (DE 18.25) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Las mujeres en las que se realizó solo mastectomía tuvo un escore significativamente

menor ($p=0.044$). (Ver cuadro #8). El índice para el subdominio satisfacción con los cuidados de salud fue 81.2 (DE 24.3) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 83.1 (DE 20.1) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Los puntajes obtenidos en ambos grupos fueron similares ($p=0.121$). (Ver cuadro #9).

El índice global para el subdominio satisfacción con los pechos fue 38 (DE 19.1) para el grupo 1 (mujeres mastectomizadas) y de 65.1 (DE 16.41) para las mujeres del grupo 2 (mujeres en las que se realizó reconstrucción mamaria postmastectomía). Las mujeres en las que se realizó solo mastectomía tuvo un escore significativamente menor ($p=0.003$) (Ver cuadro #9).

CUADRO #9: ÍNDICE (SCORE) SATISFACCIÓN (MEDIDO A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO Q-DE PECHO – MÓDULOS DE MASTECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA) EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO.

DOMINIO	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=12)		p
	Promedio	DE	Promedio	DE	
SATISFACCIÓN	59.6	21.7	74.1	18.25	0.044*
Satisfacción con los cuidados	81.2	24.3	83.1	20.1	0.121*
<i>Satisfacción con la información</i>			85.4	15.4	
<i>Satisfacción con el cirujano</i>	80.1	12.7	82.1	13.9	0.135*
<i>Satisfacción con el equipo médico</i>	79.2	17.5	80.6	16.2	0.432*
<i>Satisfacción con el resto del equipo</i>	84.1	15.6	87.1	14.4	0.721*
Satisfacción con los pechos	38	19.1	65.1	16.4	0.003*
Satisfacción con el pezón			81.1	13.5	
Satisfacción con el abdomen			79.3	11.9	
Satisfacción con el resultado			83.4	12.7	

*Prueba de T de Student

FUENTE: CUESTIONARIO AUTO-APLICADO Q – DE PECHO

Al evaluar la asociación entre las características sociodemográficas y el índice (score) de calidad de vida (medido a través del cuestionario q-de pecho – módulos de mastectomía y reconstrucción mamaria), en las pacientes en estudio,

para determinar qué factores influyen en las diferencias observadas entre los grupos en estudios, se observaron los siguientes resultados. (Ver cuadro 10). Únicamente el estado civil ($p=0.034$), el estatus de trabajo actual ($p=0.022$) y la auto percepción sobre la situación económica personal ($p=0.039$), mostraron asociación. En ambos grupos las mujeres que tienen no tienen pareja estable, que no están trabajando y que se perciben con situación económica regular o mala presentaron puntajes significativamente menores. (Ver cuadro 10)

CUADRO #10: ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL ÍNDICE (SCORE) DE CALIDAD DE VIDA (MEDIDO A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO Q-DE PECHO – MÓDULOS DE MASTECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA), EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO.

VARIABLES	MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=12)		p	
	n	media del score de CV	n	media del score de CV		
ÍNDICE GLOBAL	24	44.6	12	65.5	0.042*	
EDAD	31-40 AÑOS	6	40.4	3	60.1	
	41-50 AÑOS	8	47.2	7	63.2	0.611**
	51 AÑOS A MÁS	10	51.2	2	70.1	
ESCOLARIDAD	PRIMARIA	3	42.3	2	63.4	
	SECUNDARIA	14	46.8	7	69.1	0.321**
	UNIVERSIDAD	7	43.3	3	67.5	
PROCEDENCIA	URBANA	20	48.1	11	64.2	
	RURAL	4	41.6	1	66.7	0.435*
ESTADO CIVIL	CASADA / UNION ESTABLE	15	50.3	7	72.3	
	SOLTERA / DIVORCIADA	9	41.2	5	60.1	0.034*
RELIGIÓN	CATÓLICA	17	41.5	6	63.1	
	EVANGÉLICA	7	45.2	4	67.2	0.562**
	OTRA	2	40.4	2	65.1	
TRABAJA ACTUALMENTE	SI	8	52.1	3	72.5	
	NO	16	39.2	8	59.8	0.022*
SITUACIÓN ECONÓMICA	MUY MALA /MALA / REGULAR	18	38.7	9	56.5	
	BUENA / EXCELENTE	6	53.1	3	77.3	0.039*

*Prueba de T de Student

**Prueba de ANOVA de un factor

FUENTE: CUESTIONARIO AUTO-APLICADO Q – DE PECHO / ENTREVISTA

Al evaluar la asociación entre características clínicas relevantes y el índice (score) de calidad de vida (medido a través del cuestionario q-de pecho – módulos de mastectomía y reconstrucción mamaria), en las pacientes en estudio, para determinar qué factores influyen en las diferencias observadas entre los grupos en estudios, se observaron los siguientes resultados. (Ver cuadro 10): Ninguna de las variables evaluadas se asoció de forma significativa con el índice global de calidad. (Ver cuadro 10). No hubo diferencias en cuanto a la presencia de Comorbilidades crónicas ($p=0.721$), el estadio clínico ($p=0.213$), ni el tratamiento adyuvante recibido ($p=0.991$). Es decir que la diferencia observada entre los grupos de estudios se explica únicamente por la realización o no de reconstrucción mamaria en las mujeres mastectomizadas. (Ver cuadro #10).

CUADRO #10: ASOCIACIÓN ENTRE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS RELEVANTES Y EL ÍNDICE (SCORE) DE CALIDAD DE VIDA (MEDIDO A TRAVÉS DEL CUESTIONARIO Q-DE PECHO – MÓDULOS DE MASTECTOMÍA Y RECONSTRUCCIÓN MAMARIA), EN LAS PACIENTES EN ESTUDIO.

		MASTECTOMÍA (n=24)		MASTECTOMÍA MÁS RECONSTRUCCIÓN (n=12)		valor de p
		n	media del score de CV	n	media del score de CV	
INDICE GLOBAL		24	44.6	12	65.5	0.042*
COMORBILIDADES CRÓNICAS	SI	13	47.1	7	66.8	0.721*
	NO	11	42.3	5	64.1	
ESTADIO CLÍNICO	IA	2	43.1	3	65.2	0.213**
	IIA	12	45.2	9	63.1	
	IIB	9	40.1	0		
	IIIB	1	44.6	0		
TRATAMIENTO ADYUVANTE	RADIOTERAPIA	8	45.8	0		0.991**
	QUIMIOTERAPIA	11	42.1	9	66.2	
	COMBINADO	2	44.5	3	64.8	
	HORMONOTERAPIA	2	46.9	0		
	NINGUNO	1	43.7	0		

*Prueba de T de Student

**Prueba de ANOVA de un factor

FUENTE: CUESTIONARIO AUTO-APLICADO Q – DE PECHO / REVISIÓN DE EXPEDIENTES.

CONCLUSIONES

1. En cuanto a las características sociodemográficas y clínicas, se observó que las mujeres tenían edades entre los 40 50 años principalmente, procedían del área urbana, con educación media o básica, con pareja estable, profesantes de la religión católica o evangélica, sin trabajo actualmente y que refieren que su situación económica actual es regular o mala, principalmente.
2. En cuanto a las características clínicas, poco más de la mitad de las pacientes presentaba algún tipo de comorbilidad crónica, el tipo de carcinoma más frecuente fue el ductal infiltrante, en estadio IIA y IIB, afectando principalmente la mama izquierda. Generalmente las pacientes recibían como terapia adyuvante quimioterapia, y la combinación de quimioterapia radioterapia y hormonoterapia. No se observaron diferencias significativas en cuanto a estas características entre los grupos en estudio.
3. De forma global, las mujeres con cáncer de mama mastectomizada con reconstrucción mamaria reportan mejor calidad de vida y mayor satisfacción en comparación con las mujeres en las que solo se realizó mastectomía. Los subdominios con mayor puntaje fueron el de bienestar sico-social y bienestar físico. En los dos grupos en estudio se observaron índices bajos en el subdominio de bienestar sexual, sugiriendo que el impacto de la reconstrucción mamaria sobre el componente sexual no fue significativo, al menos hasta el momento de realización del estudio.

4. Ninguna de las variables clínicas evaluadas en este estudio se asoció de forma significativa con el índice global de calidad. No hubo diferencias en cuanto a la presencia de Comorbilidades crónicas, el estadio clínico, ni el tratamiento adyuvante recibido. Es decir que la diferencia observada entre los grupos de estudios se explica únicamente por la realización o no de reconstrucción mamaria en las mujeres mastectomizadas.

5. En este estudio únicamente el estado civil, el estatus de trabajo actual y la auto percepción sobre la situación económica personal, mostraron asociación con el índice calidad de vida. En los grupos en estudio las mujeres que tienen no tienen pareja estable, que no están trabajando y que se perciben con situación económica regular o mala presentaron puntajes significativamente menores del índice global de calidad de vida.

RECOMENDACIONES

1. Recomendamos brindar consejería a todas las pacientes que son sometidas a mastectomía y que como parte integral de esta consejería se ofrezca la alternativa de reconstrucción mamaria, ya que los resultados sugieren que las mujeres mastectomizadas en las que se realiza reconstrucción experimentan mejor calidad de vida.
2. Es importante que tanto en las mujeres que solo mastectomizadas como en las pacientes que son sometidas a reconstrucción se brinde un seguimiento por parte de profesionales de la psicología, con experticia el componente de bienestar sexual.
3. El seguimiento de las pacientes deber ser realizado por un equipo multidisciplinario que permita la identificación de factores modificables para así intervenir de forma oportuna y mejorar la calidad de vida de las pacientes
4. Establecer como parte del protocolo de atención un sistema de evaluación de la calidad de vida de las mujeres, antes y después de los procedimientos reconstructivos en cáncer de mama, con el fin de evaluar el impacto de los mismos e inferir en los aspectos que se vean afectados, así como mostrar la importancia de la reconstrucción mamaria para mejorar la calidad de vida de las pacientes.
5. Consideramos importante que la comunidad científica y académica realicen esfuerzos por incluir en las investigaciones a nivel hospitalario el componente de la calidad de vida y la relación con el comportamiento y abordaje de las patologías oncológicas, ya que esta área es escasamente investigada en Nicaragua y no se cuenta con publicaciones reconocidas que nos permitan tener una panorama de la situación de la calidad de vida los pacientes con cáncer de mama.

BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, N. (1993). Assessment of quality of life and benefits from adjuvant therapies in breast cancer *Adjuvant Therapy of Breast Cancer IV* (pp. 201-210): Springer.
- Aaronson, N. K., Ahmedzai, S., Bergman, B., Bullinger, M., Cull, A., Duez, N. J., . . . de Haes, J. C. (1993). The European Organization for Research and Treatment of Cancer QLQ-C30: a quality-of-life instrument for use in international clinical trials in oncology. *Journal of the national cancer institute*, *85*(5), 365-376.
- Arraras, J. I., Martínez, M., Manterota, A., & Láinez, N. (2004). La evaluación de la calidad de vida del paciente oncológico. El grupo de calidad de vida de la EORTC. *Psicooncología*, *1*(1), 87-98.
- Chopra, I., & Kamal, K. M. (2012). A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors. *Health and quality of life outcomes*, *10*(1), 14.
- Detmar, S. B., Muller, M. J., Schornagel, J. H., Wever, L. D., & Aaronson, N. K. (2002). Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication: a randomized controlled trial. *Jama*, *288*(23), 3027-3034.
- Fayers, P., & Machin, D. (2013). *Quality of life: the assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*: John Wiley & Sons.
- Ferlay, J., Soerjomataram, I., Ervik, M., Dikshit, R., Eser, S., & Mathers, C. (2013). GLOBOCAN 2012 v1.0. Cancer Incidence and Mortality World Wide. from International Agency for Research on Cancer <http://globocan.iarc.fr>
- Gill, T. M., & Feinstein, A. R. (1994). A critical appraisal of the quality of quality-of-life measurements. *Jama*, *272*(8), 619-626.
- González Pérez, U. (2002). El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. *Revista cubana de salud pública*, *28*(2), 157-175.
- Herrera Gómez, A., & Granados García, M. (2013). *Manual de Oncología: Procedimientos médico quirúrgicos* (5ta. ed.): Mc.Graw.Hill.
- Hietanen, P. S. (1996). Measurement and practical aspects of quality of life in breast cancer. *Acta Oncológica*, *35*(1), 39-42.
- Kaasa, S. (1995). Using quality of life assessment methods in patients with advanced cancer: a clinical perspective. *European Journal of Cancer*, *31*, S15-S17.
- Lemieux, J., Goodwin, P. J., Bordeleau, L. J., Lauzier, S., & Théberge, V. (2011). Quality-of-life measurement in randomized clinical trials in breast cancer:

- an updated systematic review (2001–2009). *Journal of the National Cancer Institute*, 103(3), 178-231.
- Montazeri, A. (2008). Health-related quality of life in breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007. *Journal of experimental & clinical cancer research*, 27(1), 32.
- Montazeri, A. (2009). Quality of life data as prognostic indicators of survival in cancer patients: an overview of the literature from 1982 to 2008. *Health Qual Life Outcomes*, 7(1), 102.
- Niezgoda, H. E., & Pater, J. (1993). A validation study of the domains of the core EORTC quality of life questionnaire. *Quality of Life Research*, 2(5), 319-325.
- Oncology, A. S. o. C. (1996). Outcomes of cancer treatment for technology assessment and cancer treatment guidelines. *J Clin Oncol*, 14(2), 671-679.
- Osoba, D. (1994). Lessons learned from measuring health-related quality of life in oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 12(3), 608-616.
- Perry, S., Kowalski, T. L., & Chang, C.-H. (2007). Quality of life assessment in women with breast cancer: benefits, acceptability and utilization. *Health and Quality of Life Outcomes*, 5(1), 24.
- Porzsolt, F., Woelpl, C. P., Rist, C. E., Kosa, R., Buechele, G., & Gaus, W. (1996). Comparison of three instruments (QLQ-C30, SF-36, QWB-7) measuring health-related quality of life/quality of well-being. *Psycho-Oncology*, 5(2), 103-117.
- Selby, P. (1993). Measurement of quality of life in cancer patients. *The Journal of pharmacy and pharmacology*, 45, 384.
- Tuesca Molina, R. (2012). La calidad de vida, su importancia y cómo medirla. *Revista Científica Salud Uninorte*, 21.
- URZÚA, A. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Revista médica de Chile*, 138(3), 358-365.

Instrumentos de recolección de la información

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MASTECTOMIZADA CON POSTERIOR RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y MUJERES CON MASTECTOMÍA SIN RECONSTRUCCIÓN, QUE FUERON ATENDÍAS EN EL HOSPITAL MILITAR “ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS ENTRE EL 2012 Y EL 2014.

FICHA DE REVISIÓN DE EXPEDIENTE MÓDULO DE CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MANEJO DEL CA DE MAMA.

Ficha No: _____ Expediente: _____

Grupo: 1. Grupo A __ 2. Grupo B _____

SECCIÓN A: ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

1. Antecedentes personales patológicos previos al diagnóstico de CA de mama
 - 1.1. HIPERTENSIÓN ARTERIAL _____
 - 1.2. DIABETES _____
 - 1.3. ENDOCRINOPATÍAS _____
 - 1.4. CARDIOPATÍAS _____
 - 1.5. INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA _____
 - 1.6. CÁNCER DE ÚTERO _____
 - 1.7. CÁNCER DE OVARIO _____
 - 1.8. OTRO TIPO DE CÁNCER _____
 - 1.9. ENFERMEDADES MENTALES _____

SECCIÓN B: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DEL CA DE MAMA

1. Edad de la paciente al momento del diagnóstico definitivo

2. Tipo histológico confirmado por Biopsia:

3. Mama afectada: 1. Derecha _____ 2. Izquierda _____ 3. Ambas _____

4. Estadío clínico: _____

SECCIÓN C: MANEJO DEL CA DE MAMA

1. Tiempo desde el diagnóstico hasta la realización de mastectomía: _____ (meses)

2. Ubicación de la mastectomía: 1. Derecha ____ 2. Izquierda ____ 3. Bilateral _____

3. Tiempo desde la mastectomía hasta la reconstrucción mamaria: _____ (meses)

4. Reconstrucción mamaria: 1. Si __ 0. No _____

5. Técnica de reconstrucción mamaria:

6. Tipo de Tratamiento Adyuvante:

a. Ninguno ____

b. Quimioterapia _____

c. Radioterapia _____

d. Braquiterapia _____

e. Hormonoterapia _____

f. Combinado (Radioterapia/Braquiterapia + Quimioterapia) _____

g. QT o RT o BT + Hormonoterapia _____

SECCIÓN D: COMPLICACIONES ASOCIADAS

1. Complicaciones posterior a la mastectomía y previo a la reconstrucción mamaria:
2. Complicaciones posterior a la reconstrucción mamaria:

CALIDAD DE VIDA EN MUJERES MASTECTOMIZADA CON POSTERIOR
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA Y MUJERES CON MASTECTOMÍA SIN
RECONSTRUCCIÓN, QUE FUERON ATENDÍAS EN EL HOSPITAL MILITAR
“ALEJANDRO DÁVILA BOLAÑOS ENTRE EL 2012 Y EL 2014

MÓDULO INTRODUCTORIO

Ficha No: _____ Expediente: _____

Grupo: 1. Grupo A ___ 2. Grupo B _____

**SECCIÓN A: DATOS GENERALES Y SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA DE LA
PACIENTE**

Las siguientes preguntas son acerca de sus datos generales y su situación socioeconómica. Por favor lea cuidadosamente y conteste todas las preguntas.

1. ¿ Cuántos años tiene? (Edad): _____

2. ¿En qué departamento o ciudad vive actualmente?
(Procedencia) _____

3. ¿Qué tipo de área es donde usted vive?: 1. Urbana _____ 2.
Rural _____

4. ¿Cuál es su estado civil?

1. Casada ___ 2. Unión estable _____ 3. Divorciada _____ 4. Soltera

5. ¿Cuál es su escolaridad?

1. No sabe leer/escribir____ 2. Primaria ____ 3. Secundaria _____ 4.
Universidad _____

6. ¿Cuál es su religión?

1. Ninguna____ 2. Católica____ 3. Evangélica _____ 4. Otra_____

7. ¿Cuál es su situación laboral actual?

1. No trabaja (desempleada) ____ 2. Trabaja por cuenta propia____ 3.
Trabaja (asalariada) _____

8. ¿En su opinión cómo considera que es su situación económica actualmente?

1. Excelente ____ 2. Buena____ 3. Regular _____ 4. Mala _____ 5.
Muy mala_____

9. ¿Cuántas personas viven en su casa?: _____

10. ¿Actualmente quién es la principal fuente de apoyo para el manteamiento de las necesidades de su hogar (familia)?

1. Yo misma (paciente) _____ 2. Hijo (s) _____ 3. Cónyuge (pareja)
_____ 4. Familia _____

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas.

BREAST-Q™
MÓDULO DE MASTECTOMÍA (POSTOPERATORIO) 1.0

Después de leer cada pregunta, por favor, encierre en un círculo el número en el cuadro que mejor describa su situación. Si no está segura de cómo responder una pregunta, escoja la respuesta que más se acerque a cómo usted se siente. Por favor conteste todas las preguntas.

1. Pensando en el área de sus senos, en las últimas dos semanas ¿qué tan satisfecha o insatisfecha se ha sentido acerca de:

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy Satisfecha
a. ¿Cómo se ve frente al espejo con su <u>ropa puesta</u> ?	1	2	3	4
b. ¿Qué tan cómodamente le quedan sus sostenes/brasieres?	1	2	3	4
c. Poder usar ropa más ajustada en la zona del pecho?	1	2	3	4
d. ¿Cómo se ve en el espejo <u>sin ropa</u> ?	1	2	3	4

2. Pensando en sus senos, en las dos últimas semanas ¿con qué frecuencia, se ha sentido:

	En ningún momento	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. Segura en un ambiente social?	1	2	3	4	5
b. Emocionalmente capaz de hacer las cosas que usted quiere hacer?	1	2	3	4	5
c. Emocionalmente sana?	1	2	3	4	5
d. Que vale lo mismo que otras mujeres?	1	2	3	4	5
e. Segura de sí misma?	1	2	3	4	5
f. Femenina con la ropa que usa?	1	2	3	4	5
g. que acepta su cuerpo?	1	2	3	4	5
h. Normal?	1	2	3	4	5
i. Como las otras mujeres?	1	2	3	4	5

j. Atractiva?	1	2	3	4	5
---------------	---	---	---	---	---

Por favor revise que haya contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

3. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha experimentado usted:

	En ningún momento	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. Dolor de cuello?	1	2	3	4	5
b. Dolor de espalda alta?	1	2	3	4	5
c. Dolor en el hombro?	1	2	3	4	5
d. Dolor en el brazo?	1	2	3	4	5
e. Dolor en las costillas?	1	2	3	4	5
f. Dolor en los músculos del pecho?	1	2	3	4	5
g. Dificultad para levantar o mover los brazos?	1	2	3	4	5
h. Dificultad para dormir por incomodidad en el área de los senos?	1	2	3	4	5
i. Compresión en el área de los senos?	1	2	3	4	5
j. Estiramiento en el área de los senos?	1	2	3	4	5
k. Sensación persistente en el área de los senos?	1	2	3	4	5
l. Dolor al tacto en el área de los senos?	1	2	3	4	5
m. Dolores agudos (fuertes) en el área de los senos?	1	2	3	4	5
n. Dolores punzantes en el área de los senos?	1	2	3	4	5
o. Sensación dolorosa en el área de los senos?	1	2	3	4	5
p. Sensación de pulsación en el área de los senos?	1	2	3	4	5

Por favor revise que haya contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página

4. Pensando en su sexualidad, ¿con qué frecuencia se siente:

	En ningún momento	Muy pocas veces	Algunas veces	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo	No Aplica
a. Sexualmente atractiva con la ropa que usa?	1	2	3	4	5	N/A
b. Cómoda (a gusto) durante la actividad sexual?	1	2	3	4	5	N/A
c. Sexualmente segura?	1	2	3	4	5	N/A
d. Satisfecha con su vida sexual?	1	2	3	4	5	N/A
e. Sexualmente segura en relación a cómo se le ve el área de los senos al estar sin ropa?	1	2	3	4	5	N/A
f. Sexualmente atractiva cuando está <u>sin ropa</u> ?	1	2	3	4	5	N/A

5. Estas preguntas son acerca de su cirujano de los senos. ¿Usted sintió que él/ella:

	Definitivamente en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Definitivamente de acuerdo
a. Fue competente?	1	2	3	4
b. Le inspiró confianza?	1	2	3	4
c. La involucró en el proceso de toma de decisiones?	1	2	3	4
d. La hizo sentirse tranquila?	1	2	3	4
e. Contestó todas sus preguntas?	1	2	3	4
f. La hizo sentirse cómoda?	1	2	3	4
g. Fue minucioso (detallado)?	1	2	3	4
h. Fue fácil hablar con él/ella?	1	2	3	4
i. Entendió lo que usted quería?	1	2	3	4
j. Fue comprensivo?	1	2	3	4
k. Le dio tiempo para escuchar sus preocupaciones?	1	2	3	4
l. Estuvo disponible cuando tenía alguna preocupación?	1	2	3	4

Por favor revise que haya contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

6. Estas preguntas son acerca de los miembros del equipo médico, excepto el cirujano (enfermeras, y otros médicos que la atendieron el día de la mastectomía). ¿Usted sintió que ellos:

	Definitivamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Definitivamente de acuerdo
a. Fueron profesionales?	1	2	3	4
b. La trataron con respeto?	1	2	3	4
c. Tenían todos los conocimientos?	1	2	3	4
d. Fueron amables y amistosos?	1	2	3	4
e. La hicieron sentirse cómoda?	1	2	3	4
f. Fueron minuciosos (detallados)?	1	2	3	4
g. Le dieron tiempo para escuchar sus preocupaciones?	1	2	3	4

7. Estas preguntas son acerca de los miembros de los consultorios/oficinas (secretarias, enfermeras de los consultorios o las clínicas). ¿Usted sintió que ellos:

	Definitivamente en desacuerdo	Un poco en desacuerdo	Un poco de acuerdo	Definitivamente de acuerdo
a. Fueron profesionales?	1	2	3	4
b. La trataron con respeto?	1	2	3	4
c. Tuvieron todos los conocimientos?	1	2	3	4
d. Fueron amables y amistosos?	1	2	3	4
e. La hicieron sentirse cómoda?	1	2	3	4
f. Fueron minuciosos (detallados)?	1	2	3	4
g. Le dieron tiempo para escuchar sus preocupaciones?	1	2	3	4

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

Las siguientes preguntas son acerca de sus senos y de su cirugía reconstructiva. Después de leer cada pregunta, por favor marque con un círculo el número que mejor describa su situación. Si no está segura de cómo contestar una pregunta, elija la respuesta que más se acerque a cómo se siente. Por favor conteste todas las preguntas.

1. Pensando en sus senos, durante los últimos 14 días, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?

	Muy insatisf echa	Algo insatisfe cha	Algo satisfe cha	Muy satisfe cha
a. Su apariencia en el espejo cuando	1	2	3	4
b. La forma de su(s) seno(s) reconstruido(s) cuando lleva puesto un brasier	1	2	3	4
c. Lo normal que se siente con la ropa	1	2	3	4
d. El tamaño de su(s)	1	2	3	4
e. Poder usar ropa más ajustada	1	2	3	4
f. El alineamiento de sus senos	1	2	3	4
g. La comodidad de sus brasieres	1	2	3	4
h. La blandura de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
i. La igualdad del tamaño de sus senos	1	2	3	4
j. Lo natural que se ven su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
k. La caída natural de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4

l.	La manera en que su(s) seno(s)reconstruido(s)se sienten cuando lo(s)toca	1	2	3	4
m.	La sensación de que su(s) seno(s)reconstruido(s)son una parte natural de su cuerpo	1	2	3	4
n.	La similitud que tienen ambos senos	1	2	3	4
o.	La apariencia de su(s) seno(s) reconstruido(s)ahora en comparación con la que tenía(n) antes de la(s)cirugía(s)	1	2	3	4
p.	Su apariencia en el espejo cuando está <u>desnuda</u>	1	2	3	4

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

La siguiente pregunta es acerca de la reconstrucción de seno por medio de IMPLANTES. Si usted no tiene implante(s), por favor pase a la pregunta 3. Si tiene implante(s), por favor conteste la pregunta 2 a continuación.

2. Durante los últimos 14 días, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?

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

3. Nos gustaría saber cómo se siente con el resultado de la cirugía reconstructiva de seno. Por favor indique qué tan de acuerdo o en desacuerdo está con cada frase.

	En desacuerdo	Algo de acuerdo	Totalmente de acuerdo
a. La reconstrucción es mucho mejor que la alternativa de no tener seno(s).	1	2	3
b. Yo recomendaría la cirugía reconstructiva de seno a otras mujeres en mi situación.	1	2	3
c. Lo haría otra vez.	1	2	3
d. No me arrepiento de haber tenido la cirugía.	1	2	3
e. Esta cirugía mejoró mi vida.	1	2	3
f. El resultado cumplió totalmente con mis expectativas.	1	2	3

g. Resultó exactamente como lo había planeado.	1	2	3
--	---	---	---

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

4. Pensando en sus senos, durante los últimos 14 días, ¿Con qué frecuencia se ha sentido de la siguiente manera?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Segura de sí misma en un ambiente social	1	2	3	4	5
b. Emocionalmente capaz de hacer las	1	2	3	4	5
c. Emocionalmente estable	1	2	3	4	5
d. Que vale tanto como otras mujeres	1	2	3	4	5
e. Segura de sí misma	1	2	3	4	5
f. Femenina con la ropa que lleva puesta	1	2	3	4	5
g. Que acepta su cuerpo	1	2	3	4	5
h. Normal	1	2	3	4	5
i. Que es como las de más mujeres	1	2	3	4	5
j. Atractiva	1	2	3	4	5

5. Pensando en su sexualidad, desde la reconstrucción de su(s) seno(s), ¿con qué frecuencia se siente generalmente de la siguiente manera?

	Nunca	Pocas	Algunas	Muchas	Siempre	No corresponden
a. Sexualmente atractiva con la ropa puesta	1	2	3	4	5	N/A
b. Cómoda o relajada durante actividad	1	2	3	4	5	N/A
c. Segura de sí misma sexualmente	1	2	3	4	5	N/A
d. Satisfecha con su vida sexual	1	2	3	4	5	N/A
e. Segura de sí misma sexualmente con respecto a la apariencia de su(s) seno(s) <u>al desnudo</u>	1	2	3	4	5	N/A
f. Sexualmente atractiva cuando está <u>desnuda</u>	1	2	3	4	5	N/A

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página

6. Durante los últimos 14 días, ¿Con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Dolor de cuello	1	2	3	4	5
b. Dolor en la parte superior de la espalda	1	2	3	4	5
c. Dolor de hombro(s)	1	2	3	4	5
d. Dolor de brazo(s)	1	2	3	4	5
e. Dolor de costilla(s)	1	2	3	4	5
f. Dolor en los músculos del pecho	1	2	3	4	5
g. Dificultad para levantar o mover los brazos	1	2	3	4	5
h. Dificultad para dormir a causa de la molestia en el área de sus senos	1	2	3	4	5
i. Rigidez en el área de sus senos	1	2	3	4	5
j. Estiramiento en el área de sus senos	1	2	3	4	5
k. Sensación de molestia continua en el área de sus senos	1	2	3	4	5
l. Sensibilidad dolorosa en el área de sus senos	1	2	3	4	5
m. Dolor agudo en el área de sus senos	1	2	3	4	5
n. Dolor punzante en el área de sus senos	1	2	3	4	5

o. Sensación de dolor moderado y continuo en el área de sus senos	1	2	3	4	5
p. Sensación pulsante en el área de sus senos	1	2	3	4	5

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

Las siguientes preguntas son acerca de la reconstrucción de seno usando colgajo TRAM o DIEP (es decir, reconstrucción usando piel y grasa del área del abdomen o estómago). Si usted no tiene un colgajo TRAM o DIEP, por favor pase a la pregunta 10. Si tiene colgajo TRAM o DIEP, por favor conteste las siguientes preguntas.

7. Pensando en su abdomen (estómago), durante los últimos 14 días, ¿con qué frecuencia ha experimentado lo siguiente?

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Dificultad para levantarse después de estar acostada a causa de la debilidad de los músculos	1	2	3	4	5
b. Dificultad para realizar actividades diarias a causa de la debilidad de los músculos abdominales (por ej., hacer la cama)	1	2	3	4	5
c. Molestia abdominal	1	2	3	4	5
d. Inflación abdominal	1	2	3	4	5
e. Abultamiento abdominal	1	2	3	4	5
f. Rigidez abdominal	1	2	3	4	5
g. Estiramiento abdominal	1	2	3	4	5
h. Dolor en la parte inferior de la espalda	1	2	3	4	5

8. Durante los últimos 14 días, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. La apariencia de su abdomen	1	2	3	4
b. La posición de su ombligo	1	2	3	4
c. La apariencia de las cicatrices en su abdomen	1	2	3	4

9. Durante los últimos 14 días, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. Cómo se <u>siente</u> su abdomen ahora en comparación con la manera en que se sentía antes de la cirugía	1	2	3	4
b. Cómo se <u>ve</u> su abdomen ahora en comparación con la manera en que se veía antes de la cirugía	1	2	3	4

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

La siguiente pregunta es sobre la reconstrucción de PEZÓN. Si usted no tuvo reconstrucción de pezón ,porfavor pase a la pregunta 11. Si tuvo reconstrucción de pezón, por favor conteste la pregunta 10 a continuación.

10. Durante los últimos 14 días, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?

	Muy insatisfec	Algo insatisfec	Algo satisfec	Muy satisfec
a. La forma de su(s) pezón(es) reconstruido(s)	1	2	3	4
b. La apariencia de su(s) pezón(es) y aureola(s)reconstruido(s)	1	2	3	4
c. Lo natural que se ven su(s) pezón(es)	1	2	3	4
d. El color de su(s) pezón(es) y aureola(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
e. La altura (prominencia) de su(s) pezón(es)reconstruido(s)	1	2	3	4

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

11. ¿Qué tan satisfecha o insatisfecha estuvo con la información que recibió de su cirujano plástico sobre lo siguiente?

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. Cómo se llevaría a cabo la cirugía reconstructiva de seno	1	2	3	4
b. El tiempo que tomaría en recuperarse y sanarse	1	2	3	4
c. Las posibles complicaciones	1	2	3	4
d. Las opciones que le dieron sobre	1	2	3	4
e. Las opciones que le dieron sobre <u>cuándo se programaría</u> la reconstrucción de seno (es decir, al	1	2	3	4
f. Los pros y contras de <u>cuándo se programaría</u> la	1	2	3	4
g. El tiempo que tomaría el proceso de reconstrucción de	1	2	3	4
h. El posible tamaño de sus senos después de la	1	2	3	4
i. La intensidad del dolor que podría tener durante la	1	2	3	4
J. La posible apariencia de sus senos después de la cirugía	1	2	3	4

k.	El tiempo que le tomaría sentirse nuevamente como antes o normal	1	2	3	4
l.	Cómo la cirugía afectaría los futuros exámenes de seno para la detección de cáncer (por ejemplo, mamografía)	1	2	3	4
m.	La falta de sensación en su(s) seno(s) y	1	2	3	4
n.	Lo que otras mujeres experimentan	1	2	3	4
o.	La apariencia que tendrían las cicatrices	1	2	3	4

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

12. Estas preguntas se refieren a su cirujano plástico. ¿Qué tan de acuerdo está usted con lo siguiente?

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

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas antes de pasar a la siguiente página.

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

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

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

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

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas.