

ORIGINAL

# Satisfacción y calidad de vida de las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama según la reconstrucción mamaria



Nadia Andrea Espinoza Valdivia<sup>a,\*</sup>, Nancy Victoria Mogrovejo Olivera<sup>a</sup> y Miluska Lisbeth Bromley Cueva<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Facultad Ciencias de la Salud, Universidad Científica del Sur, Lima, Perú

<sup>b</sup> Clínica San Felipe, Centro Oncológico Aliada, Lima, Perú

Recibido el 23 de septiembre de 2022; aceptado el 28 de noviembre de 2022

Disponible en Internet el 8 de febrero de 2023

## PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;  
Calidad de vida;  
Satisfacción;  
Reconstrucción mamaria;  
Mastectomía

## Resumen

**Introducción y objetivo:** la mastectomía y la reconstrucción mamaria son procedimientos que forman parte del manejo multidisciplinario del cáncer de mama. Actualmente, se dispone del cuestionario BREAST-Q el cual permite determinar de manera objetiva y numérica la calidad de vida y la satisfacción de las pacientes que han recibido cirugías de mama. Se evaluaron las repercusiones de la reconstrucción mamaria posmastectomía con resultados inconsistentes, así mismo no existen investigaciones similares en la población peruana. El objetivo del presente estudio es determinar y comparar el nivel de satisfacción y la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama que recibieron una mastectomía con y sin reconstrucción mamaria.

**Material y métodos:** estudio observacional, analítico de corte transversal realizado en las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama con y sin reconstrucción mamaria del Centro Oncológico Aliada en Lima, Perú. Se incluyeron 46 pacientes operadas entre 2016 y 2021. La calidad de vida y la satisfacción de las pacientes se evaluó mediante el cuestionario BREAST-Q.

**Resultados:** se obtuvieron diferencias significativas en las escalas de satisfacción con el pecho y de bienestar sexual al comparar a las pacientes mastectomizadas con y sin reconstrucción de mama, en donde el grupo con reconstrucción reflejó un mejor resultado en la satisfacción y la calidad de vida. No se observaron resultados significativos en las escalas de atención del equipo médico, eventos adversos de radiación y según el tipo de reconstrucción mamaria.

**Conclusiones:** El instrumento BREAST-Q demostró que las pacientes que recibieron la reconstrucción mamaria obtuvieron mejores resultados en las escalas de satisfacción y calidad de vida en comparación a las pacientes sin reconstrucción mamaria.

© 2022 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [nadiaandreae26@gmail.com](mailto:nadiaandreae26@gmail.com) (N.A. Espinoza Valdivia).

**KEYWORDS**

Breast cancer;  
Quality of life;  
Satisfaction;  
Breast reconstruction;  
Mastectomy

**Satisfaction and quality of life in breast cancer mastectomized patients according to breast reconstruction****Abstract**

*Introduction and objective:* Mastectomy and breast reconstruction are procedures that are part of the multidisciplinary management of breast cancer. Currently, the BREAST-Q questionnaire is available, which allows objective and numerical determination of the quality of life and satisfaction of patients who have undergone breast surgery. Studies have evaluated the repercussions of post-mastectomy breast reconstruction with inconsistent results, likewise there are no similar investigations in the Peruvian population. The objective of the present study is to determine and compare the level of satisfaction and quality of life in patients with breast cancer who underwent mastectomy with and without breast reconstruction.

*Material and methods:* Observational, analytical cross-sectional study carried out in patients with mastectomies for breast cancer with and without breast reconstruction at the Aliada Oncology Center, Lima-Peru. 46 patients operated between the years 2016-2021 were included. The quality of life and satisfaction of the patients was evaluated using the BREAST-Q questionnaire.

*Results:* Significant differences were obtained in the breast satisfaction and sexual well-being scales when comparing mastectomy patients with and without breast reconstruction, where the group with reconstruction reflected a better result in satisfaction and quality of life. No significant results were obtained in the scales of attention of the medical team, adverse events of radiation and according to the type of breast reconstruction.

*Conclusions:* The BREAST-Q instrument showed that patients undergoing breast reconstruction obtained better results on the satisfaction and quality of life scales compared to patients without breast reconstruction.

© 2022 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

**Introducción**

Según GLOBOCAN 2020, la prevalencia mundial del cáncer de mama en la población femenina es de 30,3% (7.790.717) en los últimos 5 años, considerándose así la causa de muerte más frecuente en esta población en el año 2020 (24,5%). Así mismo, en el Perú, el cáncer de mama ocupa el primer lugar de neoplasias, estimándose una prevalencia de 24,3% (22.486), con una tasa de mortalidad de 9,8% en el año 2020, situándose en el tercer lugar de muertes por cáncer en el mismo año, solo después del cáncer de estómago y de cérvix<sup>1,2</sup>.

Si bien, existen procedimientos que buscan mejorar la situación médica de las pacientes, también se cuenta con la reconstrucción mamaria, dirigida a las mujeres en búsqueda de una alternativa que les permitirá la restauración del volumen mamario<sup>3-6</sup>.

Con la finalidad de evaluar el impacto de estas intervenciones, Pusic A, et al. desarrollaron el cuestionario BREAST-Q, un instrumento que permite evaluar de manera objetiva y numérica la satisfacción y la calidad de vida en las pacientes que han recibido diversos procedimientos quirúrgicos de la mama. La primera versión fue publicada en el año 2012 y la última en el año 2017. Además, ha sido validado por MAPI/TRUST Research Institute (2018) para su aplicación en español, y cuenta con la validación en la población latinoamericana<sup>7-9</sup>.

Varios estudios han establecido que múltiples factores pueden afectar el nivel de satisfacción y la calidad de vida de

las pacientes; sin embargo, los resultados de cada uno de ellos difieren entre sí<sup>10-15</sup>. Así mismo, algunas investigaciones en Perú, buscaron evaluar la calidad de vida en las pacientes mastectomizadas sin reconstrucción; sin embargo, aplicaron cuestionarios diferentes al BREAST-Q (SF-36, EORTC QLQ C-30 y QLQ BR-23). Cabe resaltar que dichos cuestionarios no son específicos para los procedimientos quirúrgicos de la mama<sup>16-20</sup>.

El objetivo del presente estudio es comparar el nivel de satisfacción y la calidad de vida en las pacientes con cáncer de mama que recibieron mastectomía con y sin reconstrucción mamaria.

**Material y métodos****Tipo de estudio**

Se realizó un estudio observacional, analítico de corte transversal en las pacientes mastectomizadas por cáncer de mama con y sin reconstrucción mamaria en el Centro Oncológico Aliada en Lima, Perú. Asimismo, el tipo de muestreo empleado fue de tipo no probabilístico por conveniencia.

**Instrumento empleado**

Se empleó una ficha de recolección de datos y la versión actualizada del cuestionario BREAST-Q, del cual se

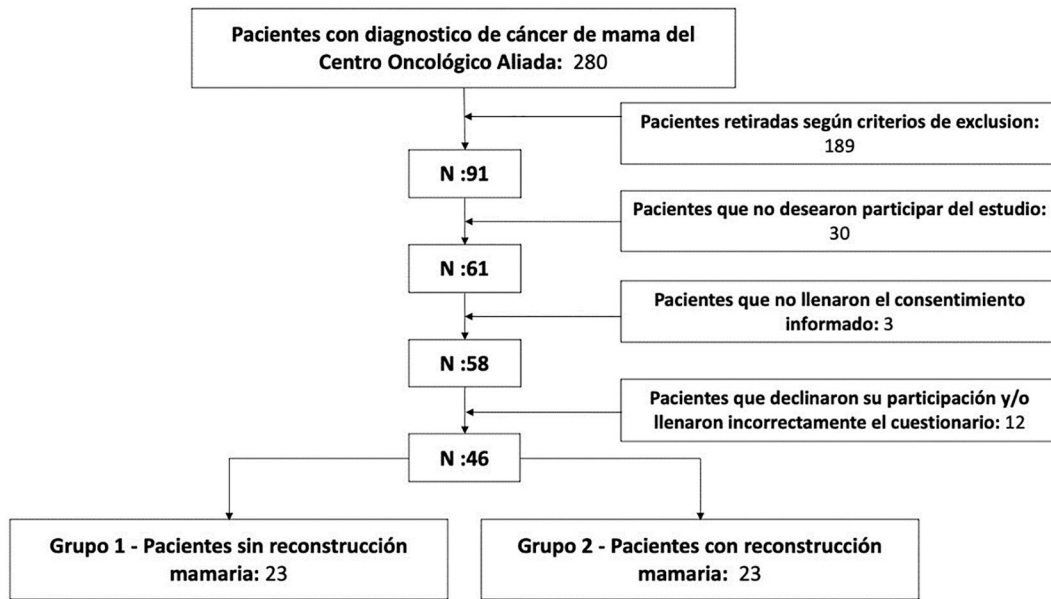


Figura 1 Proceso de selección de las pacientes.

emplearon los módulos de mastectomía y de reconstrucción mamaria. Ambos módulos se responden usando una escala de Likert. Finalmente, la puntuación obtenida en cada escala se transformó mediante una tabla de conversión a equivalentes Rasch (0–100), a excepción de aquellas que no incluían una tabla de conversión; sin embargo, se indica que una puntuación mayor refleja un mejor resultado. El instrumento fue aplicado a las pacientes postoperadas de mastectomía y cirugía reconstructiva de mama.

### Proceso de recolección de datos

Para la recolección de datos, se solicitó autorización al Comité de Ética de la Universidad Científica del Sur, Lima, Perú y al Centro Oncológico Aliada. Se revisaron las historias clínicas y las bases de datos de las pacientes atendidas desde el primero de enero de 2016 hasta el 31 de diciembre de 2021, proporcionadas por el centro. Se contactó a las pacientes informándoles acerca del estudio y se les consultó si deseaban participar. Una vez obtenida la autorización y el consentimiento informado, se hizo envío de la ficha de recolección de datos y el cuestionario BREAST-Q a través de números telefónicos o correos electrónicos, brindados por las pacientes. Toda la información recolectada fue registrada mediante códigos, protegiendo la confidencialidad de los datos brindados, siguiendo así los parámetros de Helsinki.

### Criterios de inclusión y exclusión

Para la selección de las pacientes se emplearon como criterios de inclusión: pacientes de 30 a 65 años con diagnóstico primario de cáncer de mama que recibieron mastectomía con o sin reconstrucción mamaria entre 2016 y 2021. Se excluyeron a las pacientes que no otorgaron su consentimiento, que no contestaron los mensajes y/o llamadas, a las pacientes con diagnóstico de cáncer

metastásico y aquellas que fallecieron durante el periodo antes mencionado.

### Método estadístico

Se empleó Open Epi para el cálculo del tamaño de muestra, con un poder de 80% y un alfa de 0,05. El tamaño de muestra obtenido fue de 46 pacientes. Las características de la población fueron descritas mediante frecuencias absolutas y porcentajes, además de las pruebas de  $\chi^2$  y Fisher. La asociación entre reconstrucción mamaria, calidad de vida y satisfacción, fue evaluada mediante la prueba T de student junto con sus intervalos de confianza al 95%. Para el análisis de las covariables se utilizaron las pruebas de T de student, Anova, H de Kruskal Wallis y test de Shapiro Wilk. Para el cálculo de las pruebas estadísticas, se empleó el software STATA versión 15.0, además se consideró un valor de  $p < 0,05$  como estadísticamente significativo.

### Resultados

Durante el proceso de recolección de datos, 91 pacientes del centro cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión antes mencionados; de las cuales, 61 aceptaron participar del estudio, 58 completaron el consentimiento informado y solo 50 llenaron el cuestionario BREAST-Q. Se excluyeron 4 pacientes debido a que no lograron completar el cuestionario de manera adecuada; sin embargo, se logró obtener el mínimo muestral (46 pacientes). Para la elaboración de las tablas de resultados se subdividió a la muestra total según el tipo de procedimiento recibido (mastectomizadas con reconstrucción; mastectomizadas sin reconstrucción), obteniéndose 23 pacientes por cada grupo (fig. 1)

En la tabla 1 se muestran las características sociodemográficas, aquellas en donde se observaron resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,05$ ) fueron: la edad de las pacientes al momento de participar del

**Tabla 1** Características de la muestra

	Procedimientos		Valor de p*
	Mastectomía n (%)	Reconstrucción n (%)	
<i>Edad</i>			
≤ 45 años	6 (26,090)	13 (56,520)	0,036
46-65 años	17 (73,910)	10 (43,480)	
<i>Estado Civil</i>			
Casada/ conviviente	13 (56,520)	15 (65,220)	0,926
Soltera	5 (21,740)	4 (17,390)	
Viuda	2 (8700)	1 (4,350)	
Divorciada	3 (13,040)	3 (13,040)	
<i>Hijo</i>			
Sí	18 (78,260)	20 (86,960)	0,699
No	5 (21,740)	3 (13,040)	
<i>Lateralidad de la mastectomía</i>			
Unilateral	22 (95,650)	21 (91,30)	1,000
Bilateral	1 (4,350)	2 (8,700)	
<i>Estadio</i>			
Estadio I	3 (13,040)	7 (30,430)	0,005
Estadio II	5 (21,740)	12 (52,170)	
Estadio III	8 (34,780)	4 (17,390)	
No recuerda	7 (30,430)	0 (0,000)	
<i>Neoadyuvancia</i>			
Sí	14 (60,870)	9 (39,130)	0,140
No	9 (39,130)	14 (60,870)	
<i>Tipo de neoadyuvancia</i>			
Quimioterapia	14 (60,870)	8 (34,780)	0,139
Radioterapia	0 (0,000)	1 (4,350)	
Ambas	0 (0,000)	0 (0,000)	
No recibió	9 (39,130)	14 (60,870)	
<i>Tipo de reconstrucción</i>			
Aloplásticos (expansor/ implante)	No aplica	18 (78,260)	0,036
Autógeno (Dorsal/ TRAM/DIEP)	No aplica	5 (21,740)	
<i>Momento de reconstrucción</i>			
Inmediata	No aplica	11 (47,830)	0,036
Diferida	No aplica	12 (52,170)	
<i>Adyuvancia</i>			
Sí	17 (73,910)	10 (43,480)	0,036
No	6 (26,090)	13 (56,520)	
<i>Tipo de adyuvancia</i>			
Quimioterapia	0 (0,000)	4 (17,390)	<0,001
Radioterapia	17 (73,910)	2 (8,700)	
Ambas	0 (0,000)	4 (17,390)	
Ninguna	6 (26,090)	13 (56,520)	

DIEP: Deep Inferior Epigastric Perforator (perforantes de la epigástrica inferior profunda); TRAM: Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap (músculo recto transverso del abdomen).

\* Prueba  $\chi^2$ , test de Fisher.

estudio ( $p=0,036$ ), el estadio en el que fueron diagnosticadas ( $p=0,005$ ), la adyuvancia después de la cirugía ( $p=0,036$ ) y el tipo de adyuvancia que recibieron ( $p<0,001$ ). Las variables de tipo y de momento de reconstrucción no fueron comparables debido a que solo se

tenía un grupo de estudio. Con respecto al estado civil, la condición de maternidad, la lateralidad de la mastectomía, la neoadyuvancia, y el tipo de neoadyuvancia, no se encontraron resultados estadísticamente significativos.

La **tabla 2** muestra los resultados del cuestionario BREAST-Q, valorándose específicamente el efecto en la satisfacción y la calidad de vida de las pacientes según el procedimiento quirúrgico que recibieron. De las 4 escalas incluidas, se obtuvo valor p significativo en satisfacción con el pecho ( $p=0,046$ ) y en la escala de «bienestar sexual» ( $p=0,029$ ). A pesar que las escalas de «bienestar físico» y «bienestar psicosocial» no se observaron resultados significativos, el grupo de las pacientes reconstruidas obtuvo una media superior en sus puntuaciones en comparación con las pacientes sin reconstrucción, reflejando un mejor resultado en el primer grupo. Así mismo, al evaluar la satisfacción de los grupos de estudio con respecto a la atención recibida por parte del personal del centro (personal de salud y administrativo), no se obtuvieron resultados estadísticamente significativos entre ambos grupos, y además se pudo observar que independientemente del procedimiento, las pacientes reflejaron un buen nivel de satisfacción.

En la **tabla 3** se muestran los resultados de eventos adversos de la radiación obtenidos en cada grupo, cabe mencionar que 2 particularidades de esta escala son: 1) las puntuaciones varían desde 6 (puntuación mínima) hasta 18 (puntuación máxima) y 2) esta escala carece de una tabla de conversión, por lo que una puntuación cercana a 18 refleja un mejor resultado. Sin embargo, al comparar ambos grupos, no hubo diferencia significativa en relación a la radioterapia.

Como se reportó en la **tabla 1**, una parte de las pacientes recibió una reconstrucción con aloplástico (implante/expansor) y las 5 pacientes restantes recibieron una reconstrucción de tipo tejido autógeno (abdomen/dorsal ancho). De este último grupo, 3 pacientes recibieron una reconstrucción con dorsal ancho y 2 una reconstrucción del tejido abdominal. Del total de las pacientes con cirugía reconstructiva, 8 recibieron reconstrucción de pezón. En la **tabla 4** se realizó un comparativo entre los tipos de reconstrucción que recibieron las pacientes, en el cual no se encontró diferencia significativa. Por lo que el tipo de reconstrucción no influyó en la satisfacción de las pacientes.

La **tabla 5** busca encontrar la relación que puede existir entre algunas covariables (edad, estado civil, hijos, estadio, neoadyuvancia, tipo de neoadyuvancia, adyuvancia y tipo de adyuvancia) y las escalas de satisfacción con el pecho, bienestar psicosocial, bienestar físico, bienestar sexual en las pacientes mastectomizadas con reconstrucción mamaria. Se encontró una diferencia estadísticamente significativa al evaluar la escala de bienestar sexual y la lateralidad de la mastectomía ( $p=0,006$ ); a su vez, se obtuvo una relación significativa en relación al tipo de adyuvancia y las puntuaciones de la escala de bienestar psicosocial ( $p=0,001$ ). Al evaluar la misma relación en las pacientes sin reconstrucción mamaria, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las puntuaciones obtenidas de cada escala.

## Discusión

En el presente estudio se tomaron características clínico-demográficas, consideradas factores relevantes que podrían

**Tabla 2** Comparación de la calidad de vida y la satisfacción según los procedimientos\*

	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza	Valor de p*
<i>Satisfacción con el pecho</i>				
Mastectomía	42	25,740	30,869–53,131	0,046
Mastectomía + Reconstrucción	53,130	17,277	45,660–60,601	
<i>Bienestar psicosocial</i>				
Mastectomía	67,652	21,285	58,448–76,856	0,651
Mastectomía + Reconstrucción	65,173	15,144	58,625–71,723	
<i>Bienestar físico</i>				
Mastectomía	79,478	17,715	71,818–87,139	0,088
Mastectomía + Reconstrucción	86,087	14,804	79,685–92,489	
<i>Bienestar sexual</i>				
Mastectomía	37,444	28,576	23,234–51,655	0,029
Mastectomía + Reconstrucción	53,957	17,672	46,314–61,599	

\* Prueba T de student.

**Tabla 3** Comparación de los eventos adversos de la radiación según los procedimientos

	N	Media	Desviación estándar	Intervalo de confianza	Valor de p*
<i>Eventos adversos de la radiación</i>					
Mastectomía	17	14,294	3,567	12,118–15,099	0,11
Mastectomía + Reconstrucción	6	11,666	2,338	9,213–14,120	

\* Prueba T de student

intervenir en la satisfacción y la calidad de vida de las pacientes, como la edad, la cual varía entre los 30 y 65 años. Si bien es cierto, el cáncer de mama es una neoplasia cuyo grupo etario más afectado se encuentra entre los 40 y 69 años<sup>21</sup>, se ha podido observar que cada vez se diagnostica en pacientes más jóvenes. En el estudio epidemiológico realizado por Chávez A. et al. encontraron que el grupo de edad que presentó mayor cantidad de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama, fue entre los 41 y 50 años

(149 casos); a pesar de tal hallazgo, el grupo de 31 a 40 años obtuvo una cantidad representativa de casos (60 pacientes)<sup>22</sup>. En el presente estudio, la edad promedio de las pacientes al momento de aplicar el instrumento fue de 48,4; siendo la mínima de 32 años y la máxima de 65 años. Así mismo, se tomaron en cuenta las variables, descritas en la [tabla 1](#), sin embargo, estudios internacionales, evaluaron otros factores además de los ya mencionados como: IMC, si las pacientes fueron fumadoras, el nivel educativo, el

**Tabla 4** Comparación de la calidad de vida y la satisfacción según la técnica de reconstrucción mamaria

	Reconstrucción mamaria		Intervalo de confianza	Valor de p*
	Media	Desviación estándar		
<i>Satisfacción con el pecho</i>				
Aloplásticos (expansor/implante)	54,555	18,881	45,166–66,945	0,466
Autógeno (Dorsal/TRAM/DIEP)	48,000	9,192	36,586–59,414	
<i>Bienestar psicosocial</i>				
Aloplásticos (expansor/implante)	67,555	15,485	59,854–75,256	0,157
Autógeno (Dorsal/TRAM/DIEP)	56,600	11,171	42,728–70,471	
<i>Bienestar físico</i>				
Aloplásticos (expansor/implante)	84,888	15,300	77,280–92,497	0,474
Autógeno (Dorsal/TRAM/DIEP)	90,400	13,446	73,704–107,095	
<i>Bienestar sexual</i>				
Aloplásticos (expansor/implante)	55,500	19,224	45,940–65,059	0,439
Autógeno (Dorsal/TRAM/DIEP)	48,400	9,889	36,120–60,679	

DIEP: Deep Inferior Epigastric Perforator (perforantes de la epigástrica inferior profunda); TRAM: Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap (músculo recto transverso del abdomen).

\* Prueba T de student.

**Tabla 5** Comparación de la satisfacción y la calidad de vida en las pacientes con reconstrucción y las variables cualitativas

Variables	Satisfacción con el pecho	Valor de p*	Bienestar psicosocial	Valor de p*	Bienestar físico	Valor de p*	Bienestar sexual	Valor de p*	
<i>Edad</i>	≤ 45 años	51,923	0,711	62,153	0,285	81,846	0,119	52,846	0,739
	46-65 años	54,700		69,100		91,600		55,400	
<i>Estado civil</i>	Casada/conviviente	54,333	0,509	68,250	0,278	85,600	0,302	51,800	0,510
	Soltera	53,500		63,133		79,000		64,750	
	Viuda	75,000		93,000		80,000		59,000	
<i>Hijos</i>	Divorciada	39,333		62,000		100,000		48,667	
	Con hijos	51,900	0,390	64,000	0,349	86,350	0,832	51,850	0,144
<i>Lateralidad de la mastectomía</i>	Sin hijos	61,333		73,000		84,333		68,000	
	Unilateral	52,905	0,844	66,238	0,285	86,476	0,693	56,905	0,006
<i>Estadio</i>	Bilateral	55,500		54,000		82,000		23,000	
	Estadio I	45,143	0,335	69,429	0,761	89,714	0,731	53,571	0,623
<i>Neoadyuvancia</i>	Estadio II	57,500		64,833		85,333		54,500	
	Estadio III	54,000		58,750		82,000		53,000	
	Estadio IV	0,000		0,000		0,000		0,000	
	No sabe	0,000		0,000		0,000		0,000	
	Sí	55,333	0,635	61,333	0,341	83,444	0,505	47,333	0,154
<i>Tipo de Neoadyuvancia</i>	No	5,714		67,643		87,786		58,214	
	Quimioterapia	55,500	0,957	61,250	0,676	81,375	0,486	46,625	0,820
	Radioterapia	54,000		62,000		100,000		53,000	
	Ambas	0,000		0,000		0,000		0,000	
<i>Tipo de reconstrucción</i>	No recibió	51,714		67,643		87,786		58,214	
	Aloplásticos (expansor/implante)	54,556	0,466	67,556	0,157	84,889	0,474	55,500	0,440
	Autógeno (Dorsal/TRAM/DIEP)	48,000		56,600		90,400		48,500	
<i>Tiempo de reconstrucción</i>	Inmediata	56,818	0,339	71,091	0,072	83,364	0,411	55,091	0,776
	Diferida	49,750		59,750		88,593		52,917	
<i>Adyuvancia</i>	Si	53,900	0,856	70,100	0,177	81,200	0,170	53,500	0,916
	No	52,538		61,384		89,846		54,308	
<i>Tipo de Adyuvancia</i>	Quimioterapia (QT)	60,000	0,448	89,250	0,001	82,000	0,248	67,000	0,491
	Radioterapia (RT)	41,500		60,500		68,000		33,000	
	Ambas	54,000		55,750		87,000		50,250	
	Ninguna	52,538		61,385		89,846		54,308	

DIEP: Deep Inferior Epigastric Perforator (perforantes de la epigástrica inferior profunda; TRAM: Transverse Rectus Abdominis Musculocutaneous Flap (músculo recto transverso del abdomen).

\* Prueba de Kruskal Wallis, T de Student, Test de Shapiro Wilk.

tiempo transcurrido desde la cirugía a la aplicación del instrumento, etc<sup>15,23,24</sup>.

Con respecto a las escalas relacionadas con la satisfacción y la calidad de vida, se valoró inicialmente: la satisfacción con el aspecto de la mama, el bienestar psicosocial, el bienestar físico, y el bienestar sexual posmastectomía (tabla 2). Se encontró que en el grupo de pacientes que recibió una reconstrucción mamaria se obtuvo una media superior en sus puntuaciones, reflejando que las pacientes reconstruidas tienen un mejor resultado en estas escalas, en comparación al grupo de pacientes sin reconstrucción. Esto puede deberse a que el procedimiento de mastectomía radical suele resultar traumático y afectar diversas esferas de la vida humana, además de que se incrementan las preocupaciones por la misma enfermedad; sin embargo con la cirugía reconstructiva estas esferas se ven afectadas en diferente medida<sup>25</sup>.

Nuestros resultados son comparables con otros estudios de la literatura revisada; por ejemplo, Eltahir Y. et al. concluyen que efectivamente las mujeres con reconstrucción mamaria

tienen mayor satisfacción con su mama (reconstrucción = 70,46; mastectomía = 60,33; p = 0,003), bienestar psicosocial (reconstrucción = 75,52; mastectomía = 66,62; p = 0,008) y sexual (reconstrucción = 61,01; mastectomía = 49,42; p = 0,007) en comparación a las mujeres que solo recibieron la mastectomía; así mismo, no se encontró diferencia significativa con respecto al bienestar físico del pecho (p = 0,116). En nuestro trabajo de investigación; no se encontraron resultados significativos con la escala de bienestar psicosocial (p = 0,651), y al igual que en el estudio de Eltahir Y. et al. no se encontró significación con respecto al bienestar físico (p = 0,088). Sin embargo, se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en la escala de satisfacción con el pecho y bienestar sexual en la tabla 2 (p = 0,046 y p = 0,029 respectivamente). Tomando en cuenta las escalas evaluadas, se podría indicar que las pacientes con reconstrucción mamaria, de manera global, mostraron una mejor satisfacción y calidad de vida en comparación al grupo sin cirugía reconstructiva<sup>23</sup>.

En relación a los resultados entre la atención brindada por el centro y la satisfacción de las pacientes, se observaron en ambos grupos resultados cercanos a la puntuación mayor (100). A pesar de que las pacientes se encontraban en distintas etapas de la enfermedad (lo cual pudo marcar la diferencia entre ambos grupos en estas escalas), los resultados reflejaron que, independientemente del procedimiento, la atención brindada por el cirujano, el personal de salud y el administrativo, fue adecuada y de calidad en la mayoría de los casos. Esto podría deberse a que toda la población incluida en el estudio fue de un solo centro oncológico privado. Estos resultados difieren de lo encontrado en la literatura internacional, donde se obtuvieron mejores resultados en el grupo de pacientes con reconstrucción; sin embargo, estos estudios fueron realizados en entidades públicas<sup>23,24</sup>.

A pesar de que no se encontró significación estadística al evaluar a las pacientes que recibieron radioterapia, se obtuvo una media de puntuaciones superior en las pacientes mastectomizadas en la escala de satisfacción con el pecho en comparación al grupo con reconstrucción mamaria. Esto podría estar condicionado al número de sesiones de radioterapia que recibieron las pacientes en cada caso y al tiempo de exposición por cada sesión al momento en el que se inició la radioterapia posterior a la cirugía<sup>26</sup>.

Tal y como se detalló en la [tabla 1](#), en el grupo de pacientes con reconstrucción mamaria se observó que algunas de las pacientes fueron reconstruidas con aloplásticos (implantes/expansores) y otro grupo, con tejido autógeno. No se encontró diferencia significativa entre ambos grupos, a diferencia de la literatura internacional<sup>10,27,28</sup>. Gómez-Escolar L, et al. reportaron que el grupo de las pacientes reconstruidas con tejido autógeno obtuvo mejores resultados en las escalas de satisfacción, calidad de vida y satisfacción total (reconstrucción con tejido autógeno = 81,133; reconstrucción con implante = 73,397;  $p=0,028$ ); así mismo Alderman et al. concluyeron que las pacientes reconstruidas con tejido autógeno (colgajo abdominal) obtuvieron mejores puntuaciones en comparación a los implantes (reconstrucción con tejido autógeno = 81,133; reconstrucción con implante = 73,397,  $p=0,03$ ). A pesar de no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en nuestra investigación, las futuras investigaciones sí podrían hacerlo, ya que; al no ser el objetivo principal del trabajo, la muestra con la que se realizó esta evaluación fue baja y no era comparable (aloplásticos=18 pacientes; tejido autógeno=5 pacientes).

En la presente investigación se buscó determinar la relación entre las variables clínico-demográficas descritas en la [tabla 1](#) y las escalas de satisfacción y calidad de vida de cada grupo de estudio; sin embargo, solo se encontró relación en 2 de las 4 escalas evaluadas (bienestar sexual y bienestar psicosocial) en relación con la bilateralidad de la mastectomía y el tipo de adyuvancia recibida según la reconstrucción mamaria. Este segmento es el más discutible, debido a que varía mucho en la literatura internacional, los factores que son influyentes en los resultados no son los mismos en todos los artículos revisados. Tal y como lo describen García-Solbas S. et al., quienes encontraron que la edad, el IMC, la localización del tumor y una cirugía previa, fueron estadísticamente significativos en relación a las escalas de «bienestar psicosocial, bienestar físico y bienestar sexual»<sup>24</sup>. En contraste, Gómez-Escolar et al.

reportaron que las variables como la edad, el tipo de mastectomía, el tratamiento adyuvante y los tipos de reconstrucción, no presentaron resultados estadísticamente significativos<sup>10</sup>. Estos son algunos ejemplos que avalan que es difícil determinar qué variables afectarían directamente los resultados del cuestionario.

## Limitaciones

Con respecto a las limitaciones del estudio, una de ellas fue, que se realizó en un solo centro médico, y por tal motivo, recomendamos que las investigaciones futuras sean multicéntricas, considerando instituciones tanto públicas como privadas, tomando en cuenta otras variables que pueden estar relacionadas con los resultados como el IMC, el tiempo que transcurrió desde la mastectomía hasta la reconstrucción mamaria, la localización del tumor, si las pacientes recibieron o no otras cirugías en el pasado, etc. Así mismo, debido a la naturaleza del estudio, por conveniencia y no randomizado, la decisión de recibir o no la reconstrucción mamaria fue tomada por cada una de las pacientes y el cirujano, por lo que las variables que ayudaron a tomar esta decisión pudieron influir al momento de responder el cuestionario BREAST-Q. Por otro lado, al no contar con una evaluación preoperatoria empleando el cuestionario BREAST-Q, no es posible hacer una comparación con los resultados obtenidos al evaluar a las pacientes en su postoperatorio. Así mismo, en el presente estudio se evidencia que el grupo de pacientes con reconstrucción mamaria fue heterogéneo, ya que en el mismo grupo algunas pacientes recibieron una reconstrucción con tejido autógeno y otras con aloplásticos, por tal motivo se sugiere que, para futuras investigaciones, se podría tomar en cuenta la valoración según la técnica quirúrgica empleada.

## Conclusiones

Al aplicar el cuestionario Breast-Q en las pacientes que formaron parte del estudio se observaron resultados superiores en las pacientes con reconstrucción mamaria en comparación al grupo de pacientes sin reconstrucción mamaria, demostrando así una mejor satisfacción y calidad de vida y con ello, una óptima alternativa quirúrgico-estética.

## Financiación

El presente artículo carece de fuentes de financiación.

## Responsabilidades éticas

Debido a que se trata de un trabajo observacional, los riesgos fueron nulos. Cada una de las pacientes incluidas en el estudio realizaron el llenado del consentimiento informado. La información obtenida por la base de datos y brindada por las pacientes fue manejada adecuadamente por las investigadoras principales, garantizando así la total confidencialidad de la información recolectada. Además, se les garantizo que, si los resultados de este estudio fueran

publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas involucradas.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

## Contribución de los autores

Todos los autores han contribuido de manera conjunta y a partes iguales la presentación, argumentación y redacción del presente trabajo de investigación.

## Agradecimientos

El presente trabajo de investigación fue realizado bajo la asesoría y supervisión de la Dra. Miluska Bromley, a quien nos gustaría expresar nuestro agradecimiento, por hacer posible la realización de este estudio, por la dedicación y el apoyo que ha brindado al trabajo. A nuestros padres, por darnos la vida y por el apoyo incondicional en todo lo que nos hemos propuesto y sobre todo por todas las formas de amor que tienen hacia nosotras. A nuestros hermanos, por ser motores que nos impulsaron a mejorar cada día. A Dios, sobre todas las cosas, por darnos la oportunidad de vivir, la sabiduría, la libertad de elegir, por su sagrada protección y por guiarnos en este camino llamado vida. Finalmente, al Centro Oncológico por el apoyo y la accesibilidad brindada durante el estudio y, a la Universidad Científica del Sur, por ser nuestra casa de estudios, la educación y guía.

## Bibliografía

- Observatorio Global del Cáncer [Internet]. [Consultado 19 feb 2021]. Disponible en: <https://gco.iarc.fr/>.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin*. 2018;68(6):394–424.
- Vázquez C. Cirugía del cáncer de mama: técnicas quirúrgicas de tratamiento y de reconstrucción, momento y tiempos de recuperación. *Med Segur Trab (Madr)*. 2016;62(suppl extra):116–24.
- Cruz-Benítez L, Morales-Hernández E. Historia y estado actual sobre los tipos de procedimientos quirúrgicos realizados en cáncer de mama. *Gac Mex Oncol*. 2014;13(2):124–33.
- Plesca M, Bordea C, El Houcheimi B, Ichim E, Blidaru A. Evolution of radical mastectomy for breast cancer. *J Med Life*. 2016;9(2):183–6.
- Ho AY, Hu ZI, Mehrara BJ, Wilkins EG. Radiotherapy in the setting of breast reconstruction: types, techniques, and timing. *Lancet Oncol*. 2017;18(12):742–53.
- BREAST-Q Version 2.0©, A guide for researchers and clinicians, 2017, Memorial Sloan Kettering Cancer Center, [Consultado 06 Oct 2021] Disponible en: <https://qportfolio.org/wp-content/uploads/2018/12/BREAST-Q-USERS-GUIDE.pdf>.
- Mundy LR, Homa K, Klassen AF, Pusic AL, Kerrigan CL. Breast cancer and reconstruction: normative data for interpreting the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(5):1046e–55e.
- Jara R, Albornoz C, Valdés M, Andrades P, Erazo C, Danilla S, et al. Traducción y adaptación transcultural al español del instrumento Breast-Q. *Rev Cir*. 2020;72(2):126–9.
- Gómez-Escolar Larrañaga L, Delgado Martínez J, Miguelena Bobadilla JM. Valoración de la satisfacción en pacientes mastectomizadas con reconstrucción mamaria según la técnica quirúrgica empleada. *Cir Esp*. 2017;95(10):594–600.
- Santosa KB, Qi J, Kim HM, Hamill JB, Wilkins EG, Pusic AL. Long-term patient-reported outcomes in postmastectomy breast reconstruction. *JAMA Surg*. 2018;153(10):891–9.
- Guyomard V, Leinster S, Wilkinson M. Systematic review of studies of patients' satisfaction with breast reconstruction after mastectomy. *Breast*. 2007;16(6):547–67.
- Romanoff A, Zabor EC, Stempel M, Sacchini V, Pusic A, Morrow M. A Comparison of patient-reported outcomes after nipple-sparing mastectomy and conventional mastectomy with reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 2018;25(10):2909–16.
- Flanagan MR, Zabor EC, Romanoff A, Fuzesi S, Stempel M, Mehrara BJ, et al. A comparison of patient-reported outcomes after breast-conserving surgery and mastectomy with implant breast reconstruction. *Ann Surg Oncol*. 2019;26(10):3133–40.
- Gallegos Sierra C, Morales Flores E, Salgado Villarreal J. Quality of life in breast reconstruction after mastectomy. Application of the Breast-Q instrument Cir plást ibero-latinoam. 2019;45(4):369–76.
- G.I. Mendoza Jimenez, Calidad de vida de las pacientes mastectomizadas en el área oncológica de un hospital nacional marzo-julio 2017, 2017, Universidad peruana Cayetano Heredia (tesis de grado). Universidad Peruana Cayetano Heredia, [Consultado 20 Oct 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12866/3551>.
- Medina-Bueno GA, Jaramillo-saavedra E. Factors associated with quality of life in mastectomized patients. *Rev Peru Investig en Salud*. 2020;4(4):24–30.
- Soto-Cáceres Cabanillas R, Soto Cáceres V. Nivel de percepción de calidad de vida en las pacientes con y sin intervención quirúrgica radical de cáncer de mama. Hospital Nacional Almanzor Aguinaga. Chiclayo. *Rev del Cuerpo Médico Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2013;6(1):25–9.
- C.F. Díaz Vasquez and C.E. Pacherras Ochoa, Calidad de vida de mujeres con mastectomía, del servicio de cirugía del Hospital Regional Docente Las Mercedes Chiclayo 2016 (Tesis de grado), 2016, Universidad Señor de Sipán, [Consultado 22 Nov 2021] Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12802/2998>.
- C.F. Cristobal Vilchez and L.D. Ruiz Cabrera, Calidad de vida e imagen corporal en mujeres mastectomizadas en el servicio de oncología del Hospital Nacional Cayetano Heredia, Lima-2016 (tesis de grado), 2018, Universidad Privada Norbert Wiener, [Consultado 11 Nov 2021] Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1898>.
- Ministerio de. Salud del Perú, Plan Nacional Para La Prevención Y Control De Cáncer De Mama En El Perú 2017-2021, [Consultado 4 Set 2021] Disponible en; 2021 <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4234.pdf>.
- Chávez González A, Vergara CG, Trejo OB. Cáncer de mama: experiencia de 11 años en el Hospital Ángeles Mocol. *Acta méd Grupo Ángeles*. 2019;17(2):115–8.
- Eltahir Y, Werners LLCH, Dreise MM, Van Emmichoven IAZ, Jansen L, Werker PMN, et al. Quality-of-life outcomes between mastectomy alone and breast reconstruction: Comparison of patient-reported BREAST-Q and other health-related quality-of-life measures. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132(2):201–9.
- García-Solbas S, Ángel Lorenzo-Liñán M, Castro-Luna G. Long-term quality of life (BREAST-Q) in patients with mastectomy and breast reconstruction. *Public Health*. 2021;18:9707.
- Dean C, Chetty U, Forrest APM. Effects of immediate breast reconstruction on psychosocial morbidity after mastectomy. *Lancet*. 1983;26(8322):459–62.



26. Cordeiro PG, Pusic AL, Disa JJ, McCormick B, VanZee K. Irradiation after immediate tissue expander/implant breast reconstruction: Outcomes, complications, aesthetic results, and satisfaction among 156 patients. *Plast Reconstr Surg.* 2004;113(3):877–81.
27. Alderman AK, Wilkins EG, Lowery JC, Kim M, Davis JA. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2000;106(4):769–76.
28. Tønseth KA, Høkland BM, Tindholdt TT, Åbyholm FE, Stavem K. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 2008;61(10):1188–94.