Sesión científica

Impacto de la cirugía oncoplástica mamaria en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Cecilia R. Campopiano[1], Romina A. Romero[2], Miguel A. Yaniuk[3]

Resumen

Introducción

La especialidad en cirugía oncoplástica ha evolucionado de manera drástica durante las últimas décadas. La evaluación por medio de instrumentos PROM (Patient-Reported Outcome Measures) permite conocer cuál es la influencia que tienen el diagnóstico, el tratamiento, el seguimiento y la supervivencia en estas pacientes.

Objetivo

Analizar cuál es el grado de satisfacción en el bienestar físico, psicosocial y en la autoimagen de las mujeres intervenidas con cirugías oncoplásticas en el Hospital Parmenio Piñero. El objetivo secundario es plantear la factibilidad, comprensión y nivel de respuesta de la versión traducida en vías de validación del BRECON-31 como herramienta para evaluar la satisfacción de las pacientes.

1 Médica tocoginecóloga. Mastóloga. Médica de planta del Hospital Parmenio Piñero.
2 Médica tocoginecóloga. Mastóloga. Médica de planta del Hospital Parmenio Piñero.
3 Médico cirujano general. Mastólogo. Jefe de la Unidad de Cirugía General y director de la Unidad de Mastología del Hospital Parmenio Piñero.

Correo electrónico: ceci1987campopiano@gmail.com

Materiales y método

El diseño metodológico es observacional, analítico y de corte transversal. Se aplican pruebas estadísticas y se reclutaron 67 pacientes, quienes contestaron correctamente la encuesta, de manera presencial en la institución y algunas pocas por vía correo electrónico.

Resultados

Se halló una diferencia en la subescala Preocupación por el bienestar físico al comparar ambos tipos de intervención (mastectomía frente a cirugía conservadora, ambas con técnicas oncoplásticas; p = 0,0422). La preocupación fue mayor en las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción mediante tejido autólogo o heterólogo que en aquellas con conservación de la mama mediante técnicas oncoplásticas.

La segunda diferencia significativa se registró en la asociación de la subescala Bienestar psicosocial con la cantidad de cirugías realizadas (p = 0,0014): a mayor cantidad de intervenciones quirúrgicas, menor fue la puntuación obtenida en dicha escala.

Conclusiones

El cuestionario BRECON-31 resultó un instrumento completo, mucho más conciso y didáctico que otros en lo que respecta a calidad de vida. Por ello, sería valiosa la traducción oficial al español para poder implementarlo masivamente.

Palabras Clave

reconstrucción mamaria, calidad de vida, mastectomía, satisfacción del paciente, cuestionario BRECON-31.

Abstract

Introduction

The specialty of oncoplastic surgery has evolved dramatically over the past few decades. Evaluation using Patient-Reported Outcome Measures (PROMs) allows for an understanding of how diagnosis, treatment, follow-up, and survival impact these patients.

Objective

To analyze the level of satisfaction regarding physical well-being, psychosocial well-being, and body image among women undergoing oncoplastic surgery at Hospital Parmenio Piñero. The secondary objective is to evaluate the feasibility, comprehension, and response rate of the translated, undergoing validation of the BRECON-31 questionnaire as a tool to assess patient satisfaction.

Materials and method

The methodological design is observational, analytical, and cross-sectional. Statistical tests were applied, and 67 patients were recruited; all completed the survey accurately, mostly in person at the institution and a few via email.

Results

A significant difference was found in the Physical Well-being Concern subscale when comparing both types of intervention (mastectomy vs. breast-conserving surgery, both utilizing oncoplastic techniques; p = 0.0422). Concern was higher in patients undergoing mastectomy with autologous or heterologous reconstruction than in those undergoing breast conservation with oncoplastic techniques. The second significant difference was recorded in the association between the Psychosocial Well-being subscale and the number of surgeries performed (p = 0.0014): a higher number of surgical interventions was associated with a lower score on this scale.

Conclusions

The BRECON-31 questionnaire proved to be a comprehensive instrument—much more concise and user-friendly than others—regarding quality of life. Therefore, an official Spanish translation would be valuable to enable its widespread implementation.

Key words

breast reconstruction, quality of life, mastectomy, patient satisfaction, BRECON-31 questionnaire.

Introducción

La cirugía oncoplástica ha evolucionado de manera drástica durante las últimas décadas, independientemente de los diferentes estadios clínicos y pronósticos de la enfermedad. Ya se ha demostrado que las pacientes intervenidas mediante este enfoque quirúrgico presentan un alto índice de satisfacción en el ámbito tanto estético como emocional.[1] El término cirugía oncoplástica mamaria fue acuñado por Werner Audretsch en 1994. Si bien en la primera definición están incluidas todas las prácticas quirúrgicas relacionadas con la cirugía plástica y reparadora, posteriormente comenzó a incorporarse la cirugía mamaria en este campo. Esta perspectiva integral logró una exitosa resección tumoral con margen adecuado y menor tasa de resección. Además, mejoró la aplicación y eficacia de la radioterapia y amplió las indicaciones de cirugía conservadora en antiguas indicaciones de mastectomía, en busca de una tendencia hacia la minimización de las potenciales secuelas estéticas.[2,3]

Según el Ministerio de Salud de la Nación Argentina, durante el año 2021, la tasa bruta de mortalidad de mujeres con cáncer de mama fue de 24,4 defunciones cada 100.000. El rango etario de estas defunciones se situó entre los 64 y los 80 años, lo que indica que cuanto más años de vida posee la mujer, mayor es la probabilidad de muerte producida por esta enfermedad.[4] Mediante el Sistema de Vigilancia Epidemiológica y Reporte de Cáncer (SIVER-Ca), se ha informado una incidencia que supera los 22.000 casos anuales, con un total de fallecimientos que alcanza los 6000 decesos a causa de la enfermedad.[5] En cuanto a la observación internacional (GLOBOCAN), durante el año 2020, el número de decesos rozó los 700.000 anuales.[6]

La detección precoz mediante los controles mamarios periódicos se ha incrementado gracias a la concientización desarrollada durante la última década en materia de salud. Esta modalidad de diagnóstico oportuno ha permitido aumentar la esperanza de vida de las pacientes y lograr, en muchos casos, la curación de la enfermedad. En paralelo con ello, se ha incrementado el pedido de una restauración cosmética o estética en las mujeres que son diagnosticadas con cáncer de mama. Esto implica un nuevo desafío para el mastólogo: "una nueva filosofía de trabajo", "un nuevo enfoque". En otras palabras, una perspectiva que incluya la evaluación inicial de la anatomía existente de la paciente, la propia satisfacción con sus mamas, el grado esperado de resección completa del tejido neoplásico con márgenes de seguridad y las habilidades necesarias del cirujano para lograr un resultado óptimo.[7]

A nivel internacional, la literatura y los artículos publicados sobre la calidad de vida de las pacientes mastectomizadas sin posibilidad de reconstrucción mamaria poscirugía han sido tema de investigación.[8-10] Esto llevó a varios cirujanos comprometidos en dicha área de diferentes países —como Melvin Silverstein, Gail Lebovic y Scott Spear en Estados Unidos; Krishna Clough en Francia; Werner Audretsch en Alemania; Umberto Veronesi y Andrea Grisotti en Italia; Cícero Urban en Brasil, y Eduardo González en Argentina, entre otros— a conceptualizar la fusión de la resección del cáncer con el esfuerzo de mantener (o mejorar) la apariencia de la mama. Se desarrollaron y emplearon técnicas para mejorar la estética después de la mastectomía y la cirugía conservadora, y se promovió agregar procedimientos de simetría en la mama sana para completar el abordaje estético. Propusieron, de esta manera, la noción proactiva de una "cura estética del cáncer de mama"; es decir, una visión oncoplástica de la enfermedad.[11]

La calidad de vida relacionada con la salud y el cáncer de mama se definió como la percepción de las pacientes sobre su propia salud física y psicosocial. En la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, desde el año 2013 los hospitales públicos trabajan con la Ley de Salud Pública N.º 26.872 sobre patología mamaria, cirugía reconstructiva y cobertura médica. Esta ley otorga un derecho a las pacientes que les permite preservar y mejorar la imagen estética y cosmética, así como los aspectos psicológicos que se vean afectados por la cirugía oncológica.[12]

Todas las dimensiones de la salud referidas por los pacientes se engloban dentro del término "resultados percibidos por los pacientes" (PRO, por sus siglas en inglés), definido por la Administración de Alimentos y Medicamentos de los Estados Unidos (FDA) como "cualquier medición de algún aspecto del estado de salud del paciente que sea realizada directamente por el paciente".[13] Un concepto relacionado son los PROM (Patient Reported Outcomes Measures), que representan las herramientas a partir de las cuales se recolecta la información mediante cuestionarios. Hay tres instrumentos de medida de resultados informados por los pacientes que tienen una validez de contenido adecuada para la reconstrucción mamaria: BREAST-Q, BRECON-31 y EORTC QLQ-BRECON-23. Para este trabajo decidimos implementar el cuestionario BRECON-31 con ciertas herramientas del FACT-B (Functional Assessment of Cancer Therapy).[14] Estos cuestionarios permiten conocer el grado de satisfacción y cómo influyen el diagnóstico, tratamiento, seguimiento y supervivencia de estas mujeres en relación con la calidad de vida vinculada a su cirugía oncoplástica.

Objetivo

El objetivo principal del presente trabajo es analizar el grado de satisfacción respecto del bienestar físico, psicosocial y de la autoimagen de las pacientes intervenidas con cirugías oncoplásticas en el Hospital Parmenio Piñero durante el período comprendido desde enero de 2007 hasta diciembre de 2023.

El objetivo secundario es plantear la factibilidad, comprensión y nivel de respuesta de la versión traducida en vías de validación del BRECON-31, como herramienta para evaluar la satisfacción de las pacientes.

Materiales y método

El diseño metodológico fue observacional, analítico y de corte transversal. Se aplicaron pruebas estadísticas y se compararon dos grupos de pacientes. Se utilizó el cuestionario BRECON-31 y FACT-B modificados.

Recolección de datos: población

Los datos de las pacientes durante el periodo de estudio han sido recolectados por medio de la historia clínica en soporte de papel y de la versión digital SIGHEOS que posee el Hospital Piñero. Este proyecto fue autorizado por el Comité de ética en el año 2023.

Criterios de inclusión:

• Diagnóstico de carcinoma invasor, carcinoma in situ y tumor *phyllodes*.

• Pacientes que recibieron mastectomías con reconstrucción inmediata o diferida utilizando material heterólogo (expansor o prótesis mamaria) o material autólogo.

• Pacientes que recibieron cirugía conservadora mediante la utilización de técnicas oncoplásticas (desplazamientos dermoglandulares, *Round-Block*, Grisotti, mastopexia en T invertida), corrección de secuelas quirúrgicas, simetrizaciones o *lipofilling*.

• Tiempo mínimo de cirugía reconstructiva hasta el momento de la encuesta de satisfacción no menor a 3 meses.

Criterios de exclusión:

• Pacientes con diagnóstico de metástasis o carcinoma inflamatorio.

• Pacientes que se perdieron en el seguimiento.

• Pacientes que se negaron a contestar la encuesta.

Cuestionario:

Se utilizó el cuestionario BRECON-31 junto con un conjunto de preguntas seleccionadas del FACT-B. Consta de un total de 44 preguntas (ver Anexo). El BRECON-31 es el instrumento más estricto y confiable para reducir el exceso de respuestas en comparación con otros cuestionarios.[15] Si bien es utilizado en Latinoamérica, este cuestionario no presenta aún su validación internacional oficial al español. El trabajo de traducción del documento oficial se realizó en conjunto entre Liliana Nélida Giovannetti (Traductora Pública en inglés. Matrícula N.o 5153 - T° XIV F° 473, CTPCBA); la autora del cuestionario original: Dra. Claire Temple-Oberle (Universidad de Calgary, Canadá) y la colaboración de la Dra. Priscial Rojas de México.

El objetivo de una traducción oficial de un cuestionario de calidad de vida es lograr la equivalencia conceptual y clínica, nunca una traducción literal palabra por palabra. El desarrollo y la traducción de un cuestionario requieren que los investigadores consideren minuciosamente los aspectos relacionados con su formato, así como el significado y la pertinencia de los ítems. Una vez completada la etapa de desarrollo o traducción, es importante realizar una prueba piloto para asegurar que los ítems sean comprendidos e interpretados correctamente por los participantes. La etapa de validación es crucial para garantizar la solidez psicométrica del cuestionario y consta de cinco pasos:

1. Traducción directa *(Forward)*: requiere al menos dos traductores bilingües independientes. Uno debe ser clínico del área perioperatoria o del dolor (que entienda el contexto médico); el otro debe ser un traductor profesional ajeno a la medicina (para captar el lenguaje coloquial).

2. Síntesis: ambos traductores y el equipo de investigación consensúan las diferencias para crear una única versión preliminar.

3. Traducción inversa *(Back-translation)*: dos nuevos traductores independientes, nativos del idioma original y bilingües, traducen la versión sintetizada de vuelta al idioma original. Estos traductores deben estar cegados respecto de los objetivos del cuestionario.

4. Revisión del comité: se compara la traducción inversa con el cuestionario original. Se evalúa la equivalencia semántica (significado), idiomática (expresiones), experiencial (vida diaria) y conceptual (significado del constructo).

5. Prueba piloto y presentación final: se aplica el cuestionario preliminar a un grupo pequeño (de 15 a 30 pacientes) y se realizan entrevistas cognitivas para confirmar que los pacientes interpreten los descriptores de dolor exactamente como se planeó. Por último, se procede a la presentación del trabajo científico con la validación oficial al idioma.

Actualmente nos encontramos en esta última etapa, confeccionando la presentación del trabajo científico del cuestionario para su posterior evaluación.

La validez del BRECON-31 se evaluó mediante la comparación con el BREAST-Q y el EQ-5D (EuroQol-5 Dimensions), el cual evalúa la calidad de vida en cuatro dimensiones: movilidad, autocuidado, actividades habituales y dolor. Se empleó la versión 4 del FACT- B para las preguntas relacionadas con el aspecto psicosocial no presentes en el BRECON- 31.[14] La elección de este instrumento fue por su utilidad para comparar la eficacia de las diferentes técnicas de reconstrucción mamaria, predecir resultados, aconsejar a futuras pacientes acerca de las expectativas tras la cirugía, y potenciar la creación de programas de mejora de la calidad en los sistemas de salud pública.

Los principales ítems del cuestionario se relacionan con estos temas:

• Autoimagen: sentimientos de normalidad, feminidad y atractivo.

• Preocupación por los brazos: función del hombro, dolor, hinchazón del brazo y pérdida de sensibilidad.

• Intimidad: impacto de la reconstrucción en las relaciones íntimas.

• Satisfacción: evaluación general con el resultado de la reconstrucción mamaria.

• Recuperación: preocupación por la cirugía y la percepción de la duración de su recuperación.

• Autoconciencia: la sensación de alivio o tranquilidad que experimentan cuando otras personas observan sus mamas.

• Expectativa: sentirse bien informada y preparada respecto de la reconstrucción mamaria.

Inicialmente, se enviaron 120 encuestas a las pacientes que cumplían con los criterios de inclusión en el periodo comprendido entre enero de 2007 y diciembre de 2023. De estas, se excluyeron 2 pacientes por fallecimiento, 21 pacientes por no contestar el cuestionario y 30 pacientes por pérdida en el seguimiento, por lo que la muestra (*n*)

quedó conformada por 67 pacientes que respondieron correctamente. Las encuestas fueron realizadas en el Hospital y otras envidas vía correo electrónico para ser contestadas. Las pacientes debían marcar con una cruz, considerando sus propios sentimientos sobre la satisfacción con su cirugía de reconstrucción mamaria (en los aspectos físicos, psicosociales y en su autoimagen), en la casilla que mejor describiera hasta qué punto estaban de acuerdo con cada frase: si estaban "totalmente de acuerdo", la puntuación era 4; "de acuerdo", 3; "en desacuerdo", 2; "en total desacuerdo", 1; y si la pregunta no aplicaba (N/A), el valor era 0.

Análisis estadístico

En la descripción de las variables cuantitativas se evaluó la normalidad mediante la prueba de Shapiro-Wilk; se usaron la media y el desvío estándar para los casos de distribuciones normales, o la mediana y el rango intercuartílico para los demás. La comparación entre dos grupos se realizó mediante t-test para variables normales o con la prueba u de Mann-Whitney para variables no normales, mientras que las comparaciones entre más de dos grupos se realizaron mediante la prueba ANOVA o la prueba de Kruskal-Wallis, según correspondiera a variables normales o no, respectivamente.

Asimismo, para las mediciones de asociación entre variables cuantitativas se utilizó el coeficiente de correlación lineal de Pearson en el caso de las variables normales, y el coeficiente de correlación de rangos de Spearman para los restantes casos. Por su parte, para medir la fiabilidad de las subescalas se calcularon los coeficientes alfa de Cronbach. Todas las pruebas fueron realizadas al 5% de significación y las estimaciones por intervalos, al 95% de confianza. Finalmente, todos los análisis se efectuaron con el *software* Stata, v. 16.0.

Las subescalas o ítems principales fueron las siguientes:

a) Pareja/sexualidad

b) Preocupación por el bienestar físico

c) Autoimagen

d) Satisfacción con el cirujano o la cirugía;

e) Bienestar psicosocial.

Resultados

La media de edad de las pacientes reconstruidas fue de 52,48 años (desviación estándar: 10,79). Con respecto a la cirugía recibida, a 52 de ellas (77,61%) se les realizó mastectomía implementando técnicas reconstructivas, ya sea con material autólogo o heterólogo; a 15 de ellas (el 22,39%), se las intervino con cirugías conservadoras utilizando también técnicas reconstructivas. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma ductal (*n* = 46; 68,66%), la inmunohistoquímica más prevalente fue la de tipo luminal (*n* = 50; 74,62%), la cirugía más frecuente fue la NSM (n = 23; 34,33%); prevaleció el uso de material heterólogo (*n* = 49; 73,13%) y la reconstrucción inmediata (*n* = 35; 52,24%). Se registraron complicaciones en 5 pacientes (*n* = 5; 7,46%) y las que recibieron radioterapia fueron 20 (*n* = 20; 29,85%) (Tabla 1). Por su parte, en la Tabla 2 se consignan otras variables clínicas destacadas.

Tabla 1. *Variables clínicas: frecuencia y porcentaje.*

Cirugía	**Frecuencia**	**%**
Mastectomía con reconstrucción mediante tejido autólogo/heterólogo	52	77,61
Conservación de la mama con técnicas oncoplásticas	15	22,39
Histología		
Carcinoma ductal invasor	46	68,66
Carcinoma lobulillar invasor	6	8,96
Carcinoma mucinoso invasor	1	1,49
Carcinoma papilar invasor	3	4,48
Carcinoma ductal in situ	8	11,93
Tumor phyllodes	3	4,48
Inmunohistoquímica		
Luminales	50	74,62
HER2 positivo (+++)	6	8,96
Triple negativo	8	11,94
No se realizó	3	4,48

a. Tablas estadísticas realizadas por el profesor Pablo Valdemoros.

Tabla 2. *Otras variables clínicas destacadas.*

Tipo de cirugía	Frecuencia	%
Mastectomía simple	17	25,37
NSM	23	34,33
SSM	12	17,91
Mastopexia terapéutica	7	10,45
Roundblock	5	7,46
Grisotti	3	4,48
Tipo de material		
Material heterólogo	49	73,13
Material autólogo	3	4,48
No especificado / Otros	15	22,39
Momento de la reconstrucción		
Reconstrucción inmediata	35	52,24
Reconstrucción diferida	17	25,37
Sin reconstrucción registrada	15	22,39
Complicaciones		
Complicaciones totales	5	7,46
Extrusión protésica	2	2,99
Infección	3	4,48
Radiodermitis grado 3	2	2,99
Recibieron radioterapia	**20**	**29,85**

Tabla 3. *Interpretación de coeficiente de Cronbach.*

Cronbach´s Alpha	Interpretation
α > 0,9	Excellent
α > 0,8	Good
α > 0,7	Acceptable
α > 0,6	Quiestionable
α > 0,5	Poor

Análisis de validez del cuestionario.

Resulta fundamental a la hora de realizar un cuestionario analizar su validez mediante el grado de fiabilidad (Tabla 3). En nuestra encuesta, los coeficientes alfa de Cronbach de tres subescalas superaron al 0,8 en Pareja/sexualidad, Preocupación por bienestar físico y Satisfacción con el cirujano o la cirugía (Tabla 4). De tal forma dichas subescalas son construcciones con buena fiabilidad. Para la subescala Autoimagen, superó el 0,7 y resulta aceptable su fiabilidad. La consistencia interna de la subescala de bienestar psicosocial fue limitada (α = 0,556). Esto sugiere una posible variabilidad en la comprensión cultural de algunos ítems, esperable en una versión traducida en proceso de validación, y obliga a una interpretación prudente de dicha dimensión.

Tabla 4. *Resultados de coeficiente de Cronbach*

Subescalas (ítems)	Alfa de Cronbach	
Pareja /sexualidad		**0,8239**
10. Mi pareja se siente cómodo con mis nuevas mamas	0,7697	
11. Mi vida sexual es buena	0,7528	
12. Tengo una pareja estable	0,8317	
13. Mi pareja y yo somos felices	0,7656	
14. Mi pareja me apoyo durante la reconstrucción mamaria	0,8557	
25. Me siento cómoda delante de mi pareja	0,7809	
Preocupación por bienestar físico		**0,8077**
5. Tengo problemas para mover el brazo	0,7437	
6. Me duele el brazo	0,7278	
7. Tengo el brazo hinchado	0,7323	
8. Me duele el hombro	0,7542	
9. He recibido quimioterapia y /o radioterapia	0,8584	
35. Perdí sensibilidad en o los pezones	0,8149	
Autoimagen		**0,7555**
1. Me siento atractiva	0,7099	
2. Me siento bien conmigo misma	0,7236	
3. Me siento femenina	0,7357	
4. Me siento como antes	0,7549	
23. Me escondo de mi familia cuando me cambio	0,7147	
24. Evito que los demás vean mi mama	0,7065	
31. Es difícil encontrar un corpiño que me quede bien	0,7397	
32. Mi o mis mamas reconstruidas tienen el tamaño adecuado para mí	0,7363	
33. Mi mama o mis mamas tienen mejor aspecto que mis mamas originales	0,7218	
34. Mi pezón no sobresale lo suficiente	0,7726	
36. Mi o mis pezones tienen una linda forma	0,7945	
37. Mi pezón reconstruido mejoro la mama	0,7333	
Satisfacción con el cirujano o la cirugía		**0,8664**
15. Estoy satisfecha con mi reconstrucción mamaria	0,8546	
16. Si tuviera que volver a hacerlo elegiría este tipo de reconstrucción	0,8604	
17. Recomendaría mi tipo de reconstrucción mamaria a una amiga	0,8567	
18. La reconstrucción mamaria salió como yo pensaba	0,8549	
19. Tarde en recuperarme más de lo que pensaba	0,862	
20. La cirugía fue muy dolorosa	0,8577	
21. Hubo complicaciones en la cirugía	0,8636	
22. La cirugía fue muy larga	0,8572	
26. Mi cirujano me preparo bien	0,8552	
28. Sabía exactamente lo que buscaba en el cirujano que elegí	0,8501	
29. Lo que quería de la cirugía era realista	0,8491	
30. El cirujano me informo lo que necesitaba saber	0,8491	
Bienestar psicosocial		**0,556**
38. Puedo trabajar incluyendo el trabajo de la casa	0,351	
39. Mi diagnostico coincidió con un evento traumático en mi vida	0,5127	
40. Mi familia ha aceptado mi enfermedad	0,3511	
41. He aceptado mi enfermedad	0,3324	
42. Me preocupa que mi estado empeore	0,6683	
43. Me preocupa morir	0,6657	
44. Recibí ayuda psicológica	0,5449	

Variables analizadas

Para las variables con un valor p inferior al 5% de significación, se rechaza la hipótesis de normalidad en su distribución: subescala Pareja/sexualidad (p = 0,0236), subescala Preocupación por el bienestar físico (p = 0,0319) y subescala Satisfacción con el cirujano o la cirugía (p = 0,0001). Para las restantes variables, se concluye que se ajustan a una distribución gaussiana (Tabla 5). Asimismo, se correlacionaron las subescalas con las variables clínicas (Tabla 6).

Tabla 5. *Distribución gaussiana.*

Variable	***n***	***p-value*[a]**	**Mínimo**	**Máximo**	**Media (SD) Mediana (RIQ)b**
Edad	67	0,4276	28	77	52,48 (10,79)
Cantidad Cirugías	67	1,0000	1	3	2,03 (0,70)
Subescala	***n***	***p-value***	**Mínimo**	**Máximo**	**Media (SD) Mediana (RIQ)**
Pareja/sexualidad	39	0,0236	15	24	22,00 (5,00)
Preocupación por el bienestar físico	41	0,0319	6	18	10,00 (5,00)
Autoimagen	11	0,4248	17	28	20,82 (4,24)
Satisfacción con el cirujano o la cirugía	43	0,0001	12	28	25,00 (7,00)
Bienestar psicosocial	43	0,7987	2	13	6,86 (2,30)

a. Valores-p de los test de normalidad Shapiro-Wilk.
b. Para las variables en que se supone distribución normal se indica Media (Desvío Estándar), para las restantes Mediana (Rango intercuartílico)
c. El N no fue total en todas las subescalas ya que las pacientes no contestaron a ciertas preguntas.

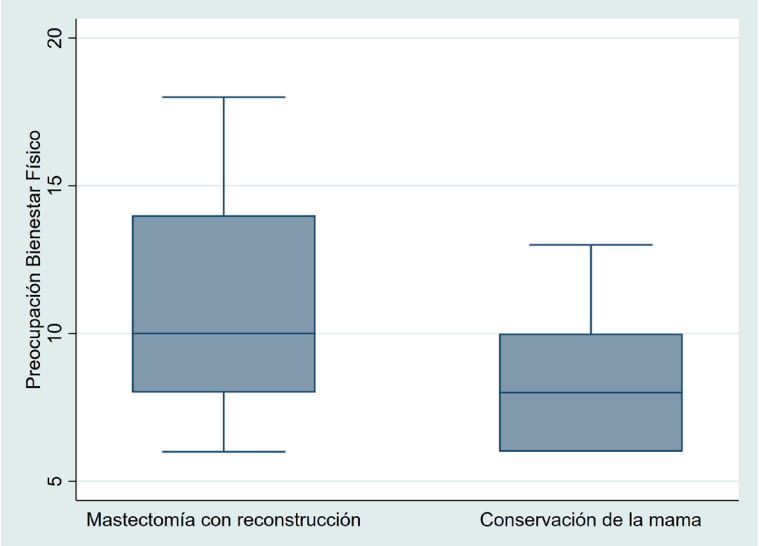
Tabla 6. *Correlación entre subescalas y variables clínicas.*

Variable / Categoría	**Autoimagen**			**Satisfacción cirugía**			**Bienestar psicosocial**		
Cirugía	***n***	**SD/RIQ [a]**	***p-value***	***n***	**SD/RIQ**	***p-value***	***n***	**SD/RIQ**	***p-value***
Mastectomía con reconstrucción con tejido autólogo /heterólogo.	8	19,50 (3,93)	0,0916	36	250 (6,50)	0,5092	35	6,63 (2,18)	0,1704
Conservación de la mama con técnicas oncoplásticas	3	24,33 (3,54)	N/A[b]	7	26,00 (8,00)	N/A	8	7,88 (2,69)	N/A
Histología									
Carcinoma ductal invasor	10	21,20 (4,26)	0,3721	31	24,00 (7,00)	0,2839	30	6,67 (2,31)	0,0669
Carcinoma lobulillar invasor	N/A	N/A	N/A	4	21,50 (10,00)	N/A	4	5,50 (1,73)	N/A
Carcinoma mucinoso invasor	N/A	N/A	N/A	1	28,00 (--)	N/A	1	9,00 (--)	N/A
Carcinoma papilar invasor	N/A	N/A	N/A	3	28,00 (3,00)	N/A	3	7,00 (1,00)	N/A
Carcinoma ductal *in situ*	1	17,00 (--)	N/A	3	25,00 (8,00)	N/A	4	7,50 (1,29)	N/A
Tumor *phyllodes*	N/A	N/A	N/A	1	26,00 (--)	N/A	1	13,00 (--)	N/A

Variable / Categoría	Autoimagen			Satisfacción cirugía			Bienestar psicosocial		
Inmunohistoquímica	***n***	**SD/RIQ [a]**	***p-value***	***n***	**SD/RIQ**	***p-value***	***n***	**SD/RIQ**	***p-value***
Luminales	8	21,38 (4,44)	0,6676	36	25,00 (7,00)	0,8749	37	6,97 (2,30)	0,2079
HER2 positivo (+++)	2	20,50 (4,95)	N/A	4	24,50 (7,50)	N/A	3	7,67 (2,52)	N/A
Triple negativo	N/A	NA	N/A	2	23,00 (10,00)	N/A	3	4,67 (1,15)	N/A
No se realizó	1	17 (--)	N/A	1	26,00 (--)	N/A	NA	NA	N/A
Cantidad de Cirugías									
1	2	22,50 (7,78)	0,6196	6	24,50 (7,00)	0,9422	8	8,63 (2,45)	0,0014
2	8	20,88 (3,76)	N/A	21	25,00 (5,00)	N/A	21	7,24 (1,87)	N/A
3	1	17,00 (--)	N/A	16	25,50 (6,00)	N/A	14	5,28 (1,94)	N/A

a. SD: Media (Desvío Estándar). RIQ: Mediana (Rango intercuartílico.
b. N/A: No disponible.

Figura 1. *Escala relación preocupación por el bienestar físico y tipo de cirugía realizada.*



Resultados obtenidos entre subescalas y variables clínicas analizadas

La subescala Preocupación por el bienestar físico mostró una diferencia estadísticamente significativa entre los dos tipos de cirugías (mastectomía frente a cirugía conservadora, ambas con técnicas oncoplásticas; p = 0,0422). La puntuación fue mayor para la mastectomía con reconstrucción con tejido autólogo/heterólogo que para la conservación de la mama con técnicas oncoplásticas, indicando mayor preocupación por el estado físico en el primer grupo. (Figura 1).

La segunda diferencia significativa ocurrió en la asociación de la subescala Bienestar psicosocial con la cantidad de cirugías realizadas (p-value=0,0014). A mayor cantidad de cirugías menor es la puntuación de dicha escala (Figura 2). Por último, se analizó las asociaciones que surgieron de la correlación de las subescalas entre sí (Tabla 7).

Figura 2. *Escala bienestar psicosocial y cantidad de cirugías realizadas.*

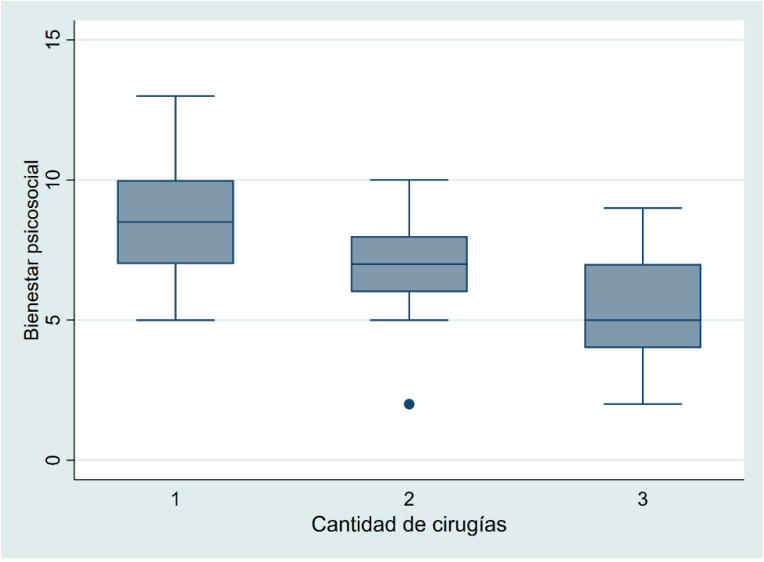


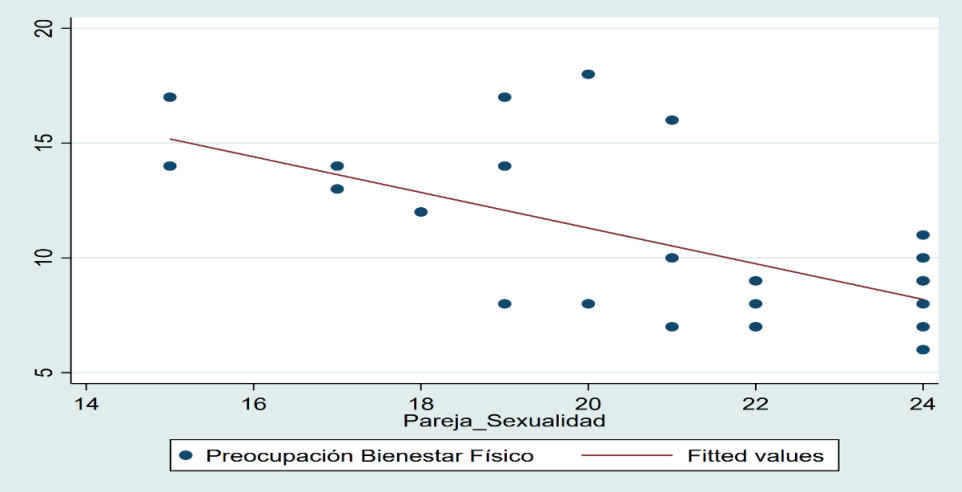
Tabla 7. *Asociación de las subescalas.*

	Edad	PS	PBF	A	SCC	BP
PS	-0,1768 (0,2817)	1				
PBF	-0,0041 (0,9796)	-0,519 0,0033)	1			
A	0,6023 (0,0499)	0,0513 (0,9347)	-0,8163 (0,0073)	1		
SCC	0,1635 (0,2948)	0,6573 (0,0000)	-0,6145 (0,0001)	0,605 (0,1120)	1	
BP	0,3256 (0,5929)	0,0254 (0,8904)	-0,169 (0,3317)	0,3952 (0,3326)	0,0741 (0,6629)	1
Cantidad de cirugías	-0,1714 (0,1655)	0,1152 (0,4850)	0,0523 (0,7455)	-0,3142 (0,3468)	-0,0247 (0,8751)	-0,5262 (0,0003)

Abreviaturas: PS, Pareja/sexualidad; PBF, Preocupación por el bienestar físico; A, Autoestima; SC, Satisfacción con el cirujano o la cirugía y BP, bienestar psicosocial.

De esta última asociación, las variables que alcanzaron significación estadística fueron la edad y la autoimagen de forma directa —observándose que a mayor edad las pacientes presentan una mayor satisfacción con su autoimagen—, así como las subescalas Pareja/sexualidad y Preocupación por el bienestar físico de forma inversa, donde se constató que a mayor preocupación por el bienestar físico las pacientes obtuvieron una menor puntuación en lo referido a la esfera de pareja y sexualidad (Figura 3).

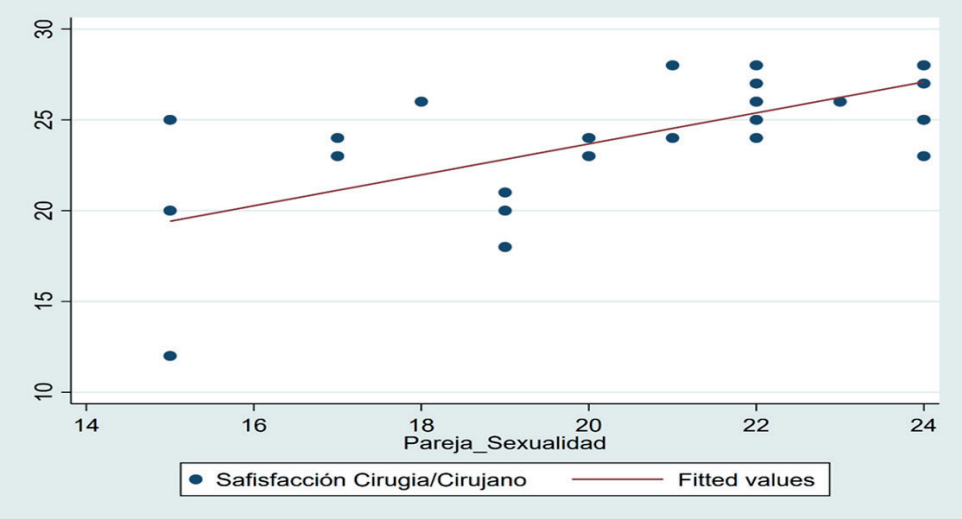
Figura 3. *Subescala Pareja/sexualidad y Preocupación por el bienestar físico.*



a. Y, Preocupación por el bienestar físico; X, Pareja/sexualidad.

Asimismo, las subescalas Pareja/sexualidad y Satisfacción con el cirujano o la cirugía mostraron una correlación directa (positiva). Se observó que las pacientes que obtuvieron puntuaciones más altas en lo referido a la satisfacción con su cirujano y con el resultado de su cirugía presentaron también resultados más favorables en la esfera de la pareja y la sexualidad (Figura 4).

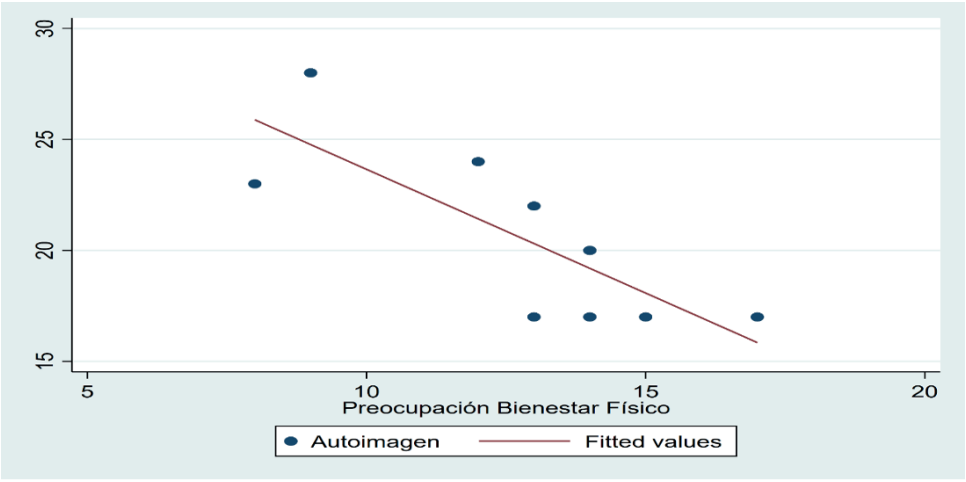
Figura 4. *Subescala Pareja/sexualidad y Satisfacción con el cirujano o la cirugía.*



a. Y, Satisfacción con el cirujano o la cirugía; X, Pareja/sexualidad.

Por su parte, Preocupación por el bienestar físico se relaciona de forma inversa con Autoimagen. A mayor preocupación por el bienestar físico, menor es la puntuación en la autoimagen. En esta medición se observa que las pacientes, en lo referido al bienestar físico, obtuvieron puntuaciones menores en las preguntas relativas a la autoimagen (Figura 5).

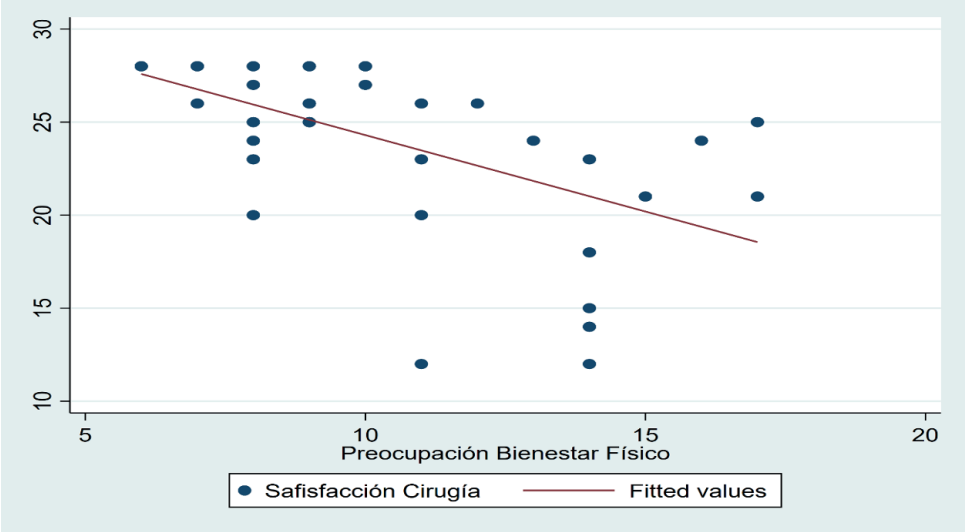
Figura 5. *Relación subescala Autoimagen y Preocupación con el bienestar físico.*



a. Y, Autoimagen; X, Preocupación por el bienestar físico.

Las subescalas Preocupación por el bienestar físico y Satisfacción con el cirujano o la cirugía se comportan en sentido inverso: a mayor preocupación por el bienestar físico, menor es la satisfacción con la cirugía. Por último, en esta subescala se puede observar que las pacientes que presentaron más disconformidad con las secuelas físicas mostraron menor satisfacción con su cirujano y con la cirugía que les realizó (Figura 6).

Figura 6. *Relación Satisfacción con el cirujano o la cirugía y Preocupación por el bienestar físico.*



a. Y, Autoimagen; X, Preocupación por el bienestar físico.

Discusión

Si bien existen publicaciones sobre instrumentos similares a los utilizados en la presente investigación, son pocos los relacionados con la oncoplastía y la calidad de vida que hayan sido realizados por mastólogos que posean una capacitación en dicha especialidad dentro del sistema sanitario de la red de hospitales públicos de la Argentina. Es por ello por lo que este trabajo genera un particular interés investigativo, basado en la poca experiencia y evidencia que existe dentro de este campo de la salud pública. En relación con los datos obtenidos con las variantes clínicas, se destacan las dos que fueron significativas: la satisfacción física con el tipo de cirugía y la edad en relación con el bienestar en la autoimagen.

En el caso de la primera, se observó que en las pacientes a las que se realizó mastectomía, la escala de bienestar físico, sobre todo en las preguntas que involucraban la sensibilidad del pezón ($p = 0{,}8149$), demostró ser peor que en las pacientes que recibieron cirugía conservadora con técnica oncoplástica. Esto coincide con algunos estudios en donde se evidencia que en la mastectomía ahorradora de piel, y en menor medida en la mastectomía con conservación del complejo areola-pezón, la sensibilidad indefectiblemente se verá afectada en comparación con una cirugía conservadora. Algunas publicaciones recomiendan, para conservar la sensibilidad en esta área, la implementación de una buena técnica quirúrgica que conserve el segundo y quinto pedículo para mantener la irrigación de los nervios a nivel del tejido subcutáneo.[16-18] Otras medidas más modernas como las que implementaron Rancati y colaboradores en su trabajo acerca de técnicas con luz de fluorescencia, en donde se logra identificar las ramas nerviosas y conservarlas en el momento de la mastectomía.[19]

Abordaje quirúrgico e implicaciones técnicas

Sobre el número de cirugías recibidas y su relación con el ámbito psicosocial: nuestro trabajo demostró una mayor satisfacción psicosocial asociada a una menor cantidad de intervenciones quirúrgicas. Estos resultados coinciden con múltiples trabajos.[20-22] En estos, se aconseja optimizar los tiempos quirúrgicos, ya sea implementando técnicas oncoplásticas en cuadrantectomías para evitar llegar a una mastectomía o, en caso de no poder evitarla, con la reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico, es decir, mediante reconstrucciones inmediatas con prótesis.

Se observó clínicamente una mayor satisfacción estética en las pacientes sometidas a reconstrucción inmediata en comparación con la

reconstrucción diferida. Esta observación no fue sometida a análisis estadístico comparativo en el presente trabajo. Este hallazgo es concordante con la experiencia del Instituto de Oncología Ángel H. Roffo, donde las reconstrucciones diferidas se asocian con frecuencia a retracción cicatrizal, radiodermitis y fibrosis secundaria al tratamiento quirúrgico o radioterápico.[23]

Impacto psicosocial, abordaje del estrés y respuesta inmune

Desde la perspectiva psicosocial, el número de cirugías se relacionó con el miedo a la intervención, el trauma derivado del ingreso reiterado al quirófano, los tiempos quirúrgicos y la demora en la recuperación para el retorno a las actividades diarias. Las secuelas estéticas son más frecuentes en la reconstrucción diferida, ya que la paciente se enfrenta directamente a la pérdida de la mama, así como a las complicaciones y secuelas quirúrgicas que pueden llegar a dejar las múltiples intervenciones mamarias ya mencionadas.[24]

Se encontró también en estas pacientes, en la subescala Bienestar psicosocial (p = 0,556), una mayor necesidad de recurrir a la ayuda psicológica, así como la asociación directa de un evento traumático al diagnóstico de cáncer (p = 0,5127). Hay trabajos en psicología y psiconeuroendocrinología que demuestran que el estrés crónico podría afectar al sistema inmunitario del paciente.[24-26] Esto puede aumentar el riesgo de padecer enfermedades; se ha observado asimismo que el estrés podría incrementar la tasa de mutaciones genéticas y favorecer el crecimiento tumoral mediante diferentes mecanismos. En contraposición, un estudio prospectivo de cohorte con 106.000 mujeres en el Reino Unido no mostró evidencia consistente de la asociación entre el riesgo de cáncer de mama y los niveles de estrés percibidos asociados a eventos traumáticos en los últimos cinco años de la paciente.[27]

Otro aspecto de interés para el análisis fue la edad en relación con la autoimagen: los resultados mostraron que a mayor edad se incrementa la satisfacción respecto de la imagen corporal. En la actualidad se sabe que una proporción significativa de casos de cáncer de mama se diagnostica en mujeres jóvenes premenopáusicas. Un trabajo de la Sociedad Española de Atención Primaria en Familia y Salud analizó la perspectiva de la autoimagen en mujeres de edad avanzada comparada con la de mujeres más jóvenes.[28] Este estudio llegó a la conclusión de que en edades tempranas están involucradas muchas cuestiones que generan temor, tales como la fertilidad, la menopausia precoz ocasionada por ciertos tratamientos, el miedo a

no encontrar pareja debido a la percepción de la propia imagen corporal y los parámetros estándares de belleza asentados en la sociedad actual. Asimismo, el temor a la recidiva de la enfermedad desempeña un papel determinante. Muchos de estos aspectos suelen estar resueltos en el rango etario avanzado; de hecho, una gran parte de las pacientes de mayor edad manifestó contar con una pareja estable y una familia consolidada, factores fundamentales para el acompañamiento emocional durante el proceso oncológico.

En un trabajo publicado por el Sanatorio Dr. Julio Méndez, se observó que las pacientes más jóvenes tienen mayor aceptación de la enfermedad y menor alteración en la sexualidad que las pacientes adultas.[29] Aun así, las intervenciones psicooncológicas deben estar presentes en los periodos pre y posquirúrgicos con el objeto de elaborar pérdidas previas y actuales relacionadas con la enfermedad y, de esta forma, favorecer y fortalecer la adaptación de las pacientes a la cirugía y a los cambios que esta genere como efecto directo en la calidad de vida.[30] Es interesante la correlación entre la subescala Satisfacción con el cirujano o la cirugía y la satisfacción obtenida en la subescala Pareja/sexualidad.

Sexualidad y autoestima

Con respecto a la sexualidad en relación con una cirugía oncoplástica exitosa, notamos que mejora plenamente esta subescala. Múltiples investigaciones en este tema confirman este resultado.[30,31] En la actualidad, la sexualidad sigue siendo un tema eludido; es frecuente que en la práctica diaria los médicos omitan tratarlo aduciendo la falta de tiempo, conocimiento y experiencia para abordarlo. En un estudio realizado por la doctora Camejo en la Facultad de Medicina de Uruguay, se determinó que el 68,3% de las pacientes respondió que la sexualidad era importante en su vida, y el 86,6% se mostró interesado en recibir atención para tratar sus problemas sexuales.[32]

En la bibliografía, la prevalencia de disfunción sexual en mujeres sin cáncer fluctúa entre el 20 y el 40%, y se acentúa a cifras muy elevadas en las pacientes que padecen cáncer de mama. A diferencia de quienes sí tuvieron la oportunidad de recibir una cirugía oncoplástica, aquellas que no la recibieron experimentaron sentimientos de mutilación, alteraciones de la imagen corporal, disminución de la autoestima, del atractivo y de la función sexual, pérdida de la sensación de feminidad, ansiedad, depresión, miedo a la recurrencia y abandono. Resulta, entonces, relevante el nivel de autoestima de las pacientes en relación con el nivel de satisfacción con el resultado quirúrgico.[31-33]

Si bien nuestras pacientes presentaron una buena correlación de esta subescala con su cirugía, en aquellas en las que no se logró este objetivo se deberían brindar herramientas concretas, junto con el equipo de salud mental, sobre cómo incorporar en la autoimagen los cambios sufridos en la cirugía, así como información a las parejas sobre cómo adaptarse a dichos cambios con ayuda psicológica.

Debilidades y propuesta a mejorar

Si bien se pudieron obtener correlaciones interesantes con las subescalas analizadas, consideramos conveniente ampliar el tamaño de la muestra en un próximo trabajo. Esta limitación para la realización masiva de cirugías oncoplásticas en nuestro hospital obedece a la poca disponibilidad de turnos quirúrgicos y a las demoras para obtener materiales heterólogos. El *n* en la escala de autoimagen resulto bajo. Consideramos también que el período de reclutamiento, de 16 años, es bastante extenso; esto derivó en una tasa de no respuesta al cuestionario del 44% con posibles sesgos. Además, la cirugía oncoplástica fue creciendo de manera exponencial en las últimas décadas, por lo que surge cierta heterogeneidad en las técnicas quirúrgicas. Esto, sumado a ciertas variables clínicas como la radioterapia, las complicaciones posoperatorias y los segundos tiempos reconstructivos, pudo haber influido en el grado de satisfacción de las pacientes. El cuestionario adaptado BRECON-31 fue traducido y adaptado a nuestras pacientes. Si bien se le realizaron las correcciones necesarias para su implementación en Latinoamérica junto a la autora de dicho instrumento, aún no está validado oficialmente al español; actualmente se encuentra en su última etapa. En el caso del FACTB-04, posee una traducción al español validada. Resultaría de interés evaluar a las pacientes antes de la cirugía mediante una encuesta de calidad de vida y comparar los resultados con los de una valoración posterior a la intervención. Observamos también que se podría mejorar la evaluación de la satisfacción con la cirugía y con el cirujano si se amplía y perfecciona la capacitación continua en cirugías oncoplásticas dirigida a los mastólogos.

Conclusión

A partir del análisis de las subescalas y de su correlación con ciertas variables clínicas, se obtuvo como resultado que hubo mayor satisfacción en el bienestar psicofísico en aquellas pacientes que recibieron cirugía conservadora con técnica oncoplástica en comparación con las pacientes en las que se realizó mastectomía con reconstrucción.

Con relación a la subescala Pareja/sexualidad, se registró mayor satisfacción en quienes presentaron menores secuelas físicas y resultados más satisfactorios respecto de su cirujano y del tipo de técnica oncoplástica que este implementó.

El cuestionario BRECON-31 resultó un instrumento completo, mucho más conciso y didáctico que otros en lo que respecta a calidad de vida. La versión traducida mostró factibilidad, buena comprensión y consistencia interna aceptable en 3 de 5 subescalas, por ello, sería útil su traducción oficial al español para poder implementarlo masivamente. Este enfoque integral del impacto que genera la calidad de vida refleja una evolución en el cuidado de la salud pública hacia una atención más personalizada y centrada en el paciente, al reconocer la importancia de su bienestar emocional y social, además de su salud física. Se espera que, en el futuro, este concepto —que constituyó nuestra evidencia— pueda ser implementado no solo por todos los mastólogos, sino que también pueda llevarse a la práctica en todos los hospitales públicos del país.

Anexo

Encuesta realizada por el servicio

Cuestionario BRECON-31 y FACT-B versión 4, ambos modificados y unificados traducidos al español, acerca de satisfacción sobre reconstrucción mamaria.

HOSPITAL PARMENIO PIÑERO, UNIDAD DE MASTOLOGIA

CONSIDERE SUS PROPIOS SENTIMIENTOS SOBRE RECONSTRUCCIÓN MAMARIA EN LOS ULTIMOS MESES, MARQUE LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBE HASTA QUE PUNTO ESTA DE ACUERDO CON CADA FRASE.

	En total desacuerdo (1)	**En desacuerdo (2)**	**De acuerdo (3)**	**Totalmente de acuerdo (4)**	**No aplica (0)**
1. Me siento atractiva.					
2. Me siento bien conmigo misma.					
3. Me siento femenina.					
4. Me siento normal.					
5. Tengo problemas para mover el brazo.					
6. Me duele el brazo.					
7. Tengo el brazo hinchado.					
8. Mi hombro está molesto.					
9. He recibido quimioterapia y /o radioterapia.					
10. Mi esposo/pareja se siente cómodo(a) con mi nueva(s) mama(s).					
11. Mi vida sexual es buena.					
12. Mi esposo/pareja y yo tenemos una relación estable.					
13. Mi esposo/pareja y yo estamos felices juntos.					
14. Mi esposo/ pareja me apoyó durante la reconstrucción mamaria.					
15. Estoy satisfecha con mi reconstrucción mamaria.					
16. Si tuviera que hacer todo otra vez, elegiría este tipo de reconstrucción .					
17. Recomendaría este tipo de reconstrucción mamaria a una amiga.					
18. La reconstrucción mamaria resultó como yo pensaba.					
19. Mi recuperación tomó más tiempo de lo esperado.					
20. La cirugía fue un proceso muy difícil de atravesar					

	En total desacuerdo (1)	En desacuerdo (2)	De acuerdo (3)	Totalmente de acuerdo (4)	No aplica (0)
21. La cirugía fue compleja, (específicaemnte el procedimeinto quirúrgico)					
22. La cirugía fue larga.					
23. Me escondo de mi familia cuando me cambio en casa.					
24. Evito que los demás vean mi tórax.					
25. Me siento cómoda estando desnuda frente a mi esposo/pareja.					
26. Mi cirujano me preparó bien.					
27. Los tiempos estipulados en espera a la cirugía reconstructiva fueron adecuados.					
28. Sabía exactamente lo que buscaba en el cirujano que elegí.					
29. Lo que deseaba de la cirugia fue realista.					
30. El cirujano me informó lo que necesitaba saber.					
31. Es difícil encontrar un corpiño,(brassiere, top) que me quede bien.					
32. Mi(s) mama(s) reconstruidas tienen el tamaño adecuado para mi.					
33. Mi mama reconstruida luce mejor que la original.					
34. Mi pezón no sobresale lo suficiente					
35. Mi(s) pezón(s) no tiene sensibilidad.					
36. Mi(s) pezón(s) tienen una linda forma					
37. Mi(s) pezón(s) recosntruidos hacen que mi nueva mama se vea mejor					
38. Puedo trabajar incluyendo el trabajo de la casa.					
39. Mi diagnóstico coincidió con un evento traumático en mi vida.					
40. Mi familia ha aceptado mi enfermedad					
41. He aceptado mi enfermedad					
42. Me preocupa que mi estado empeore					
43. Me preocupa morir					
44. Recibí ayuda psicológica					

Referencias

1. Amarante-de León G, Cardo-Huerta S, Magallanes-Garza G, Bermeo-Ortega J, Serrano-Peláez B, Santiago-Sánchez J. Cirugía oncoplástica en cáncer de mama: resultados oncológicos con seguimiento en un plazo no menor de 2 años en pacientes. Rev Mex Mastol. 2020;10(1):6-12. doi:10.35366/95761 ◄

2. Asociación Médica Argentina, Academia Argentina de Cirugía, Sociedad Argentina de Mastología. Consenso nacional intersociedades sobre cirugía oncoplástica en cáncer de mama 2012. Buenos Aires: SAMAS; 2012 [citado 2026 Ago 10]. Disponible en: https://www.samas.org.ar/archivos/consensoCAmama.pdf ◄

3. González E. ¿La cirugía oncoplástica de la mama aumenta en número de mastectomías? Verdad o mito. Rev Arg Mastol. 2011;30(107):110-3. ◄

4. Instituto Nacional del Cáncer. Mortalidad por cáncer de mama en mujeres. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Argentina; 2021 [citado 2026 Ago 1]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/instituto-nacional-del-cancer/estadisticas/mortalidad-cm ◄

5. Instituto Nacional del Cáncer. SIVER-Ca - Publicaciones para equipos de salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud de Argentina; 2023 [citado 2026 Ago 10]. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/salud/inc/recursos-graficos/siverca-equipos-salud ◄

6. Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, et al. Global Cancer Observatory: Cancer Today. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2020 [citado 2026 Ago 10]. Disponible en: https://gco.iarc.fr/today ◄

7. Waljee JF, Hu ES, Ubel PA, Smith DM, Newman LA, Alderman AK. Effect of esthetic outcome after breast-conserving surgery on psychosocial functioning and quality of life. J Clin Oncol. 2008;26(20):3331-7. doi:10.1200/JCO.2007.13.1375 ◄

8. Ménez T, Michot A, Tamburino S, Weigert R, Pinsolle V. Multicenter evaluation of quality of life and patient satisfaction after breast reconstruction, a long-term retrospective study. Ann Chir Plast Esthet. 2018;63(2):126-33. doi:10.1016/j.anplas.2017.07.022 ◄

9. Ulloa Bevacqua AL, Torrez Monrroy K, Yaniuk M, et al. Calidad de vida en pacientes con cáncer de mama. Rev Arg Mastol. 2017;36(129):92-113. ◄

10. Davies CF, Macefield R, Avery K, Blazeby JM, Potter S. Patient-reported outcome measures for post-mastectomy breast reconstruction: a systematic review of development and measurement properties. Ann Surg Oncol. 2021;28:386-404. doi:10.1245/s10434-020-08736-8 ◄

11. Kaufman CS. Increasing role of oncoplastic surgery for breast cancer. Curr Oncol Rep. 2019;21(12):111. doi:10.1007/s11912-019-0860-9 ◄

12. Argentina. Ley 26872. Patología mamaria. Cirugía reconstructiva. Cobertura. Boletín Oficial de la República Argentina. 2013 Ago 5. ◄

13. Valderas JM, Alonso J. Patient reported outcome measures: a model-based classification system for research and clinical practice. Qual Life Res. 2008;17(9):1125-35. doi:10.1007/s11136-008-9396-4 ◄

14. FACIT Group. FACT-B: Functional Assessment of Cancer Therapy - Breast. Elmhurst: FACIT.org; 2024 [citado 2026 Ago 10]. Disponible en: https://www.facit.org/measures/fact-b ◄◄

15. Temple-Oberle CF, Cook EF, Bettger-Hahn M, Mychailyshyn N, Naeem H, Macdermid J, et al. Development of a breast reconstruction satisfaction questionnaire (BRECON-31): principal components analysis and clinimetric properties. J Surg Oncol. 2013;107(5):451-5. doi:10.1002/jso.23114 ◄

16. Irigo M, Coscarelli L, Rancati A. Anatomical basis of pedicles in breast reduction. Gland Surg. 2017;6(2):154-62. doi:10.21037/gs.2017.02.02 ◄

17. Rancati A, Irigo M, Angrigiani C, et al. Anatomy of the nipple-areola complex: clinical implications for nipple-sparing mastectomy. Gland Surg. 2015;4(6):511-8. doi:10.3978/j.issn.2227-684X.2015.05.04 ◄

18. Rancati A, Soderini A, Dorr J, et al. ICG fluorescence in nipple-sparing mastectomy: identification of perforator vessels. Plast Reconstr Surg Glob Open. 2020;8(8):e3035. doi:10.1097/GOX.0000000000003035 ◄

19. Rancati A, Angrigiani C, Hammond D, et al. Oncoplastic surgery: a step forward. Gland Surg. 2021;10(1):447-8. doi:10.21037/gs-2020-02 ◄

20. Losken A, Dugal CS, Styblo TM, Carlson GW. A meta-analysis comparing breast conservation therapy alone to the oncoplastic technique. Ann Plast Surg. 2014;72(2):145-9. doi:10.1097/SAP.0b013e3182605598 ◄

21. De La Cruz L, Blankenship SA, Chatterjee A, et al. Outcomes after oncoplastic breast-conserving surgery in breast cancer patients: a systematic literature review. Ann Surg Oncol. 2016;23(10):3247-58. doi:10.1245/s10434-016-5313-1 ◄

22. Santos G, Urban C, Edelweiss MI, et al. Long-term comparison of aesthetical outcomes after oncoplastic surgery and lumpectomy in breast cancer patients. Ann Surg Oncol. 2015;22(8):2500-8. doi:10.1245/s10434-014-4305-2 ◄

23. Rancati A, Gonzalez E, et al. Experiencia en reconstrucción mamaria diferida. Instituto de Oncología Ángel H. Roffo. Rev Argent Mastologia. 2019;38(134):45-52. ◄

24. Reiche EM, Nunes SO, Morimoto HK. Stress, depression, the immune system, and cancer. Lancet Oncol. 2004;5(10):617-25. doi:10.1016/S1470-2045(04)01597-9 ◄

25. Kiecolt-Glaser JK, Bennett JM, Andridge R, et al. Yoga's impact on inflammation, mood, and fatigue in breast cancer survivors: a randomized controlled trial. J Clin Oncol. 2014;32(10):1040-9. doi:10.1200/JCO.2013.51.5034 ◄

26. Spiegel D, Giese-Davis J. Depression and cancer: mechanisms and disease progression. Biol Psychiatry. 2003;54(3):269-82. doi:10.1016/s0006-3223(03)00566-3 ◄

27. Schoemaker MJ, Jones ME, Wright LB, et al. Psychological stress, adverse life events and breast cancer incidence: a cohort investigation in 106,000 women in the United Kingdom. Breast Cancer Res. 2016;18(1):72. doi:10.1186/s13058-016-0733-1 ◄

28. Vivar CG, McQueen A, Whyte DA, Armayor NC. Getting on with life: exploring the experiences of long-term breast cancer survivors. Eur J Cancer Care. 2012;21(6):822-32. doi:10.1111/j.1365-2354.2012.01382.x ◄

29. D'Angelo L, Ocampo MD, Costa MF, Sanchotena V, Crespo Urraburu MS. Análisis de la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama y reconstrucción mamaria utilizando el cuestionario BREAST-Q. Rev Argent Mastologia. 2024;43(157):11-42. ◄

30. Somogyi RB, Webb A, Baghdikian N, Stephenson J, Edward KL, Morrison W. Understanding the factors that influence breast reconstruction decision making in Australian women. Breast. 2015;24(2):124-30. doi:10.1016/j.breast.2014.11.013 ◄

31. Archangelo SD, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. Clinics. 2019;74:e883. doi:10.6061/clinics/2019/e883 ◄

32. Camejo N, Castillo C, Hernández AL, Artagaveytia N, Amarillo D, Delgado L. Evaluación de la sexualidad en las pacientes sobrevivientes de cáncer de mama y del grado de interés en resolver sus disfunciones sexuales en la consulta médica. An Fac Med. 2020;7(1):1-8. ◄

33. Mangiardi V, Hequet D, Segura-Djezzar C, Rouzier R, Bonneau C. Sexuality after breast cancer, how to provide a global and contemporary approach. Bull Cancer. 2023;110(1):113-28. doi:10.1016/j.bulcan.2022.10.002 ◄

Debate

Dra. Azar: Viendo que han estado trabajando con este cuestionario mucho tiempo ¿Te parece que se adapta a la idiosincrasia de nuestras pacientes? ¿Te sentiste cómoda con este cuestionario?

Dra. Campopiano: Sí. Tuvimos, por suerte, la posibilidad de poderlo conversar, pregunta por pregunta, con la doctora. Como país, nos tenemos que sentir orgullosos porque hoy en día estamos empleando en lo que es, por ejemplo, oncoplástica y cirugía, pero sobre todo en un hospital público, contamos con las mismas herramientas que cuentan ellos. En lo que respecta a cuando analizamos pregunta por pregunta, fueron muy mínimas las diferencias en lo que fue la traducción. Incluso hay otros países de Latinoamérica que lo incluyen en trabajos que aún no están validados, así que nos parece excelente poder tener esta validación oficial también para que se pueda usar masivamente.

Dr. Yaniuk: Buenas noches a todos. Quiero felicitar a Cecilia por la exposición y aclarar por qué la unidad eligió el BRECON-31. Uno de los motivos fue el hecho de lo engorroso a veces que es el gold standard, que es el BREAST-Q. A veces puede llegar en el pre y postoperatorio a tener hasta 100 preguntas, y ya habíamos tenido una experiencia previa haciendo un trabajo en el 2017 con el EORTC, con la encuesta de calidad, y fue muy engorroso para las pacientes contestar. Todos los que hicimos encuestas para presentar en trabajos y demás, vemos que a veces muchas pacientes abandonan el hecho de la encuesta. A veces a nosotros mismos nos mandan encuestas y nos fastidia un poco realizarlas. Entonces, cuantas más preguntas tiene una encuesta, más difícil es que se responda fehacientemente. Esta encuesta es relativamente corta, fácil de realizar, tiene muy buena información y nos da una buena perspectiva de la paciente y lo que es la reconstrucción, que es tan importante en estos días. Muchas gracias.

Dra. Azar: Muchas gracias, Dr. Yaniuk. Al respecto, mi idea cuando escuchaba y leía tu trabajo es, instemos a los grupos que hacen oncoplástica a hacer quizás nuestro propio cuestionario y validarlo en los distintos centros que hacen oncoplástica, interpretando la idiosincrasia de nuestras pacientes y de nuestros médicos. Puede ser un trabajo interesante para hacer.

Dra. Campopiano: Sí, seguro.

Dr. Billingshurst: En una época se decía, siempre cuando uno hace una cirugía conservadora trata de tener buen resultado cosmético, porque si uno logra un mal resultado cosmético y encima oncológico malo, no tiene sentido. Pero cuando se hacían las mastectomías, comentaban cirujanos en el Hospital Ramos Mejía cuando yo estaba en la residencia, que no existía la técnica de oncoplástica con prótesis y todo como se hace ahora, ni nada. Entonces decían que convenía que la paciente pasara por la mastectomía y que tuviera 6 o 7 meses de mastectomía para que después, con un resultado de reconstrucción con un expansor o con una prótesis diferida, su grado de satisfacción era mejor o mayor para ese momento porque había pasado por el duelo de haber tenido una mastectomía. Entonces, con un resultado de reconstrucción diferido, aunque no fuese superior, la satisfacción era suficiente. En cambio, cuando hacían la reconstrucción inmediata en ese momento, el resultado por ahí era tan excelente como el que se hacía a los 6 meses, pero el grado de satisfacción no era suficiente porque no habían pasado por el duelo de la mastectomía. Cosas de locura que hoy es inaceptable.

Dra. Azar: Bueno, muchas gracias y felicitaciones. Gracias a todos.