

**SATISFACCIÓN POS MASTECTOMÍA ONCOLÓGICA CON LOS RESULTADOS
ESTÉTICOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON PRÓTESIS DE
SILICONA, MEDELLIN ENERO DE 1994 A JUNIO DE 2005**

INVESTIGADORES

Juliana Zapata Cadavid*

Rubén Darío Manrique Hernández***

Asesor Científico

Felipe Mesa Betancourt MD,Ph.D .**

**FACULTAD DE MEDICINA
MEDELLÍN, COLOMBIA
NOVIEMBRE 14 2007**

**SATISFACCIÓN POS MASTECTOMÍA ONCOLÓGICA CON LOS RESULTADOS
ESTÉTICOS DE LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA CON PRÓTESIS DE
SILICONA, MEDELLIN ENERO DE 1994 A JUNIO DE 2005**

INVESTIGADORES

Juliana Zapata Cadavid*

Rubén Manrique***

Asesor Científico

Felipe Mesa Betancourt MD,Ph.D .**

**FACULTAD DE MEDICINA
MEDICO GENERAL**

**MEDELLÍN, COLOMBIA
NOVIEMBRE 14 2007**

CONTENIDO

	Pag.
1. RESUMEN	4
2. ABSTRACT	5
3. PALABRAS CLAVES	6
4. KEY WORDS	7
5. PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
6. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE	10
7. OBJETIVOS	14
7.1 OBJETIVO GENERAL	14
7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
8. METODOLOGÍA PROPUESTA	15
8.1 TIPO DE ESTUDIO	15
8.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	15
8.3 CRITERIOS DE SELECCIÓN	15
8.4 VARIABLES DE ESTUDIO	15
8.5 RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	15
8.6 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN	16
8.7 ANÁLISIS DE LA INFORMACION	16
9. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN	17
10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES	18
11. ACTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL	19
12. CONSIDERACIONES ÉTICAS	20
13. RESULTADOS	21
14. DISCUSIÓN	23
15. PRESUPUESTO	25
16. BIBLIOGRAFÍA	28
17. ANEXO	30

1. RESUMEN

Este proyecto de investigación tuvo como objetivo evaluar la satisfacción de las pacientes con los resultados estéticos de la reconstrucción mamaria post oncológica con prótesis de silicona, Medellín Enero de 1994 a Junio de 2005, este estudio pretendió caracterizar la población de estudio según la edad, hábito de fumar, nivel de educación, ocupación laboral y tipo de prótesis de silicona empleada en la reconstrucción mamaria, adicionalmente se buscó establecer el grado de satisfacción de la paciente con los resultados de la reconstrucción mamaria post oncológica según el tipo de prótesis de silicona. Para ello se llevó a cabo un estudio de tipo observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal, se valoró la satisfacción de los pacientes con respecto a los resultados estéticos y se demostró como uno de los parámetros para la posición de satisfacción o no de las pacientes con el procedimiento fue el nivel de educación, desligando el tratamiento anticanceroso previo, el hábito de fumar y la ocupación laboral de la paciente como posibles variables que influenciaban la actitud de la paciente frente a su condición.

2. ABSTRACT

The purpose of this study was to evaluate the degree of satisfaction that the patients who underwent silicone breast implant surgery had of the results, Medellín January 2004 to June 2005. The participants of the study were categorized by their age, smoking habit, educational level, occupation, and type of silicone used in the breast implant. In addition, the degree of satisfaction was measured according to the results obtained post oncologic based on the type of silicon used. A retrospective observational descriptive study was conducted and took into account the degree of satisfaction of the patients with respect to the cosmetic results obtained, and it was shown as one of the factors that influenced the degree of satisfaction was the education level of the participant. It was also found that the previous anti cancer treatment, smoking habits, and occupation had no influence on the degree of satisfaction achieved by the results of the breast implant on the patient

3. PALABRAS CLAVES

AUTÓLOGO. Perteneciente al mismo organismo o a una de sus partes. Originado en el mismo organismo

CÁNCER DE MAMA: proliferación acelerada, desordenada y no controlada de células pertenecientes a distintos tejidos de una glándula mamaria.

CÁNCER: Es el crecimiento descontrolado de células anormales en el cuerpo. Las células cancerosas también se denominan células malignas.

COLGAJO: consiste en la transferencia de tejido vivo y sano de una zona del cuerpo a otra, a menudo a zonas que han perdido piel, grasa, movimiento muscular y, o soporte esquelético.

COMORBILIDAD: Se define por la presencia de dos o más enfermedades independientes en un mismo sujeto

ENFERMEDADES AUTO INMUNES: es una enfermedad caracterizada por acción de los efectores inmunológicos hacia componentes de la propia biología corporal.

LUMPECTOMIA: Cirugía para extraer el tumor y una pequeña cantidad de tejido alrededor del mismo

MASTECTOMIA: Es la extirpación quirúrgica de toda la mama, por lo general, para tratar enfermedades serias del tejido mamario, como cáncer de mama.

QUIMIOTERAPIA: tratamiento médico basado en la administración de sustancias químicas (fármacos).

RADIOTERAPIA: tipo de tratamiento oncológico que utiliza las radiaciones para eliminar las células tumorales, (generalmente cancerosas), en la parte del organismo donde se apliquen (tratamiento local).

TERAPIA BIOLÓGICA: Tratamiento para estimular o restaurar la capacidad del sistema inmunitario para luchar contra el cáncer, las infecciones y otras enfermedades. Asimismo, se usa para disminuir ciertos efectos secundarios que pueden causar algunos tratamientos para el cáncer.

TRAM: El colgajo miocutáneo transversal de recto abdominal (TRAM) es la técnica de elección en la reconstrucción mamaria con tejido autólogo a distancia. Puede transponerse al tórax basado en su pedículo vascular epigástrico superior o transferirse como colgajo libre, mediante anastomosis micro vascular de los vasos epigástricos inferiores a vasos torácicos adecuados

4. KEY WORDS.

AUTOIMMUNE DISEASE: An illness that occurs when the body tissues are attacked by its own immune system. The immune system is a complex organization within the body that is designed normally to "seek and destroy" invaders of the body, including infectious agents. Patients with autoimmune diseases frequently have unusual antibodies circulating in their blood that target their own body tissues.

AUTOLOGOUS Taken from an individual's own tissues, cells, or DNA.

BIOLOGICAL THERAPY: Treatment to stimulate or to restore the capacity of the immune system to fight against the cancer, the infections and other diseases. Likewise, is used to diminish certain side effects that can cause some treatments for the cancer

BREAST CANCER: Cancer that forms in tissues of the breast, usually the ducts (tubes that carry milk to the nipple) and lobules (glands that make milk). It occurs in both men and women, although male breast cancer is rare.

CANCER term for diseases in which abnormal cells divide without control. Cancer cells can invade nearby tissues and can spread to other parts of the body through the blood and lymph systems.

CHEMOTHERAPY: the use of chemicals or drugs to treat disease; the term is typically used to refer to cancer treatment

COMORBILITIES: It is defined by the presence of two or more independent diseases in the same subject

HANGING TATTER: it consists of the transfer of alive and healthy fabric of a zone of the body to other one, often to zones that have lost skin, fat, muscular movement and, or skeletal support

LUMPECTOMY: Surgery to remove the tumor and a small amount of normal tissue around it.

RADIOTHERAPY: The use of high-energy radiation from x-rays, gamma rays, neutrons, and other sources to kill cancer cells and shrink tumors.

5. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El cáncer de mama se constituye en un problema de salud pública. En Colombia se diagnostican 5.000 casos nuevos de cáncer de mama por año, siendo esta enfermedad la segunda causa de muerte por cáncer en nuestra población femenina, especialmente entre los 15 y 54 años de edad. El cáncer de mama en los EE.UU. la incidencia se ha incrementado de 54/100.000 en 1950 a 86/100.000 en 1990. Gracias a una detección más temprana, en las últimas décadas, la incidencia de cáncer de mama ha aumentado pero la mortalidad por el mismo ha disminuido.⁽¹²⁾

En nuestro medio, si bien la incidencia no es tan elevada se ha evidenciado un moderado incremento de la misma de 24/100.000 en 1985 a 27/100.000 en 1993. Pero el número de muertes se mantiene relativamente estable posiblemente debido a su detección en estudios más tempranos, y también a mejores tratamientos para estudios avanzados.⁽¹²⁾

A pesar de los avances en el diagnóstico temprano de esta enfermedad, el tratamiento quirúrgico ya sea conservador o no, es necesario, independiente del estadio clínico del tumor a tratar. Este procedimiento quirúrgico, según su magnitud, puede llegar a alterar visiblemente la imagen corporal de la mujer, por lo que se considera un procedimiento antiestético. La reconstrucción mamaria pos-mastectomía surge como una alternativa novedosa y necesaria, y hoy en día hace parte del manejo integral de una paciente con cáncer de mama. En el 2001, más de 81,000 reconstrucciones de mama fueron realizadas en los Estados Unidos, aproximadamente un tercio de éstas se hicieron en el momento de la mastectomía.⁽⁶⁾

Por todo lo anterior pretendemos investigar acerca de la técnica reconstrucción con implantes de silicona, en los estadios tempranos de ésta enfermedad, la cual sin arriesgar la seguridad oncológica, podría brindar a la paciente mejores resultados estéticos y menos trauma psicológico posquirúrgico, que técnicas de reconstrucción como: el colgajo TRAM y el colgajo de músculo dorsal ancho entre otros.^(4,8,11)

¹⁴ Hart D. The psychological outcome of breast reconstruction. *Plast Surg Nurs* 1996 Fall ; 16(3) : 167 – 71.

Se ve la necesidad de caracterizar la experiencia descrita por los pacientes, teniendo en cuenta variables poco nombradas en la literatura, por lo tanto es posible mediante esta aproximación lograr apreciar todo el espectro

La satisfacción estética influencia la recuperación final, pero esta satisfacción no esta solamente determinada por el resultado estético quirúrgico, esto también depende de las variables cognitivas y emocionales como se menciona anteriormente. ^(6,10)

⁶ Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg.* 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7

⁸ Christian Ck, Niland S, Edge SB, Ottensen RA, Hughes ME, Theruault R, Wilson J, Hergueter Ca et al. A multi institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: study of the national comprehensive cancer network. *Ann Surg.* 2006 Feb; 243(2) : 241 – 9.

¹² Globocan 2002: www-dep.iarc.fr/globocan/downloads.htm

6. MARCO TEÓRICO Y ESTADO DEL ARTE

En el mundo se estima que aproximadamente un 22.7% del total de la población femenina, es decir 1.151.000 nuevos casos de cáncer de mama se diagnostican al año, ubicándose entre uno de los primeros cánceres de presentación del sexo femenino. También el comportamiento ascendente en los países de mayor nivel económico se hace notable con cifras de hasta 67.8% en países desarrollados y llegando a un 23.8 % en países en vía de desarrollo. El cáncer de mama en el departamento de Antioquia, al igual que en toda Colombia se ubica en un segundo lugar de presentación luego del cáncer de cervix, con cifras igualmente alarmantes^(3,12,13)

A pesar de los avances en el enfoque diagnóstico para la detección temprana del cáncer de mama como la aplicación de la triada diagnóstica: Auto examen, seguimiento mamográfico y biopsia, todavía las mujeres llegan en estadios avanzados de la enfermedad a la consulta, dejando como única alternativa la elección de tratamientos radicales tales como la quimioterapia, radioterapia y medidas quirúrgicas como la mastectomía conservadora, la mastectomía sola y la mastectomía con reconstrucción inmediata o diferida.⁽⁶⁾

La mastectomía luego del diagnóstico del cáncer de mama tiene un intenso impacto emocional negativo debido a dos aspectos: el primero es que la paciente adolece de la pérdida de una parte de su cuerpo con gran importancia social por su significado histórico dentro de la sociedad y segundo por la patología misma.⁽¹⁰⁻²⁾

⁶ Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg.* 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7.

¹⁰ Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit . *An Sist Sanit Navar.* 2005;28 Suppl 2:19-26. Spanish.

¹² Globocan 2002: www-dep.iarc.fr/globocan/downloads.htm

¹³ Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer de Seno. En: Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. 2ª edición. Bogotá, D.C; 2001. p.78-110

Las mujeres generalmente asumen su condición como una pérdida de la feminidad, de la imagen corporal, entre otras características. Esto conlleva a conductas de retraimiento social, dificultad en las expresiones de su sexualidad e impone limitaciones para las actividades de la vida cotidiana como el uso de algún tipo específico de ropa, la práctica de algún deporte, etc. Hay que resaltar que variables como el nivel de educación de la paciente, el empleo y hasta el tipo de seguridad social es un componente importante para minimizar el trauma psicológico y el estrés emocional que acompaña el tratamiento para el cáncer de mama, por que estos influyen la elección o no de la reconstrucción mamaria.^(3,4,3,8,10)

La motivación y los deseos de las pacientes son los principales indicadores para la restauración de la mama, ya que alivia la percepción de deformidad que puede desarrollar la paciente luego de haber sido sometida a un tratamiento con mastectomía parcial o total. Existen numerosas opciones de reconstrucción para mujeres mastectomizadas, las cuales pueden ser con transferencia de tejido autólogo; también denominado TRAM (colgajo miocutáneo transversal de recto anterior del abdomen), el cual ha demostrado en algunos estudios mayor disconformidad y mayores niveles de estrés en las pacientes comparado con los implantes de reconstrucción tipo silicona, que se han venido desarrollando a través de cuatro décadas a partir del debate constante sobre la relación causal entre estos y el desarrollo de cáncer de mama y enfermedades auto inmunes, pero hasta el momento los estudios no son concluyentes llevando a pensar en que se hace necesario mayor investigación y mejoramiento sobre los implantes.^(14,15)

³ Tindholdt TT, Solberg US, Mesic H, Busic V et al. Breast reconstruction following mastectomy. *Mo Med*, 2004 Jun 17; 124 (12): 1629 – 32.

⁴ Hart D. The psychological outcome of breast reconstruction. *Plast Surg Nurs* 1996 Fall ; 16(3) : 167 – 71.

⁸ Christian Ck, Niland S, Edge SB, Ottensen RA, Hughes ME, Theruault R, Wilson J, Hergrueter Ca et al. A multi institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: study of the national comprehensive cancer network. *Ann Surg*. 2006 Feb; 243(2) : 241 – 9.

¹⁰ Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit . *An Sist Sanit Navar*. 2005;28 Suppl 2:19-26. Spanish.

¹⁴ Tindholdt TT, Mesic H, Tonseth KA, Harbo SO. 40 years of silicone breast implants. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2005 Mar 17;125(6):739-41. Review. Norwegian

¹⁵ Cough KB, O'Donoghue J M, Fitoussi AD, Vlastos G, and Falcou M C. "Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: II. TRAM flap reconstruction". *Plast. Reconstr. Surg*.2001; 107: 1710

Por otro lado la elección entre estas dos últimas opciones depende directamente tanto del tipo de resección del cáncer como de las condiciones particulares del paciente como las comorbilidades, el hábito de fumar, los hábitos corporales e inclusive la preferencia de la paciente.^(1,2,5)

La reconstrucción mamaria se ha convertido en una opción posible para la mayoría de las pacientes sometidas a la mastectomía, de hecho muchos autores están de acuerdo en que la reconstrucción no interfiere con las terapias adyuvantes y tampoco con una más rápida progresión de la enfermedad. Adicionalmente se ha reportado en estudios que el carácter inmediato no atribuye un riesgo oncológico adicional en la paciente con respecto a la reconstrucción diferida, más influencia de manera positiva un progreso en la calidad de vida de la paciente siempre y cuando los criterios de selección sean adecuados.^(1,5,4,7,9,11)

¹ Vittorinni P, Sozio ML, Sozio A et al. Post mastectomy breast reconstruction: esthetic – Psychological rebalance. *Suppl Tumori*, 2005 May – Jun; 4(3): S 180.

⁵ Franchelli S, Leone MS, Berrino P, Passarelli B, Capelli M et al. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissues versus protheses. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95(7): 1213 – 8 discussion 1219 – 20.

⁶ Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg*. 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7.

⁷ Knottenbelt A, Spawen PH, Wobbes T. The oncological implications of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2004 Oct; 30(8) : 829 – 33.

⁹ Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction post mastectomy: a national cancer database study. *J Am Coll Surg*. 2001 Jan; 192(1) : 69 – 70.

¹¹ Gouy S, Rouzier R, Missana MC, Atallah D, Youssef O, Barreau-Pouhaer L. Immediate reconstruction after neoadjuvant chemotherapy: effect on adjuvant treatment starting and survival. *Ann Surg Oncol*. 2005 Feb;12(2):161-6. Epub 2005 Feb 4.

En estudios como el australiano sobre el impacto psicológico y cosmético de las diferentes estrategias de reconstrucción quirúrgica de la mama, en el que se analizaron 3 grupos: mastectomía radical sola, mastectomía conservadora y mastectomía con reconstrucción, se evidencio que en cuanto a imagen corporal y el resultado estético, las pacientes mostraban una mayor satisfacción que frente a la mastectomía radical e inclusive la mastectomía conservadora. ^(6,5,11)

⁶ Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg.* 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7.

⁷ Knottenbelt A, Spawen PH, Wobbes T. The oncological implications of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol.* 2004 Oct; 30(8) : 829 – 33.

¹⁰ Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit . *An Sist Sanit Navar.* 2005;28 Suppl 2:19-26. Spanish.

¹¹ Gouy S, Rouzier R, Missana MC, Atallah D, Youssef O, Barreau-Pouhaer L. Immediate reconstruction after neoadjuvant chemotherapy: effect on adjuvant treatment starting and survival. *Ann Surg Oncol.* 2005 Feb;12(2):161-6.Epub2005Feb4.

7. OBJETIVOS

7.1 OBJETIVO GENERAL

- Describir el comportamiento de los resultados estéticos en la reconstrucción mamaria post oncológica con prótesis de silicona.

7.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar la población de estudio según la edad, habito de fumar, nivel de educación, ocupación laboral y tipo de prótesis de silicona.
- Establecer la presencia o no de satisfacción de la paciente con los resultados estéticos de la reconstrucción mamaria post oncológica con prótesis.
- Describir la satisfacción de la paciente con el resultado estético de la reconstrucción mamaria post-oncológica según el tipo de prótesis de silicona utilizada.

8. METODOLOGÍA PROPUESTA

8.1 Tipo de Estudio:

Estudio es de tipo observacional descriptivo retrospectivo de corte transversal

8.2 Población y muestra:

8.2.1 Población de referencia:

Pacientes pos mastectomía oncológica con reconstrucción mamaria que consultan al Cirujano Plástico Dr. Felipe Mesa en el periodo Enero de 1994 a junio de 2005.

8.2.2 Población de estudio y muestra:

Todas las pacientes sometidas a mastectomía oncológica con reconstrucción mamaria con silicona que cumplan con los criterios de selección y sean atendidos por el Cirujano Plástico Dr. Felipe Mesa en el periodo Enero de 1994 a junio de 2005.

8.3 Criterios de selección:

8.3.1 Criterios de Inclusión:

Mujeres mastectomizadas y/o lumpectomizadas, con reconstrucción inmediata o diferida con prótesis de silicona desde Enero de 1994 a Junio de 2005 intervenidas por el Doctor Felipe Mesa.

8.3.2 Criterios de Exclusión:

Mujeres mastectomizadas sin reconstrucción y Mujeres cuyas historias clínicas no estén disponibles.

8.4 Variables del estudio: anexo 1

8.5 Recolección de la información:

La información se capta en el formulario previamente diseñado por parte de los investigadores. Los datos fueron obtenidos en su mayoría de la base de datos existente de las pacientes posmastectomía oncológica del periodo previamente señalado.

Luego se proceso la información utilizando el programa Excel. Se utilizaran medidas estadísticas de resumen, tablas y gráficos de distribución de frecuencia para describir la población de estudio.

8.6 Instrumento de recolección:

Historias clínicas diligenciadas por el Dr. Felipe Mesa.

8.7 Análisis de la Información:

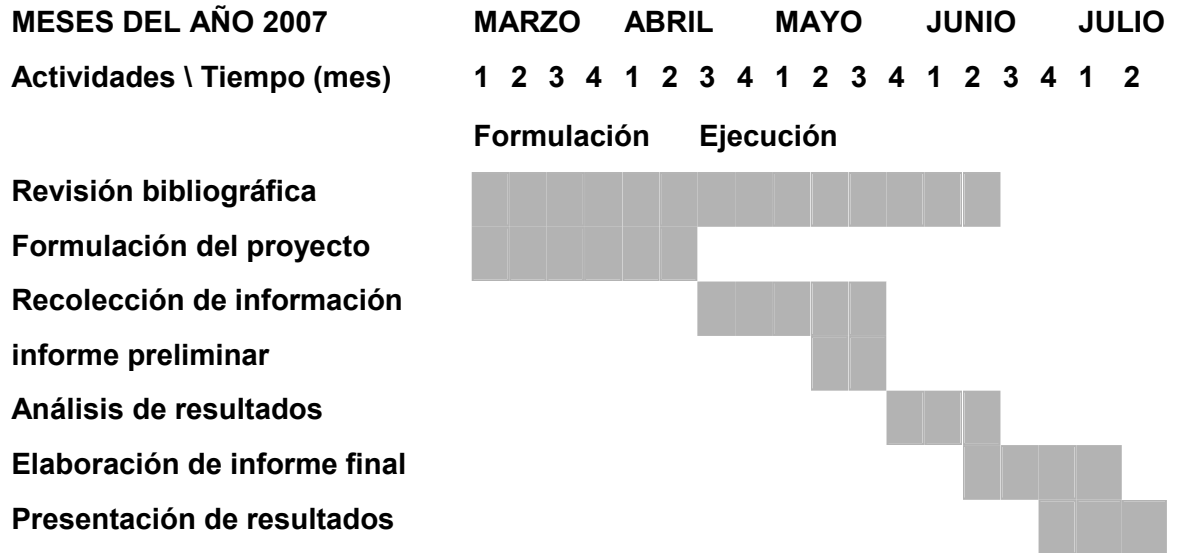
Para el diseño y análisis de la información se utilizó una base de datos en el programa Excel.

Se emplearon medidas estadísticas de resumen, tablas y gráficos de distribución de frecuencias para describir la población de estudio.

9. ESTRATEGIAS DE COMUNICACIÓN

Publicación en revista nacional y trabajo de pregrado.

10. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



11. ACTA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

La propiedad patrimonial y moral corresponde a la Universidad CES y la propiedad moral es compartida con los autores.

12. CONSIDERACIONES ÉTICAS

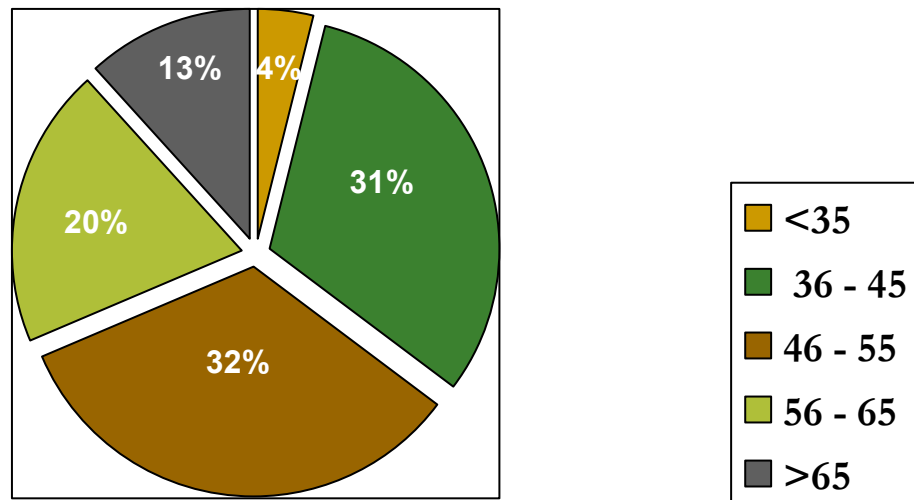
Los aspectos éticos se ajustaron a los principios éticos fundamentales de autonomía y benevolencia, al igual que las directrices de la Declaración de Helsinki y similares, emanados de la Asociación Médica Mundial y de la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia.

Es un estudio descriptivo retrospectivo Sin Riesgo según la resolución No. 008430, ya que en él no se realizarán intervenciones ni modificaciones en las variables de las pacientes. No conlleva a ningún riesgo físico ni psicológico inmediato y/o tardío adicional a la cirugía de reconstrucción previamente realizada. La información será recogida a partir de historias clínicas que serán útiles para identificar qué tan satisfactoria es la técnica de reconstrucción con implantes de silicona post-mastectomía y demás indicadores del estudio.

13. RESULTADOS

Gráfico No. 1

DISTRIBUCIÓN ETÁREA DE LAS PACIENTES CON RECONSTRUCCION CON SILICONA POS MAMOPLASTIA ONCOLÓGICA



Se puede observar en la gráfica que en la distribución etárea de las pacientes con reconstrucción con silicona pos mastectomía oncológica predominaba con un 32 % las mujeres entre 46 – 55 años, señalando claramente que la mayoría de las pacientes se encuentran entre los 36 y 55 años, dejando como minoría las pacientes que utilizan esta intervención quirúrgica en los extremos de la vida.

Se pudo identificar que en todos los grupos etáreos con respecto al hábito de fumar, presentaron una tendencia hacia el no fumar, ascendiendo este hasta un 84% de las pacientes, sin embargo hay un componente importante de pacientes dentro de cada grupo etáreo que presentó el hábito.

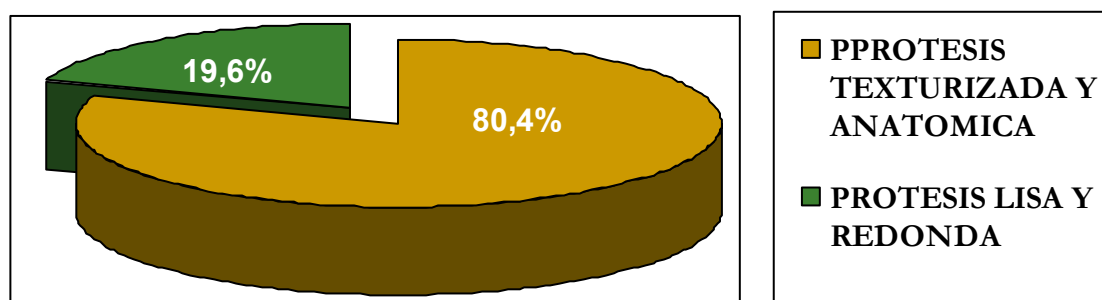
En general la mayoría de las pacientes (90%) manifestaron sentirse satisfechas con los resultados estéticos de la intervención quirúrgica de reconstrucción mamaria pos mastectomía oncológica y este comportamiento se vio respaldado en las pacientes con mayor grado de escolaridad, siendo las pacientes con educación superior las más

satisfechas con la misma (91.6%), seguido por las pacientes con educación secundaria (78.6%) y finalmente las pacientes con nivel básico primario (50%).

La satisfacción o no de las pacientes con respecto a los resultados estéticos luego de la reconstrucción pos mastectomía oncológica con silicona, mantuvo similar proporción (88.4%) dentro de los grupos de mujeres ama de casa y aquellas desempeñan algún tipo de cargo laboralmente remunerado.

Gráfico No. 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACION DE ESTUDIO SEGÚN TIPO DE PROTESIS UTILIZADA



Las pacientes en general, en un 80.4% prefirieron en su reconstrucción pos mastectomía oncológica con silicona el tipo Texturizada y anatómica, y en un menor porcentaje 19.6% del tipo Lisa y redonda. Adicionalmente se pudo identificar que el grupo que utilizó la prótesis de silicona Texturizada y anatómica la satisfacción fue mucho mayor (93%) con respecto a la no satisfacción, mientras que en el grupo de Prótesis lisa y redonda, la satisfacción y la no satisfacción con la reconstrucción fue en igual proporción (50%).

14. DISCUSIÓN

En este estudio los resultados estéticos de la reconstrucción mamaria post mastectomía oncológica con prótesis de silicona enero de 1994 a junio de 2005, se pudo observar en el comportamiento de la satisfacción frente al procedimiento reconstructivo una proporción similar a lo reportado en Australia en el 2005⁶, las mujeres sometidas a reconstrucción pos mastectomía oncológica manifiestan en su mayoría estar satisfecha con los resultados, ahora bien, es importante resaltar que al igual que los hallazgos en estudios previos sobre esta misma temática^{4,5,6,6}, en esta ocasión se puede corroborar que dentro de las variables sociodemográficas analizadas, el nivel de educación fue uno de los parámetros para decir en mayor o menor grado la satisfacción de la paciente por el resultado estético del procedimiento reconstructivo con silicona, conservando una tendencia hacia la satisfacción a medida que se incrementaba la escolaridad.

Adicionalmente podemos decir con base a los resultados que la satisfacción de las pacientes con el procedimiento reconstructivo no varía con respecto a: la presencia o no del hábito de fumar, encontrándose la presencia de este hábito hasta en un 15.7% de este grupo de pacientes. El ser o no laboralmente activa o la exposición previa a tratamientos como quimioterapia, radioterapia y/o terapia biológica, tampoco definen su posición frente al resultado estético.

Por otra parte, al tener en cuenta el tipo de silicona empleado en el procedimiento quirúrgico reconstructivo, el análisis de los datos arroja un mayor uso de Prótesis de silicona tipo Texturizado y anatómico sobre el tipo Liso y redondo, obteniéndose una mayor satisfacción con los resultados por parte de las pacientes^{6,7}, sin embargo este

⁴ Hart D. The psychological outcome of breast reconstruction. *Plast Surg Nurs* 1996 Fall ; 16(3) : 167 – 71.

⁵ Franchelli S, Leone MS, Berrino P, Passarelli B, Capelli M et al. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissues versus protheses. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95(7): 1213 – 8 discusión 1219 – 20.

⁶ Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg*. 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7.

⁸ Christian Ck, Niland S, Edge SB, Ottensen RA, Hughes ME, Theruault R, Wilson J, Hergrueter Ca et al. A multi institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: study of the national comprehensive cancer network. *Ann Surg*. 2006 Feb; 243(2) : 241 – 9.

⁶ Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg*. 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7.

mayor uso del tipo Texturizado y anatómico podría estar reflejando una característica del grupo analizado, ya que la mayoría de esta población de estudio esta vinculada a un sistema de seguridad social y económicamente son activos, por que la mayoría devenga un sueldo.

En conclusión, la gran mayoría de pacientes con mastectomía post oncológica refieren un progreso claro en su calidad de vida, reflejado a través de una mejor percepción sobre el órgano que fue amputado y reconstruido, lo cual influye de manera positiva en su cotidianidad. Es por lo anterior que las instituciones y profesionales de la salud vinculados directa o indirectamente en el sometimiento de la paciente a procedimientos quirúrgicos tan radicales como la mastectomía oncológica, deben estar atentos en diseñar estrategias de promoción de la reconstrucción inmediata o diferida de la mama, con el fin de mejorar la salud individual, familiar y laboral de la mujer mastectomizada.

⁹ Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction post mastectomy: a national cancer database study. *J Am Coll Surg.* 2001 Jan; 192(1) : 69 – 70.

15. PRESUPUESTO

Tabla 1. PRESUPUESTO GLOBAL DE LA PROPUESTA POR FUENTES DE FINANCIACIÓN (EN MILES DE PESOS)

RUBROS	FUENTE		TOTAL
	PROPIOS	CES	
Personal	25920	0	25920
Computador	400	0	400
Materiales	85	0	85
Publicaciones	400	0	400
TOTAL	26805	0	26805

Tabla 2. DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS DE PERSONAL (EN MILES DE PESOS)

PARTICIP.	FORMACIÓN	FUNCIÓN	TIEMPO	RECURSOS		TOT
				PROPIO	CES	
Juliana Zapata Cadavid	Estudiante Pregrado Medicina CES	Investigador Principal	8h* sem * 12 meses	5760	0	5760
Felipe Mesa Betancourt	Médico Cirujano plástico Ph. D	Co- investigador	8h*sem *12 meses	13440	0	13440
Rubén Manrique	médico epidemiólogo	Co- investigador	4h* sem * 12 meses	6720	0	6720
Total				25920	0	25920

Tabla 3. PUBLICACIONES (EN MILES DE PESOS)

DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	JUSTIFICACIÓN	RECURSOS		TOTAL
			PROPIOS	CES	
Publicaciones en revista nacional	1	Divulgación científica	350	0	350
Tesis de grado de pregrado	1	Trabajo para obtener título profesional	50	0	50
Total			400	0	400

Tabla 4. PRESUPUESTO PAPELERÍA (EN MILES DE PESOS)

NOMBRE	DESCRIPCIÓN	CANTIDAD	TOTAL
Cartucho de tinta	Impresión de datos y proyectos	1	45
Papel de impresión	Impresión de datos y proyectos	1	20
Fotocopias	Datos, formatos	100	10
Lapiceros	Formularios	5	10
TOTAL			85

Tabla 5. DESCRIPCIÓN DE LOS EQUIPOS QUE PLANEA UTILIZAR

EQUIPO	JUSTIFICACIÓN	UNIDAD(ES) A LA CUAL PERTENECE EL EQUIPO		HORAS DE ASIGNACIÓN AL PROYECTO	VALOR HORA	VALOR TOTAL
		PROPIO	CES			

Computador	Tabulación de la información registrada	1		50	8	400
TOTAL				50	8	400

16. BIBLIOGRAFÍA

1. Vittorinni P, Sozio ML, Sozio A et al. Post mastectomy breast reconstruction: esthetic – Psychological rebalance. *Suppl Tumori*, 2005 May – Jun; 4(3): S 180.
2. Goodwin MD, Brandt KE. Breast reconstruction following mastectomy. *Mo Med*, 2006 May –Jun; 103 (3): 289 – 92.
3. Tindholdt TT, Solberg US, Mesic H, Basic V et al. Breast reconstruction following mastectomy. *Mo Med*, 2004 Jun 17; 124 (12): 1629 – 32.
4. Hart D. The psychological outcome of breast reconstruction. *Plast Surg Nurs* 1996 Fall ; 16(3) : 167 – 71.
5. Franchelli S, Leone MS, Berrino P, Passarelli B, Capelli M et al. Psychological evaluation of patients undergoing breast reconstruction using two different methods: autologous tissues versus prostheses. *Plast Reconstr Surg* 1995; 95(7): 1213 – 8 discussion 1219 – 20.
6. Nano MT, Gill PG, Kollias J, Bochner MA, Malycha P, Winefield HR. Psychological impact and cosmetic outcome of surgical breast cancer strategies. *Anz J Surg*. 2005 Nov; 75 (11) : 940 – 7.
7. Knottenbelt A, Spawen PH, Wobbes T. The oncological implications of immediate breast reconstruction. *Eur J Surg Oncol*. 2004 Oct; 30(8) : 829 – 33.
8. Christian Ck, Niland S, Edge SB, Ottensen RA, Hughes ME, Theruault R, Wilson J, Hergueter Ca et al. A multi institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: study of the national comprehensive cancer network. *Ann Surg*. 2006 Feb; 243(2) : 241 – 9.
9. Morrow M, Scott SK, Menck HR, Mustoe TA, Winchester DP. Factors influencing the use of breast reconstruction post mastectomy: a national cancer database study. *J Am Coll Surg*. 2001 Jan; 192(1) : 69 – 70.

10. Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit . An Sist Sanit Navar. 2005;28 Suppl 2:19-26. Spanish.
11. Gouy S, Rouzier R, Missana MC, Atallah D, Youssef O, Barreau-Pouhaer L. Immediate reconstruction after neoadjuvant chemotherapy: effect on adjuvant treatment starting and survival. Ann Surg Oncol. 2005 Feb;12(2):161-6. Epub 2005 Feb 4.
12. Globocan 2002: www-dep.iarc.fr/globocan/downloads.htm
13. Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer de Seno. En: Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. 2ª edición. Bogotá, D.C; 2001. p.78-110.
14. Tindholdt TT, Mesic H, Tonseth KA, Harbo SO. 40 years of silicone breast implants. Tidsskr Nor Laegeforen. 2005 Mar 17;125(6):739-41. Review. Norwegian
15. Cough KB, O'Donoghue J M, Fitoussi AD, Vlastos G, and Falcou M C. "Prospective evaluation of late cosmetic results following breast reconstruction: II. TRAM flap reconstruction". Plast. Reconstr. Surg.2001; 107: 1710
16. Fagrell D, Berggren A, Tarpilla E. Capsular contracture around saline filled fine textured and smooth mammary implants: a prospective 7.5 year follow up. Plast Reconstr Surg. 2001 Dec; 108(7) : 2108 – 12; Discussion 2113
17. Samuel A.Wells, Jr., V.Leroy Young, Dorothy A. Andriole. "Atlas de Cirugía de la mama" Editorial Mosby/Doyma libros.
18. Instituto Nacional de Cancerología. Cáncer de Seno. En: Ministerio de Salud. Guías de práctica clínica en enfermedades neoplásicas. 2ª edición. Bogotá, D.C; 2001. p.78-110.

17. ANEXO

Anexo 1.

No.	Nombre	Definición	Tipo	Naturaleza	Nivel de medición	Características
1	Edad	Años cumplidos	Independiente	Cualitativa	Ordinal	1: <25 2: 25 – 45 3: 46 – 54 : >55
2	Sexo	Masculino Femenino	Independiente	Cualitativo	Nominal	1: Masculino 2: Femenino
3	Ocupación laboral	Actividad remunerada	Independiente	Cualitativo	Nominal	1: SI 2: NO
4	Nivel de Educación	Grado máximo de escolaridad	Independiente	Cualitativo	Nominal	1: Primaria 2: Secundaria 3: Superior
5	Habito de fumar	Fumar cigarrillos	independiente	Cualitativo	Nominal	1: Si___ 2: No___
6	Tipo de prótesis de silicona	forma de prótesis para el implante	independiente	Cualitativo	Nominal	1: Redonda - Lisa 2: Anatómica - Texturizada
7	Satisfacción con el procedimiento	Satisfacción de la paciente con el aspecto estético de la mama.	independiente	Cualitativo	Nominal	1: SI 2: NO
8	Radioterapia	Se le realizó Radioterapia adyuvante	Dependiente	Cualitativo	Nominal	1: Si___ 2: No___
9	Quimioterapia	Se le realizó Quimioterapia	Dependiente	Cualitativo	Nominal	1: Si___ 2: No___

10	Terapia Biológica	Se le realizó Terapia Biológica	Dependiente	Cualitativo	Nominal	1: Si___ 2: No___

Anexo 2.

FORMULARIO PARA RECOLECCIÓN DE DATOS

No. _____

Edad: _____

Ocupación:

Ama de casa _____

Ocupación laboral remunerada _____

Nivel de Educación:

Primaria _____

Secundaria _____

Educación Superior _____

ANTECEDENTES DE INTERÉS

Tiene el hábito de fumar? Si ___ No ___

TRATAMIENTO ONCOLÓGICO

Tratamiento:

Radioterapia adyuvante: Si ___ No ___

Quimioterapia previa intervención: Si ___ No ___

Terapia Biológica: Si ___ No ___

INFORMACIÓN ACERCA DE LA RECONSTRUCCIÓN

DATOS DE LA PRÓTESIS

Tipo de prótesis:

Texturizada y Anatómica _____

Lisa y Redonda _____

Satisfacción con los resultados

La paciente está satisfecha con los resultados? Si ____ No ____