



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON RECONSTRUCCIÓN
MAMARIA POSMASTECTOMÍA INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2022-2026**

PRESENTADO POR

MARÍA ALEJANDRA DELGADO LINARES

ASESOR

RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA
PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA**

LIMA- PERÚ

2022



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**CALIDAD DE VIDA EN MUJERES CON RECONSTRUCCIÓN
MAMARIA POSMASTECTOMÍA INSTITUTO NACIONAL DE
ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS 2022-2026**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

PARA OPTAR

**EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA**

**PRESENTADO POR
MARÍA ALEJANDRA DELGADO LINARES**

**ASESOR
MGTR. RICARDO AURELIO CARREÑO ESCOBEDO**

LIMA, PERÚ

2022

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	4
1.3 Objetivos	4
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
1.6 Limitaciones	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	7
2.1 Antecedentes	7
2.2 Bases teóricas	12
2.3 Definiciones de términos básicos	14
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	16
3.1 Formulación de la hipótesis	16
3.2 Variables y su operacionalización	16
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	17
4.1 Tipos y diseño	17
4.2 Diseño muestral	17
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	19
4.4 Procesamiento y análisis de datos	20
4.5 Aspectos éticos	20
CRONOGRAMA	22
PRESUPUESTO	23
FUENTES DE INFORMACIÓN	24
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Instrumento de recolección de datos	
3. Consentimiento informado	

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción del problema

El cáncer constituye un problema de salud pública mundial al pertenecer al grupo de enfermedades no transmisibles las cuales son la principal causa de muerte a nivel mundial. La importancia de dicho grupo de patologías se basa en el aumento progresivo anual de la mortalidad prematura de las poblaciones debido a la deficiencia en las políticas de salud orientadas a disminuir los factores de riesgo modificables y controlar los factores metabólicos. Dentro de este grupo, la segunda causa de muerte más frecuente es debido a cáncer (1).

En cuanto a la neoplasia maligna de mama, esta constituye el tipo más frecuente a nivel mundial con una representación del 11.6% de los casos totales en ambos sexos. Además, es considerado uno de los tipos de cáncer con mayor tasa de aceleración en su incidencia actualmente. A pesar de que su presentación en los países considerados en desarrollo es menor, los últimos estudios demuestran que la mortalidad supera por poco la de los países desarrollados en los que hay mayor casuística. Por lo que estamos frente a una proporción invertida en la que mayor incidencia se relaciona con menor cantidad de muertes y viceversa, probablemente muy relacionado al tiempo de diagnóstico, acceso a servicios de salud e implementación de políticas de salud (2-3).

Según el último registro de Globocan 2020, donde se plasma la estadística de neoplasias a nivel mundial, Oceanía es el continente con más reportes de cáncer de mama llegando a una incidencia de 88 casos por 100 000 habitantes. Luego se encuentra Europa con 74; sin embargo, este incluye Dinamarca que a nivel global es el país con mayor incidencia alcanzando hasta 99 personas afectadas con esta patología en un recuento de 100 000 habitantes. Continúa América con tasas de 88 en países como Estados Unidos y Canadá, y Argentina con 74 liderando los países de América del Sur(4).

En el Perú, según el registro del Globocan 2018, el cáncer más frecuente en ambos sexos es el de próstata, luego el de mama con 6 985 nuevos casos por año. Sin embargo, las mejoras en la detección precoz lo han hecho ubicarse en el sexto lugar en cuanto a mortalidad con 1 858 muertes por año y una supervivencia a los 5 años de 20 710 casos. Esto es importante ya que así como es considerado un cáncer curable, también se han incrementado las opciones terapéuticas (5).

En el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), según los registros publicados en su portal Web, en el año 2018 se registraron 1373 casos nuevos de cáncer de mama. En el 2019 se realizaron 1152 cirugías que incluían resecciones de cáncer de mama, de piel y tumores de partes blandas, sin embargo la neoplasia de mama ocupa más del 70% de su casuística. Por otro lado, el departamento de Especialidades Quirúrgicas que incluye al Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, realizó 682 intervenciones quirúrgicas, de las cuales el 25% aproximadamente corresponden a reconstrucciones mamarias (6).

Al ser el cáncer de mama considerado una enfermedad no transmisible multifactorial, el estudio de los aspectos predisponentes y desencadenantes es amplio. Los autores sugieren que cerca del 90% de los casos son de aparición esporádica, es decir, que no ha sido influenciado por una mutación genética heredada. En este gran grupo encontramos factores que podrían contribuir al desarrollo de la enfermedad como son los aspectos asociados a la reproducción, estilo de vida, densidad del tejido mamario, edad, entre otros. Es por ello que es una enfermedad tan importante, pues se puede mejorar algunos aspectos modificables para prevenirla sin ser del todo definitivos (7).

El diagnóstico precoz del cáncer de mama posee varias etapas necesarias en distintos tiempos. Inicia con el autoexamen de la mama, en él se evalúa tanto factores externos visibles como anomalías a la palpación. El siguiente método es mediante exámenes de imágenes donde la mamografía es el de elección. La edad de inicio de los chequeos preventivos dependerá del país y de los

factores de riesgo propios de cada paciente siendo considerada la edad de 35 años mandatorio para las pacientes con riesgo elevado de desarrollar cáncer de mama. En ambos casos si se presentan alteraciones, la paciente es referida a un médico mastólogo para la evaluación y posibilidad de biopsia lo que confirmaría el diagnóstico (8).

El tratamiento de elección en el cáncer de mama depende de dos factores: el estadiaje según TNM y el resultado del examen de biopsia realizado. Es así como las opciones terapéuticas pueden ser divididas en quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia y cirugía. Estas pueden ser administradas individualmente como en conjunto y en simultáneo o en tiempos diferidos dependiendo de los estudios realizado. En cuanto a la cirugía el nivel de agresividad también dependerá de las características de la neoplasia, pudiendo ser desde tan pequeñas como tumorectomías hasta mastectomías totales con disección ganglionar axilar (9).

Un aspecto importante en cuanto al tratamiento integral del cáncer de mama es la valoración psicológica de la paciente frente a los procesos propios de la enfermedad. El estado de ánimo, la autoestima y la sexualidad se ven comúnmente alterados luego de la distorsión de la apariencia física tras los tratamientos como la cirugía, quimioterapia o radioterapia, reportando casos de disminución de la libido entre 35 a 85%. Es por ello que la cirugía de reconstrucción mamaria es considerada actualmente como parte del tratamiento integral del cáncer de mama con el fin de restaurar el bienestar físico, social y mental de las pacientes (10).

En el 2009 se creó un instrumento llamado Breast-Q para evaluar la satisfacción de las pacientes sometidas a distintas cirugías mamarias. Este cuestionario brinda información por parte de la paciente sobre su perspectiva y aceptación mediante la evaluación de múltiples escalas y módulos importantes para la calidad de vida. Es un cuestionario no empleado aun en el Perú, pero que en otros países sí ha sido adecuadamente traducido para su empleo en distintos

trabajos de investigación con óptimos resultados (11).

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es la influencia de la reconstrucción mamaria posmastectomía en la calidad de vida de las pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026?

1.3 Objetivos del problema

1.3.1 Objetivo general

Evaluar la influencia de la reconstrucción mamaria posmastectomía en la calidad de vida de pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026.

1.3.2 Objetivos específicos

Estimar la tasa de reconstrucciones mamarias, sean inmediatas o tardías en pacientes mastectomizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022-2026.

Determinar el tipo de reconstrucción mamaria más realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026.

Evaluar la diferencia del impacto en la calidad de vida entre las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria autóloga y reconstrucción mamaria aloplástica.

Determinar diferencias entre la calidad de vida en mujeres posmastectomía por cáncer de mama con reconstrucción mamaria inmediata y diferida.

1.4 Justificación

La presente investigación es un estudio relevante ya que el cáncer de mama sigue incrementando y cada año se ve mayor prevalencia en paciente jóvenes

y en etapas más avanzadas y no se cuenta con estudios específicos sobre este grupo seleccionado para la investigación. Es por ello que la razón principal para la investigadora de llevar a cabo este trabajo es determinar la calidad de vida de las pacientes que luego de ser sometidas a mastectomía por cáncer de mama, se someten a reconstrucción mamaria. Además, no hay estudios similares en el Perú que se basen específicamente en evaluar la calidad de vida de este grupo de pacientes utilizando un método ya aceptado en distintos países que es la escala de Breast-Q, por lo que se considera una investigación relevante e innovadora. Al ser una enfermedad en aumento, es necesario investigar sobre la calidad de vida de estas pacientes que fueron sometidas a tratamientos quirúrgicos para así poder dar un tratamiento integral del cáncer y lograr que la recuperación de esta patología sea a nivel físico, psicológico y social.

1.5 Viabilidad y factibilidad

Este estudio es posible realizarlo debido a que toda la información necesaria sobre el grupo en estudio se encuentra en las historias clínicas tanto física como virtualmente. La vía de acceso a la información es mediante un permiso solicitado en el área de educación e investigación, quienes al otorgarlo generan un código de acceso y una contraseña para entrar al sistema que cuenta con el registro completo de las historias clínicas. Para realizar la presente investigación se recopilará dicha información con permiso de los jefes de área y de la institución. Dicha institución es un centro de referencia nacional de investigación, el cual además cuenta con la tecnología, organización y casuística necesaria para llevar a cabo un estudio prospectivo en 5 años. La información obtenida será registrada en tablas y gráficos para su fácil manejo e interpretación.

Asimismo, este estudio es factible ya que cuenta con los recursos necesarios que básicamente son el sistema de archivo y cómputo, y en cuanto a recursos humanos, la investigadora principal que trabajará junto con el apoyo de médicos asistentes del Servicio de Mamas y Tumores Blandos y del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva, quienes estarán al tanto de los avances obtenidos.

Dicho personal al trabajar en la institución cuentan con fácil acceso a la información. Además, este estudio se realizará en el tiempo necesario posterior a la obtención de la información para poder procesar la información adecuadamente.

Por último, el financiamiento se dará por parte del investigador para los gastos necesarios, ni problemas éticos en esta investigación ya que los datos personales de los pacientes estudiados no serán revelados. El presente estudio no tendrá conflicto de intereses ya que su propósito es enteramente académico.

1.6 Limitaciones

En cuanto a las limitaciones, como se menciona anteriormente, la validez interna del estudio podría verse afectada por la veracidad de los datos otorgados por las participantes ya sea por desconocimiento o por miedo a que sus respuestas generen alguna repercusión en sus controles. Sin embargo, se pretende disminuir el riesgo mediante la explicación completa del propósito del estudio y su relevancia, así como los métodos para salvaguardar la identidad de las encuestadas. De igual manera, se tomará en cuenta la historia clínica computarizada en su totalidad para conocer el curso completo de la enfermedad y así mismo se reconfirmará los datos con las mismas pacientes a fin de contar con una información completa y fidedigna.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Jara R et al., en abril del año 2020, realizaron un trabajo sobre la traducción de la herramienta de Breast-Q para evaluar satisfacción en los resultados de cirugías mamarias. Al ser un cuestionario realizado en inglés, decidieron traducirlo y evaluar la eficacia del mismo, así como su interpretación por las pacientes cuestionadas. Luego del trabajo concluyeron que no hubo problemas de redacción ni parámetros lingüísticos que interfirieran con el correcto manejo y comprensión del instrumento. Es así como la traducción realizada al español obtuvo validez para su futuro empleo (12).

Gallegos C et al. estudiaron en el 2019 en México sobre la calidad de vida de las pacientes con antecedente de cáncer de mama operado, que se sometieron a reconstrucción mamaria utilizando la herramienta de Breast-Q en su versión en español. En ella recalcan sobre la importancia de evaluar la satisfacción de la paciente ya que es más frecuente estudiar sobre el factor oncológico que el estético post reconstrucción. En el estudio de cohorte hacen mención de la satisfacción estética de la paciente, así como el factor psicológico. Llegaron a la conclusión que la reconstrucción mamaria efectivamente otorga una mejoría la calidad de vida de las pacientes que son sometidas a mastectomía por cáncer de mama (13).

Mohar A et al. realizaron en 2018 un estudio sobre los factores de pronóstico en pacientes con cáncer de mama y metástasis cerebral. Para este estudio de tipo cohorte retrospectivo tuvieron una población de 125 mujeres las cuales además de haber sido atendidas en el Instituto Nacional de Cancerología durante 2007-2015, presentaban afectación del sistema nervioso central. En este estudio determinaron que el pronóstico de estas pacientes fue considerablemente desfavorable comparado con pacientes que por estudios previos presentaron como primer sitio de metástasis otros órganos. Se encontró una supervivencia media de 14 meses, la cual incluso fue menor en pacientes con tipo de cáncer triple negativo. Concluyendo así que estas pacientes tenían un mal pronóstico lo cual incurría no solo en la supervivencia sino en la calidad

de vida para conllevar la enfermedad (14).

Pardo C et al. en el año 2017, realizaron un estudio para determinar la supervivencia a dos años de las pacientes con cáncer. Para ello se realizó un análisis retrospectivo de todas las pacientes atendidas durante el año 2012 en el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia; específicamente con diagnóstico definitivo de cáncer de mama, estómago, cuello uterino y colorrectal. Entre los resultados obtuvieron 1793 casos, siendo de estos 674 (37.6%) pacientes con cáncer de mama, con una edad media de 55 +- 12 años y una supervivencia del 80.9% a los dos años. Se concluyó así que el cáncer de mama en dicha institución tiene una supervivencia alta y que la mortalidad es más significativa en los dos primeros años de enfermedad (15).

Maffuz-Aziz A et al. estudiaron en el 2016 la supervivencia de pacientes con cáncer de mama, haciendo un análisis por factores pronósticos, clínicos y patológicos. Para ello realizaron un estudio retrospectivo obteniendo de la base de datos del Instituto de Enfermedades de la Mama FUCAM una población de 4902 pacientes con dicha patología confirmada. Entre los resultados resaltó que la edad promedio fue 53.7 años, sin embargo establecieron una diferencia entre la mortalidad y supervivencia global dependiente de la edad tomando con punto medio la edad de 40 años. Otro de los aspectos importantes estudiados fue que a más tardío el diagnóstico la supervivencia disminuía. Por lo que concluyeron que los estudios previos tenían mucha similitud con sus resultados obtenidos sobre edad de presentación y su relación con el pronóstico, así como las características patológicas y clínicas de la enfermedad (16).

Posada et al. realizaron una publicación en el 2015 un estudio sobre el tratamiento quirúrgico en cáncer de mama de estadio avanzado pero localizado en la Fundación Hospital Universitario Metropolitano entre julio del 2012 y enero del 2015. Dicho estudio descriptivo retrospectivo tuvo un tamaño muestral de 40 pacientes mayores de 18 años, con tratamiento quirúrgico de cáncer de mama localmente avanzado y que hayan tenido seguimiento en la institución. Entre los resultados se evidenció una media de edad de 54.9 +- 8.5 años en

más del 65% de la muestra, el 30% con antecedentes de cáncer de mama en la familia y el 70% presentó la neoplasia en mama izquierda. Además se estudió la prevalencia según estadio clínico, resultando en 35% en IIIA, 25% en IIIB y un 20% en IIIC. El tratamiento quirúrgico de mayor elección fue la mastectomía radical modificada asociada a disección ganglionar axilar. El trabajo concluyó en que alrededor de un tercio de las pacientes con cáncer de mama son diagnosticadas en etapas avanzadas y que el tratamiento quirúrgico es de elección siempre asociado a tratamiento complementario. La extensión de la cirugía es proporcional al tamaño y estadiaje de la enfermedad (17).

Martinez P et al. publicaron, en 2014, un trabajo sobre el cáncer de mama localmente avanzado en un hospital específico de Argentina. Para ello se realizó un análisis descriptivo, transversal y observacional a toda la población atendida entre los años 2008 y 2011 con dicho diagnóstico a fin de describir mejor la patología tanto en incidencia como en características, siendo los tratamientos quirúrgicos empleados Mastectomía radical modificada o Cirugía conservadora. Entre los resultados obtuvieron que la cirugía conservadora al ser menos agresiva, presentó una tasa de recurrencia local de 12.5%, mientras que la mastectomía radical modificada no presentó casos de recurrencia. Es por ello que podemos decir que en esta enfermedad, la cirugía más agresiva es la de elección (18).

Zaharia M et al. realizaron una investigación en 2013 sobre el efecto de la quimioterapia neo adyuvante en el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado. En este trabajo explicaron la evolución de la quimioterapia en el tiempo en el tratamiento del cáncer y como los avances de esta han ayudado no sólo en el tratamiento posterior sino que antes del tratamiento definitivo que es el tratamiento quirúrgico. Entre las conclusiones se definió que el tratamiento neo adyuvante con quimioterapia en este tipo de cáncer ha tenido gran significancia ya que al ser tumores de gran tamaño muchas veces, ésta logra reducir su tamaño para que los casos inoperables que son los de mayor extensión, puedan ser operables (19).

Portelles C et al. realizaron en el año 2013 un estudio sobre el impacto de la quimioterapia neo adyuvante en la evolución de los pacientes portadores de cáncer de mama localmente avanzado. Para dicho estudio prospectivo y de tipo descriptivo contaron con una población de 144 pacientes de los cuales sólo 87 constituyeron la muestra ya que fueron los que contaban con diagnóstico citológico o histológico y completaron con el tratamiento médico indicado. Entre los resultados obtuvieron que el 96.56% correspondía a pacientes del sexo femenino y la mayor cantidad de pacientes (35.63%) se encontraban entre los 40 y 49 años cuando recibieron el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado. El estudio concluyó que entre este grupo de pacientes identificado, el tratamiento quimioterápico con Adriamicina y Ciclofosfamida tuvo respuesta, pero incompleta, en la mayoría de los pacientes y además denotó que esta respuesta varía considerablemente según las características de la población estudiada (20).

Bautista et al. estudiaron en el 2012 los resultados en el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado en la Unidad de Oncología del Hospital General de México. Esta investigación tenía como propósito estudiar el pronóstico y sobrevida de las pacientes portadoras de cáncer de mama localmente avanzado sometidas a tratamiento quirúrgico y médico. Realizaron un estudio longitudinal, descriptivo y retrospectivo en pacientes con estadio clínico III entre los años 2005 y 2010. Se estudió una población de 508 pacientes, las cuales con una media de edad de 51 años, fueron sometidas a distintos esquemas terapéuticos tanto quirúrgico como médico. Los dos principales esquemas consistieron en; quimioterapia asociada a radioterapia con posterior mastectomía radical modificada más disección axilar y seguida de quimioterapia de consolidación; y quimioterapia neo adyuvante seguido de mastectomía radical modificada con disección axilar y posterior quimioterapia de consolidación y radioterapia adyuvante. El trabajo concluyó que la sobrevida a los tres años de 95.9% y la sobrevida libre de enfermedad de 87.8% se encontraron relacionados a factores como el tamaño tumoral, el estado de los ganglios y el adecuado esquema terapéutico empleado (21).

Gonzalo R et al. realizaron una investigación en el año 2010 sobre el impacto de factores pronósticos y predictivos del cáncer de mama en la Unidad Oncológica Provincial de Matanzas. Este fue un estudio descriptivo de prevalencia realizado en 496 mujeres con dicho diagnóstico entre los años 2004 y 2008, en el cual se determinó que la incidencia aumentaba proporcionalmente a la edad, sobre todo teniendo como punto de corte la menopausia. Además se evidenció que un diagnóstico más tardío se relacionaba directamente con la recurrencia de enfermedad así como un pronóstico menos favorable. Otro dato interesante es que se estudió que mientras menos agresiva era el tratamiento quirúrgico, mayor tasa de recidivas presentaban las pacientes, así como sucedía en las pacientes con mayor cantidad de ganglios metastásicos. Los investigadores concluyeron que a menor edad, más agresiva era la presentación del cáncer de mama, pero a la vez menos frecuente. Es así como determinaron que los factores externos dependientes e independientes modificaban la presentación y curso de la enfermedad (22).

Ospino R et al. estudiaron en 2010, sobre la supervivencia de pacientes con cáncer de mama localmente avanzado con tratamiento complementario de radioterapia luego de haberlas sometido a mastectomía. Para ello mediante una serie de casos secuencial retrospectiva se estudiaron entre enero del 2013 y diciembre 2014 a todas las pacientes con dicho diagnóstico y tratamiento obteniendo un total de 174 mujeres sin exclusión de edad. Entre los resultados se observó una tasa de supervivencia libre de recaída loco regional a los cinco años de casi 90% siempre y cuando con un manejo integral tanto de tratamiento médico como quirúrgico. En este estudio se concluyó que la supervivencia libre de enfermedad en cuanto a valores es similar a las estudiadas a nivel mundial, definiendo al adecuado tratamiento quirúrgico y el compromiso ganglionar como factor pronóstico. Sin embargo, en cuanto a sus cifras de seguimiento, fue un estudio limitado ya que solo se pudo incluir al 29.3% de la población en los 5 años de estudio (23).

2.2 Bases teóricas

Cáncer de mama (24-25)

Considerada en las principales causas de mortalidad en países desarrollados, su alcance mundial y el aumento de sus cifras anuales ha hecho que el cáncer de mama constituya uno de los principales problemas de salud pública. Su incidencia global además ha generado que sea el tipo de neoplasia con mayor cantidad de estudios. Si bien es cierto que la edad coincide en los diferentes estudios en su mayoría una media de 50 años +- 10, la creciente en edades más jóvenes evidencia que la prevención aun no logra su objetivo y que los estudios han sido insuficientes. Los factores desencadenantes son en su mayoría los estudiados para desarrollar cualquier tipo de neoplasia, sin embargo, el aumento del uso de anticonceptivos hormonales es ahora uno de los factores de riesgo más estudiados para el desarrollo de esta enfermedad. Cada país cuenta con una guía básica de prevención y tratamiento del cáncer de mama según su realidad, aunque el principal problema se relaciona con el alcance de estos manuales a la población de interés.

La clasificación de las neoplasias en general se rigen por el sistema TNM que evalúa el tamaño del tumor, la proliferación a los ganglios linfáticos o cadenas linfáticas y la presencia de metástasis a otros órganos.

La letra T corresponde a las características del tumor primario donde: TX:

El tumor no puede ser evaluado

T0: No se evidencia la presencia del tumor primario

Tis: Tumor de tipo in situ

T1-T2-T3-T4: Según tamaño y extensión del tumor

La letra N corresponde a las características de los ganglios linfáticos donde:

NX: Los ganglios no pueden ser evaluados

N0: No se evidencia compromiso ganglionar

N1-N2-N3: Cantidad y extensión de ganglios regionales comprometidos

La letra M corresponde al comportamiento de la metástasis:

MX: La metástasis a distancia no puede ser evaluada

M0: No se evidencia metástasis a distancia

M1: Se evidencia metástasis en otros órganos

En cuanto a la clasificación del cáncer de mama por estudios más especializados como son inmunohistoquímica y receptores hormonales, se divide en 4 subtipos:

Luminal A: Son los más frecuentes y con mejor pronóstico, menor tasa de recurrencia y mayor tasa de supervivencia.

Luminal B: Son menos frecuentes y tienen peor pronóstico que los Luminal A.

HER2 +: Tienen peor pronóstico que los Luminal y requieren de tratamiento con quimioterápicos. Presentan mayor tasa de recaídas y de enfermedad diseminada y pueden comprometer al sistema nervioso central.

Triple negativo: Este grupo constituye el de peor pronóstico y con comportamiento más agresivo.

La combinación de estas dos clasificaciones permite establecer un estadiaje para el cáncer de mama lo cual es importante para determinar su manejo y pronóstico en base a sus características morfológicas e histológicas. Según lo ya mencionado, se puede inferir que los estadios corresponden a:

Estadio 0: Tis,N0,M0.

Estadio IA: T1,N0,M0

Estadio IB: T0-T1,N1,M0

Estadio IIA: T0-T1,N1,M0 o T2,N0,M0

Estadio IIB: T2,N1,M0 o T3,N0,M0

Estadio IIIA: T0-T1-T2-T3,N2,M0 o T3,N1,M0

Estadio IIIC: T,N3,M0

Estadio IV: Presenta metástasis a otros órganos

El manejo adecuado sigue en estudio, sin embargo, en su mayoría coincide que es necesario una participación multidisciplinaria y un manejo integral para la mejora del pronóstico y sobrevida. Por lo que los esquemas ya sea en distinto orden, coinciden en que el tratamiento quirúrgico que consiste en la extirpación de la mama así como el tratamiento

Breast – Q (26)

El cuestionario Breast-Q fue realizado en 2009 con el propósito de evaluar el resultado de la cirugía mamaria del lado del paciente. Además es una herramienta utilizada tanto como por el personal de salud así como investigadores capaz de ser adaptada a las necesidades de cada uno según la percepción que quiera enfocar. Esta herramienta está dividida según la cirugía mamaria practicada; ya sea aumento, reducción o asociada a reconstrucción mamaria por un diagnóstico de cáncer. Cabe resaltar que cada módulo está compuesto por distintas escalas que pueden ser utilizadas de manera independiente. Es una herramienta que ha demostrado ser de gran utilidad por lo que a la actualidad, ya ha sido traducida en varios idiomas y realizada en muchos países, incluyendo México y Chile a nivel de América del Sur.

2.3 Definiciones de términos básicos

Neoplasia: Literalmente, la formación de tejido nuevo. Suele referirse al proceso patológico en el crecimiento de un tumor (27).

Cáncer de mama: Proceso oncológico en el que células sanas de la glándula mamaria que después de la pubertad responden a las influencias estrogénicas periódicas del ovario, se degeneran y se transforman en tumorales (28).

Mastectomía: Extirpación de la glándula mamaria (29).

Quimioterapia: Prevención o tratamiento de enfermedades con la utilización de sustancias químicas. Este término a veces se restringe para el tratamiento de enfermedades infecciosas con antibióticos y otros fármacos o para el control del cáncer con antimetabolitos y fármacos similares (30).

Quimioterapia neo adyuvante: Quimioterapia que se da antes del tratamiento de un tumor primario con el objetivo de mejorar los resultados de la cirugía o radioterapia y prevenir la aparición de metástasis (30).

Radioterapia: Tratamiento de las enfermedades con radiación penetrante, como rayos X, beta o gamma, los cuales pueden ser producidos por máquinas o administrados por isótopos radioactivos. Los haces de radiación pueden ser dirigidos a la parte enferma desde una distancia, o el material radioactivo en forma de agujas, hilos metálicos o píldoras puede ser introducidos en el cuerpo (29).

Reconstrucción mamaria: Es la posibilidad de reintegrar a la normalidad psicofísica a las mujeres que han sufrido la amputación de la mama, generalmente como parte del tratamiento de un tumor maligno (31).

Calidad de vida: Estado o existencia de aspectos deseables de la vida, reconocidos o no por una persona o sociedad...Desde el punto de vista ecológico, se le valora por factores como la salud... y la liberación de tensiones psíquicas en encuentro con el entorno (32).

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

La reconstrucción mamaria posmastectomía influye positivamente en la calidad de vida de pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026.

3.2 Variables y su operacionalización

Variable	Definición	Tipo	Indicador	Escala de Medición	Categorías y sus valores	Medio de verificación
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa	Años	De razón	<60	Historia clínica
					>=60	
Extensión	Mama en la que se realizó la reconstrucción	Cuantitativa dicotómica	Lateralidad	Nominal	Unilateral	Historia clínica
					Bilateral	
Cirugía Primaria	Cirugía que se realizó antes de la reconstrucción	Cualitativa	Tipo de mastectomía	Ordinal	Tumorectomía	Historia clínica
					Mastectomía total	
					Mastectomía radical	
Estadio Clínico	Estadio clínico en el que se realizó la cirugía	Cualitativa	Estadio	Ordinal	0	Historia clínica
					I	
					II	
					III	
					IV	
Tiempo de reconstrucción	Momento en el que se realizó la reconstrucción	Cualitativa	Tiempo	Ordinal	Inmediata	Historia clínica
					Tardía	
Tipo de reconstrucción	Tejido utilizado para la reconstrucción	Cualitativa	Tejido usado	Nominal	Tejido autólogo	Historia clínica
					Prótesis	
Satisfacción con mamas pre quirúrgica	Aprobación subjetiva personal de estética pre mastectomía	Cualitativa	Satisfacción	Ordinal	Alta	Cuestionario Breast Q
					Media	
					Baja	
Satisfacción con mamas post quirúrgica	Aprobación subjetiva personal de estética pos mastectomía	Cualitativa	Satisfacción	Ordinal	Alta	Cuestionario Breast Q
					Media	
					Baja	

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 Tipos y diseño

El presente estudio consiste en una investigación observacional, analítico de cohorte prospectivo en la que se evaluará la calidad de vida de las pacientes sometidas a mastectomía con reconstrucción mamaria según su grado de satisfacción evaluado mediante una encuesta basada en el cuestionario internacional Breast-Q. En este trabajo no solo se obtendrá el grado de satisfacción sino que se podrá además tener un enfoque más profundo sobre la relación entre el desarrollo del cáncer de mama en una paciente, su tratamiento quirúrgico oncológico y su tratamiento reconstructivo estético.

4.2 Diseño muestral

Población universo

Pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico de mastectomía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas.

Población de estudio

El grupo a estudiar consiste en todas las pacientes con historia clínica de cáncer de mama que sean sometidas a mastectomía y reconstrucción mamaria que acudan al departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva entre los años 2022 y 2026 en el INEN.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra será censal debido a que toda la población de estudio ingresa como muestra por haber aproximadamente entre 50 y 70 casos de reconstrucción mamaria anuales en el INEN, incluyendo dos tiempos de cirugía o simetrizaciones, se prevé que la población apta para el estudio bordee las 200 pacientes, lo que se considera una población manejable sobre todo por el interés del investigador de ser un estudio a gran escala.

Muestreo o selección de la muestra

Para identificar a las participantes de la muestra dentro de la población de estudio se recopilará la información del sistema de historias clínicas con los datos de las pacientes que hayan sido sometidas a mastectomía por cáncer de mama con posterior reconstrucción mamaria mediante cualquier técnica pero con el proceso completado.

El muestreo será probabilístico de tipo aleatorio simple ya que todos los elementos de la muestra tienen la misma probabilidad de aparición. El método de selección será a partir de un listado que contenga las unidades de muestreo, luego serán enumeradas y seleccionadas al azar.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Entre los criterios de inclusión consideramos:

- Pacientes mujeres con reconstrucción mamaria post mastectomía.
- Pacientes que hayan culminado el proceso de reconstrucción mamaria.
- Pacientes con reconstrucción mamaria con tejido autólogo o protésico.
- Pacientes con reconstrucción mamaria inmediata o diferida.

Criterios de exclusión

- Pacientes que presenten actualmente enfermedad metastásica.
- Pacientes que no se ubiquen vía telefónica.
- Pacientes que no deseen firmar consentimiento informado.
- Pacientes con tratamiento complementario de radioterapia.

4.3 Técnicas de recolección de datos

La técnica y procedimiento de recolección de datos consistirá en registro de los mismos obtenidos a través del archivo de historias clínicas del INEN registrado virtualmente en el sistema operativo denominado SISINEN. Este programa contiene toda la información propia de las historias clínicas quedando registro en este sobre datos personales, fecha de ingreso a la institución, diagnóstico, tratamientos recibidos y evoluciones médicas registradas. Se creará una base de datos con las pacientes y se les asignará un código para su identificación más sencilla. Se contactará a las pacientes que cumplan los criterios de inclusión vía telefónica para comentarles sobre el proyecto de investigación y se les pedirá, si es que se encuentran interesadas, que se apersonen a la institución. En la cita presencial, se les explicará más sobre el estudio, los objetivos, los alcances y se responderán dudas si las hubiese. Luego se les solicitará, si es que aceptan, la firma del consentimiento informado y la realización de las encuestas de Breast-Q que tendrá una duración aproximada de 45 minutos en total. Se conformará una ficha de recolección de datos para plasmar los resultados que indican el grado de satisfacción de las pacientes luego de la cirugía mamaria. En dicha ficha se registra procedimientos y apreciación sobre el resultado no sólo funcional sino el estético. El presente estudio con un adecuado manejo de la información, será rápido de procesar y así llegar a los objetivos deseados ya que el tipo de encuesta es directo, estandarizado y la fuente de información siempre será primaria o directa.

Instrumentos de recolección medición de variables

El instrumento a utilizar será el cuestionario Breast-Q que consiste en una herramienta desarrollada por la Universidad de Columbia y el Memorial Sloan-Kettering Center de Estados Unidos con mayor sensibilidad y especificidad para evaluar la calidad de vida de las pacientes sometidas a cirugía mamaria de aumento, reducción y reconstrucción. Esta herramienta fue validada y traducida al español en el año 2016. En este trabajo solo se empleará los cuestionarios relacionados a la reconstrucción mamaria sobre bienestar psicosocial, sexual y físico, satisfacción con las mamas y con el resultado final de las

intervenciones. Los cuestionarios se componen de módulos prequirúrgicos y otros posquirúrgicos para poder analizar los cambios en la calidad de vida obtenidos. Estos resultados serán expresados según los percentiles para cada cuestionario donde menor a percentil 25 se denominará satisfacción baja, entre 25 y 75 satisfacción media y mayor a percentil 75 como satisfacción alta.

4.4 Procesamiento y análisis de datos

Los datos obtenidos de la investigación como la tasa de reconstrucciones mamarias, los aspectos físicos, psicológicos y sexuales de la calidad de vida de las pacientes y las diferencias entre las pacientes con reconstrucción mamaria inmediata y diferida, serán ordenados y calificados en tablas anexas impresas las cuales permitan un mayor enfoque de los resultados obtenidos. Dichos datos serán transmitidos al programa estadístico de Microsoft Excel, donde además se organizarán en gráficos y tablas para su mejor interpretación y serán analizados utilizando medida de tendencia central. Los resultados serán mostrados en tablas comparativas para evaluar la calidad de vida de las pacientes sometidas a mastectomía por cáncer de mama con posterior reconstrucción mamaria desde los aspectos ya mencionados a estudiar. Para evaluar la asociación mencionada se utilizará el método de T de Student. Todo el procesamiento de los datos se llevarán a cabo en una computadora marca Apple modelo MacBook Air con procesador Intel Core i7 de 4 núcleos y 1.2 GHz con chip Apple M1, memoria RAM de 8GB y almacenamiento SSD de 512GB.

4.5 Aspectos éticos

En el presente trabajo se utilizará un consentimiento informado ya que las mismas pacientes serán quienes respondan el cuestionario para así poder evaluar su apreciación sobre el resultado estético de la reconstrucción mamaria. Los datos personales como nombre y documento de identidad no serán utilizados para la publicación pero sí para el correcto almacenamiento de los datos obtenidos.

No existen conflictos de intereses, sólo se evaluará la calidad de vida de las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria según su apreciación personal. Además al ser una investigación netamente académica no se requiere ni aceptará la colaboración de las casas comerciales.

CRONOGRAMA

PROCESOS			2022				2026				
	Noviembre 2020	Abril 2021	Mayo	Junio	Julio 2022	Julio 2026	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Elaboración del proyecto de investigación	X	X									
Redacción final del plan de tesis			X								
Aprobación del plan de tesis				X							
Recolección de datos					X						
Procesamiento y análisis de datos							X	X			
Elaboración del informe								X			
Revisión y aprobación de la tesis									X		
Sustentación										X	
Publicación del artículo científico											X

PRESUPUESTO

Para la elaboración del presente trabajo de investigación, se necesitará contar con la implementación de los siguientes recursos para efectuar los debidos procesos. El siguiente presupuesto será cubierto íntegramente por el médico investigador.

CONCEPTO	COSTO ESTIMADO (SOLES)
Material de escritorio	100
Impresiones	350
Logística	150
Movilidad	250
Refrigerios	150
TOTAL	1000

FUENTES DE INFORMACIÓN

- (1) Serra-Valdés M, Serra-Ruíz M, Viera-García M. Las enfermedades crónicas no transmisibles: magnitud actual y tendencias futuras. Rev Finlay:8(2):8. [Internet] 2018. [Extraído 01 Feb 2021]; Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/561>
- (2) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel R, Torre L, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6):394-424.
- (3) Registro de Cáncer de Lima Metropolitana. Incidencia y Mortalidad 2010-2012; Volumen 5. Lima 2016
- (4) International Agency for Research on cancer. Globocan 2020. Francia: World Health Organization; 2020. [Extraído el 30 Ene 2021]; Disponible en: <http://gco.iarc.fr/>
- (5) World Health Organization. Global Health Observatory. Ginebra: World Health Organization; 2018. [Extraído el 30 Ene 2021]; Disponible en: who.int/gho/database/en/
- (6) Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas [Internet]. Perú: Dpto de Estadística. 2019. Disponible en: <https://portal.inen.sld.pe/wp-content/uploads/2020/11/Estadindgest2019.pdf>
- (7) Osorio N, Bello C, Vega L. Factores de riesgo asociados al cáncer de mama. Rev Cuba Med Gen Integral:36(2):8. [Internet] 2020. [Extraído 28 Ene 2021]; Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v36n2/1561-3038-mgi-36-02-e1147.pdf>
- (8) Dormelles C, Santos P, Brinckmann C, Goldim J, Ashton P. Conocimiento del cáncer de mama y cáncer de mama hereditario en el personal de enfermería de un hospital público. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(1):90-7.
- (9) Soto W. Cáncer de mama. Rev. méd. Costa Rica Centroam. 2015; 617:799-802
- (10) Díaz N, Cuadrado C, Vich P, Álvarez-Hernandez C, Brusint B, Redondo E. Actualización del cáncer de mama en atención primaria. Semergen. 41(2):76-88. [Internet] 2014. [Extraído el: 01 Feb 2021]. Disponible en:

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-pdf-S1138359314001683>

- (11) Cohen W et al. The Breast-Q in Surgical Research: A Review Of The Literature 2009-2015. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2016;69:149–62
- (12) Jara R, Albornoz C, Valdez M, Andrades P, Erazo C. Traducción y adaptación transcultural al español (castellano) del instrumento Breast-Q® Módulo Reconstrucción Mamaria. *Rev Cirugía*. 2020; 72 (2):126-129.
- (13) Gallegos C, Morales E, Villarreal J, Hernández G, Ramos J. Calidad de vida en reconstrucción mamaria postmastectomía. Aplicación del instrumento Breast-Q®. *Cir Plast Iberolatinoam*. 2019; 45 (4):369-376.
- (14) Mohar A, Alvarado A, Torres JA, Cabrera P, Lara F, Villarreal Y. Factores pronósticos en pacientes con cáncer de mama y metástasis cerebral como primer sitio de recurrencia. *Salud Publica Mex*. 2018;60:141-150.
- (15) Pardo C, de Vries E. Supervivencia global de pacientes con cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología. *Rev Colomb Cancerol*. 2017;21(1):12-18
- (16) Maffuz A, Labastida S, Sherwill S, Ruvalcaba E, Domínguez CA, Tenorio JA. Supervivencia de pacientes con cáncer de mama. Análisis por factores pronóstico, clínicos y patológicos. *Ginecol Obstet Mex*. 2016;84(8):498-506.
- (17) Posada J, Santrich A, Bolivar E. Tratamiento quirúrgico en cáncer de mama localmente avanzado: Fundación Hospital Universitario Metropolitano periodo julio 2012 a enero 2015. *Unimetro*. 2015;33(58):10-14.
- (18) Martinez P, Burruchaga H, Abeszyc D, Forno M, De la Roza L, Arias S. Cáncer de mama localmente avanzado: Características y manejo en el Hospital Magdalena V de Martinez. *Rev Arg Mastol*. 2014;33(118):28-38.
- (19) Zaharia M, Gomez H. La quimioterapia neoadyuvante en el tratamiento del cáncer de mama localmente avanzado. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*. 2013;30(1):73-78.
- (20) Portelles C, Rodriguez A, Fernandez S, Sanz P, Oller P. Quimioterapia neoadyuvante en cáncer de mama localmente avanzado. *Cor Cient Med*. 2013;17(4):433-442.
- (21) Bautista Y, Rubio O, Perez H, Gonzales J, Portillo J, Lujan P. Resultados en el tratamiento de cáncer de mama localmente avanzado en la Unidad de Oncología del Hospital General de México OD. 2012;11(1):11-63.

- (22) Gonzalo R, Fundora G, Rodriguez P, Hernandez D, Caridad M, Rodriguez JM. Impacto de factores pronósticos y predictivos del cáncer de mama en la unidad Oncológica Provincial de Matanzas. Revista Medica Electrónica. 2010;32(5):1684-1824.
- (23) Ospino R, Cendales R, Cifuentes J, Sanchez Z, Galvis J, Bobadilla I. Supervivencia en pacientes con cáncer de mama localmente avanzado tratadas con radioterapia posterior a mastectomía en el Instituto Nacional de Cancerología. Rev Colomb Cancerol. 2010; 14(4):210-224.
- (24) Lostao L. Detección precoz del cáncer de mama. España: Editorial Días de Santos;2001.
- (25) Voineskos SH, Klassen AF, Cano SJ, Pusic AL, Gibbons CJ. Giving Meaning to Differences in BREAST-Q Scores: Minimal Important Difference for Breast Reconstruction Patients. Plast Reconstr Surg. 2020;145(1):11-20
- (26) Greence F. TNM: Our Language of Cancer. CA Cancer J Clin. 2004;54(3):129-130
- (27) Brooker, C. Diccionario Médico. 16 edición. España: Editorial El Manual Moderno;2010.
- (28) American Cancer Society. Prevención y detección temprana del cáncer de mama. Estados Unidos de América; American Cancer Society; 2015. Disponible en: <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003164-pdf>
- (29) Diccionario Médico de Bolsillo Dorland. 28 edición. España: Editorial McGraw-Hill; 2010.
- (30) Diccionarios Oxford-Complutense. Segunda reimpresión española. España;2007.
- (31) Vásquez C. Reconstrucción Postmastectomía. En: Hernández G. Avances en Mastología. Segunda edición. Venezuela: Tecnofarma;1996.
- (32) Mata A, Quevedo F. Diccionario Didáctico de Ecología. Segunda edición. Costa Rica: Editorial de la Universidad de Costa Rica;2005.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título	Pregunta de Investigación	Objetivo	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Calidad de vida en mujeres con reconstrucción mamaria posmastectomía. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 2022-2026</p>	<p>¿Cuál es la influencia de la reconstrucción mamaria posmastectomía en la calidad de vida de las pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026?</p>	<p>Objetivo general: Evaluar la influencia de la reconstrucción mamaria posmastectomía en la calidad de vida de pacientes atendidas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026</p> <p>Objetivos específicos: Estimar la tasa de reconstrucciones mamarias, sean inmediatas o tardías en pacientes mastectomizadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022-2026.</p> <p>Determinar el tipo de reconstrucción mamaria más realizado en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre los años 2022 y 2026.</p> <p>Evaluar la diferencia del impacto en la calidad de vida entre las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria autóloga y reconstrucción mamaria aloplástica.</p>	<p>Es un estudio observacional, analítico de cohorte prospectivo</p>	<p>Población universo: Pacientes mujeres con diagnóstico de cáncer de mama sometidas a tratamiento quirúrgico de mastectomía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas</p> <p>Población de estudio: El grupo a estudiar consiste en todas las pacientes con historia clínica de cáncer de mama que sean sometidas a mastectomía y reconstrucción mamaria que acudan al departamento de Cirugía Plástica y Reconstructiva entre los años 2022 y 2026 en el INEN.</p>	<p>Ficha de recolección de datos y cuestionario Breast-Q versión en español.</p>

FICHAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

HC: _____

Edad:	<input type="radio"/> <60 años	<input type="radio"/> >= 60 años		
Mama con cáncer:	<input type="radio"/> Derecha	<input type="radio"/> Izquierda	<input type="radio"/> Bilateral	
Cirugía Primaria:	<input type="radio"/> Tumorectomía	<input type="radio"/> Mastectomía total	<input type="radio"/> Mastectomía radical	
Estadío Clínico:	<input type="radio"/> I	<input type="radio"/> II	<input type="radio"/> III	<input type="radio"/> IV
Tiempo de reconstrucción	<input type="radio"/> Inmediata	<input type="radio"/> Tardía		
Tipo de reconstrucción:	<input type="radio"/> Tejido autólogo	<input type="radio"/> Prótesis		

**BREAST-Q™ – BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:
PSYCHOSOCIAL WELL-BEING**

Pensando en el área de sus senos en la última semana, ¿qué tan frecuente se ha sentido?:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Segura de sí misma en un ambiente social	1	2	3	4	5
b. Con ánimo de hacer las cosas que quiere hacer	1	2	3	4	5
c. Estable emocionalmente	1	2	3	4	5
d. Que vale lo mismo en comparación con las demás mujeres	1	2	3	4	5
e. Segura de sí misma	1	2	3	4	5
f. Femenina con la ropa que lleva puesta	1	2	3	4	5
g. Que acepta su cuerpo tal y como está	1	2	3	4	5
h. Normal o igual que todos los días	1	2	3	4	5
i. Que es igual o que es como las demás mujeres	1	2	3	4	5
j. Atractiva	1	2	3	4	5

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017. All rights reserved.

Nota para los investigadores: Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas. Es exactamente igual en los tres módulos Preoperatorios y Postoperatorios de Cáncer de Mama (ej. Mastectomía, Reconstrucción, y Cirugía Conservadora de Seno).

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PRE- AND POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:
SEXUAL WELL-BEING**

Las siguientes preguntas son acerca de su bienestar sexual. Si usted está incómoda contestando estas preguntas o no siente que apliquen o correspondan para usted, por favor revise el cuadro y pase a las siguientes preguntas.

Pensando en su sexualidad, ¿cómo se siente generalmente?:

	Nunca	Pocas veces	Algunas veces	Muchas veces	Siempre
a. Sexualmente atractiva con su ropa puesta	1	2	3	4	5
b. Cómoda o relajada durante las relaciones sexuales	1	2	3	4	5
c. Segura de sí misma en el plano sexual	1	2	3	4	5
d. Satisfecha con su vida sexual	1	2	3	4	5
e. Segura de sí misma sexualmente sobre cómo se ve el área de sus senos cuando está desnuda	1	2	3	4	5
f. Sexualmente atractiva cuando está desnuda	1	2	3	4	5

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017. All rights reserved.

Nota para los investigadores: Esta escala puede ser usada independientemente de las otras escalas. Es exactamente igual en los tres módulos Preoperatorios y Postoperatorios de Cáncer de Mama (ej. Mastectomía, Reconstrucción, y Cirugía Conservadora de Seno).

**BREAST-Q™ - BREAST CANCER CORE SCALE (PREOPERATIVE) VERSION 2.0:
SATISFACTION WITH BREASTS**

Pensando en el área de sus senos en la última semana, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?:

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. Su apariencia al verse en el espejo con <u>la ropa puesta</u>	1	2	3	4
b. La comodidad del ajuste de su brassiere	1	2	3	4
c. Poder usar ropa más ajustada ("entallada")	1	2	3	4
d. Su apariencia al verse en el espejo cuando está <u>desnuda</u>	1	2	3	4

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017. All rights reserved.

Nota para los Investigadores: Esta escala puede usarse independientemente de las otras escalas.

**BREAST-Q™ - RECONSTRUCTION MODULE (POSTOPERATIVE) VERSION 2.0:
SATISFACTION WITH BREASTS**

Si usted ha tenido una mastectomía y reconstrucción de ambos senos, por favor conteste estas preguntas pensando en el seno con el que menos se sienta satisfecha. Pensando en sus senos, en la última semana, ¿qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con lo siguiente?:

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. Su apariencia al verse en el espejo con <u>la ropa puesta</u>	1	2	3	4
b. La forma de su(s) seno(s) reconstruido(s) con el brasier puesto	1	2	3	4
c. Que se sienta normal con la ropa puesta	1	2	3	4
d. El tamaño de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
e. Poder usar ropa más ajustada ("entallada")	1	2	3	4
f. La posición de sus senos	1	2	3	4
g. La comodidad de su brasier	1	2	3	4
h. Lo blando de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
i. La igualdad del tamaño de sus senos	1	2	3	4
j. Lo natural que se ve(n) su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
k. La caída natural de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
l. La manera en que su(s) seno(s) reconstruido(s) se sienten cuando lo(s) toca	1	2	3	4
m. La sensación de que su(s) seno(s) reconstruido(s) son una parte natural de su cuerpo	1	2	3	4
n. La similitud (la igualdad) que tienen ambos senos	1	2	3	4
o. Su apariencia al verse al espejo <u>desnuda</u>	1	2	3	4

BREAST-Q VERSION 2.0 © Memorial Sloan Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2017. All rights reserved.

Nota para los Investigadores: Esta escala puede usarse independientemente de las otras escalas.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es informar a las pacientes que acepten participar de este trabajo de investigación sobre la naturaleza de este, así como la importancia de su participación para su desarrollo. Este trabajo es conducido por la médica cirujana María Alejandra Delgado Linares de la Sección de Posgrado de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres con el objetivo de evaluar la influencia de la reconstrucción mamaria posmastectomía en la calidad de vida de las pacientes.

De acceder a ser participante de este estudio, se le solicitará responder un cuestionario previa validación de sus datos, sobre su experiencia tras ser sometida a dichas cirugías. La participación es enteramente voluntaria y la información recabada tendrá carácter confidencial y de uso obligatorio solo para el presente estudio. El único beneficio será ayudar a más pacientes con cáncer de mama a tomar la decisión sobre someterse a una reconstrucción mamaria. Así mismo, no existe riesgo alguno por participar de la investigación.

Si es que luego de la explicación aun presenta alguna duda, le pedimos la haga llegar a fin de que su participación se desarrolle de la manera más transparente posible. Si luego de aceptar participar, usted ya no desea hacerlo, puede interrumpir su colaboración en el momento que usted desee sin verse afectada. En caso la paciente decida participar o no participar dentro del estudio, o interrumpir su participación, la atención brindada en la institución no se verá alterada ni en beneficio ni en perjuicio de la paciente.

Muchas gracias por su participación.

Datos del investigador:

María Alejandra Delgado Linares
Telf: 989156947
Correo: maria_ale_dl@hotmail.com

Comité Institucional de Ética en Investigación de la FMH-USMP

Dr. Amador Vargas Guerra – Presidente
Telf: 365 2300 anexo 160 / 495 1390 (línea directa)
Correo: etica_fmh@usmp.pe
Dirección: Av Alameda Del Corregidor N° 1531 Urb. Los Siruis La Molina

Yo, _____
otorgo mi consentimiento libre y desinteresado para formar parte en el estudio llamado "Calidad de vida de pacientes con reconstrucción mamaria posmastectomía en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas entre el 2022 y 2026" recalcando que mi participación es totalmente voluntaria.

He sido informada en forma clara sobre el trabajo mencionado dándome las respuestas a mis dudas si es que estas se hubiesen presentado.

Me siento en la total libertad de culminar mi participación en el momento que yo desee sin verme afectada de ninguna manera. Sin embargo, si participo completamente, recibiré información de los resultados del presente trabajo una vez que este haya sido terminado, para lo cual puedo comunicarme con la médico cirujana a cargo María Alejandra Delgado Linares.

Además, entiendo que dentro de los beneficios de mi participación para el desarrollo del presente trabajo, involucra el aporte científico a la investigación con resultados que podrán servir para brindar una mejoría en la atención integral de salud en paciente con cáncer de mama.

Al firmar este documento, estoy aprobando el uso de mis datos personales y médicos de la manera que ha sido detallada en el documento de información previo. He sido informada que recibiré una fotocopia del presente consentimiento.

Nombre completo de la participante: _____

Nº historia clínica: _____

Fecha y hora: _____

Firma