



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
SECCIÓN DE POSGRADO**

**SATISFACCIÓN DE PACIENTES POSRECONSTRUCCIÓN
MAMARIA POR MASTECTOMÍA CON COLGAJO
DIEP VERSUS COLGAJO TRAM
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2018-2021**

**PRESENTADO POR
DIANA MIRIAM ESPINAL CACSIRE**

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

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA – PERÚ
2021**



Reconocimiento

CC BY

El autor permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de esta obra, incluso con fines comerciales, siempre que sea reconocida la autoría de la creación original.

<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSGRADO**

**SATISFACCIÓN DE PACIENTES POSRECONSTRUCCIÓN
MAMARIA POR MASTECTOMÍA CON COLGAJO
DIEP VERSUS COLGAJO TRAM
HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA 2018-2021**

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

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

**PRESENTADO POR
DIANA MIRIAM ESPINAL CACSIRE**

**ASESOR
MTRA. ROSA ANGÉLICA GARCÍA LARA**

**LIMA, PERÚ
2021**

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Índice	ii
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	1
1.1 Descripción del problema	1
1.2 Formulación del problema	3
1.3 Objetivos	3
1.4 Justificación	4
1.5 Viabilidad y factibilidad	5
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	
2.1 Antecedentes	6
2.2 Bases teóricas	11
2.3 Definiciones de términos básicos	20
CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES	
3.1 Formulación de la hipótesis	21
3.2 Variables y su operacionalización	21
CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA	
4.1 Tipos y diseño	23
4.2 Diseño muestral	23
4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos	24
4.4 Procesamiento y análisis de datos	25
4.5 Aspectos éticos	25
CRONOGRAMA	26
PRESUPUESTO	27
FUENTES DE INFORMACIÓN	28
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 de mama es el más común a nivel mundial. Entre los diagnosticados, un gran número requiere mastectomía como parte del plan de tratamiento. Históricamente, la tasa de reconstrucción mamaria después de la mastectomía ha oscilado entre el 8 y el 15% (1-3).

En los últimos años, sin embargo, ha habido una aceptación cada vez mayor del valor de la reconstrucción mamaria posmastectomía y se han informado tasas de hasta el 40% (4).

A medida que aumentan las tasas de reconstrucción, también puede aumentar la demanda de información sobre los resultados. La investigación en este campo se ha visto obstaculizada por la ausencia de una medida de resultados para su uso en la evaluación de la satisfacción y calidad de vida del paciente (5, 6).

Una encuesta de cirujanos generales se observó que el 25% de los cirujanos remitían por encima del 75% de pacientes mastectomizadas a cirugía plástica previo a su procedimiento quirúrgico. Se obtuvo en una encuesta que la razón más frecuente para no continuar con una reconstrucción fue el deseo de evitar una cirugía adicional. Por otro lado, un total 84 mujeres respondieron el 38% de una encuesta sobre opciones de reconstrucción(7-9).

La reconstrucción mamaria inmediata aumenta aproximadamente un 5% por año y, a menudo, se recomienda cuando es oncológicamente segura y en pacientes que son buenas candidatas. Se puede realizar con implantes protésicos o tejidos autólogos. La restauración inmediata de la mama a menudo se asocia con una mejor imagen corporal y autoestima. La reconstrucción basada en implantes ha aumentado a una tasa del 11% por año, mientras que la tasa de reconstrucción autóloga se ha mantenido sin cambios (10).

Estudios adicionales han demostrado que las tasas de mastectomía unilateral están disminuyendo en un 2% por año, mientras que las mastectomías profilácticas contralaterales y bilaterales están aumentando a una tasa del 15 y 12% por año,

respectivamente. Las razones de estos cambios son multifactoriales e incluyen la reducción del riesgo y mejores resultados estéticos (11).

Con la llegada de las pruebas genéticas, muchas mujeres eligen someterse a una mastectomía profiláctica, ya sea de la mama contralateral o bilateralmente. Algunos cirujanos sienten que los resultados estéticos suelen mejorar después de la mastectomía bilateral y la reconstrucción, debido a la capacidad de lograr una mejor simetría. Se puede realizar un procedimiento de simetría en la mama reconstruida o en la mama natural (12).

En la mama contralateral, la simetría, generalmente, se logra realizando una mamoplastia de reducción o mastopexia; sin embargo, en algunos casos se necesita un implante. En el seno reconstruido, los procedimientos de simetría pueden incluir el contorneado de tejidos blandos, injerto de grasa autólogo, reposicionamiento del implante y, en el caso de reconstrucción autóloga, colocación de un implante pequeño. Los cirujanos plásticos pueden optimizar los resultados estéticos gracias a nuestra amplia gama de opciones reconstructivas que incluyen dispositivos protésicos mejorados y el uso de los propios tejidos corporales del paciente con una morbilidad mínima (13).

Es un desafío, al día de hoy, la reconstrucción mamaria para poder recuperar la imagen corporal y calidad de vida, siendo los implantes la forma más común. No obstante, en los últimos años se ha optado por el empleo de tejidos autólogos por su mejor calidad y durabilidad. Por lo tanto, buscamos obtener resultados con respecto a la satisfacción de las pacientes, ya que no solo es aplicar lo que se conoce sino como esto repercute en la vida de las pacientes.

El Hospital Nacional Arzobispo Loayza, queda ubicado en la ciudad de Lima, es un hospital de alta especialización, categorizado III-1 que forma parte del Ministerio de Salud. Los pacientes que se reciben son principalmente los de alta complejidad, y dentro del área de Cirugía Plástica y Reconstructiva se manejan hasta pacientes de gran complejidad. Con respecto a las pacientes que requieren una reconstrucción mamaria, tenemos una alta demanda, para lo cual se ha ido

observando las recaídas, complicaciones, mortalidad; todo en busca de un mejor manejo y la elección de la cirugía más adecuada para cada una de ellas.

En este sentido debemos considerar cómo percibe la paciente la necesidad de reconstrucción mamaria para la mejora en su calidad de vida, respetando los criterios o indicaciones de la reconstrucción y las posibilidades económicas de las pacientes. El colgajo DIEP es un procedimiento que lo estamos empleando recientemente en nuestro servicio, por lo tanto se busca comparar este procedimiento con el colgajo TRAM, basado en la satisfacción de las pacientes, para poder así generar un protocolo y manejo óptimo para pacientes a futuro, considerando adicionalmente las complicaciones, dificultades y costos que se puedan presentar para cada tipo de cirugía.

1.2 Formulación del problema

¿Cuál es el nivel de satisfacción de pacientes posreconstrucción mamaria por mastectomía con colgajo DIEP versus colgajo TRAM, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018-2021?

1.3 Objetivos

General

Determinar el nivel de satisfacción de pacientes posreconstrucción mamaria por mastectomía con colgajo DIEP versus colgajo TRAM, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018-2021.

Específicos

Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio.

Identificar las características clínicas de los pacientes en estudio.

Establecer las características estéticas de colgajo DIEP.

Establecer las características estéticas del colgajo TRAM.

Comparar el resultado de la zona dadora de ambos colgajos.

Determinar el gasto sanitario que demanda cada tipo de cirugía reconstructiva.

1.4 Justificación

En la actualidad se ha observado como la cirugía mamaria es más conservadora debido a un diagnóstico temprano y avances en el manejo para el cáncer. No obstante, aún se presenta un gran número de pacientes que controlan enfermedad mediante una mastectomía. El objetivo es la realización de una reconstrucción mamaria posterior a la intervención.

Se describe en diversos estudios que la reconstrucción mamaria inmediata reduce el impacto psicológico además de ser un tratamiento seguro, mejorando la calidad de vida de la mujer, siendo necesario considerarlo como parte del tratamiento integral del cáncer de mama.

El punto de vista de los médicos es donde se centran más los estudios de satisfacción. Por lo cual, lo recomendable sería abarcar desde el punto de vista de la paciente mediante la encuesta BREAST-Q, y así poder analizar el nivel de satisfacción de la paciente post-reconstrucción. Así, se puede saber adicionalmente variables de riesgo y ver las probabilidades de insatisfacción con la reconstrucción.

Es esencial conocer estas variables para mejorar el proceso y toma de decisiones de la paciente. En nuestro país, carecemos de estudios recientes que puedan analizar el nivel de satisfacción, más aún por que el colgajo DIEP es un procedimiento reciente siendo un importante avance para el campo de la microcirugía reconstructiva.

Finalmente, realizar este estudio en la población femenina de nuestro hospital nos permitirá mejorar el manejo y toma de decisiones, así como el desarrollo de nuevas estrategias que favorezcan la recuperación óptima de la paciente que es intervenida; además, por el lado económico, favorece a una menor demanda de gasto sanitario para el Estado, al optimizar recursos y desarrollar adecuadamente el plan de manejo de las pacientes.

1.5 Viabilidad y factibilidad

El presente trabajo es viable, porque los datos necesarios podrán ser recolectados por los profesionales del área de cirugía plástica con lo que se obtienen suficientes fuentes de información para la realización del mismo. Asimismo, para tomar los datos para la presente investigación se contará con el permiso del Hospital. Su factibilidad es dada por los recursos económicos con los que se cuenta, así como los humanos y el tiempo destinado para la recaudación de data sin dificultad.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

Damen et al. estudiaron 72 mujeres en quienes se realizó reconstrucción mamaria con colgajo DIEP, para lo cual se utilizó un cuestionario específico del estudio: el Short Form-36 (SF-36). Se obtuvo como resultados que la satisfacción de las pacientes fue muy alta. Aproximadamente, el 90% de las pacientes informaron que habían sido suficientemente informadas sobre el procedimiento y sus consecuencias, que se habían cumplido sus expectativas preoperatorias, que la mama reconstruida se sentía como propia y que volverían a elegir el mismo procedimiento y recomendarían este procedimiento. La satisfacción del paciente se relacionó positiva y significativamente con la sensación de que la mama reconstruida era suya. Las mujeres con reconstrucciones secundarias fueron más positivas sobre los cambios en la sexualidad y la femineidad que las mujeres con reconstrucción mamaria primaria. No hubo diferencias clínicamente relevantes entre los pacientes con relación a la calidad de vida (14).

Chun et al. se comparó 105 mujeres con colgajos TRAM pediculados bilaterales con 58 mujeres con reconstrucción con colgajo DIEP bilateral. Se obtuvo que la necrosis grasa se produjo con menos frecuencia en el grupo TRAM ($p=0,04$). Los resultados de la encuesta posoperatoria no revelaron diferencias significativas en la satisfacción del paciente, la incidencia de dolor de espalda o la función física. El grupo TRAM obtuvo una puntuación más alta en la categoría de energía subjetiva del formulario ($p = 0.01$) y la puntuación media de la evaluación funcional de la terapia del cáncer de mama ($p = 0.01$)(15).

Yueh et al. en su estudio se incluyó un total de 583 pacientes con reconstrucción mamaria por colgajo TRAM y DIEP. Se obtuvo como resultado que las pacientes con colgajo DIEP tuvieron el nivel más alto de satisfacción general con un 80%, y los pacientes con pedículo TRAM tuvieron el nivel más alto de satisfacción estética con un 77% ($p < 0.001$ y $p < 0.001$, respectivamente). En relación a la salud, la calidad de vida y el tiempo transcurrido desde la cirugía se identificaron como covariables importantes que influyeron en la satisfacción del paciente. Después del

análisis de regresión logística, la reconstrucción autóloga tuvo una satisfacción general y estética significativamente mayor que la reconstrucción basada en implantes ($p=0.017$ y $p<0.001$). Entre las reconstrucciones autólogas, los colgajos de base abdominal tuvieron una satisfacción general y estética significativamente mayor que los colgajos de latissimus ($p=0.011$ y $p=0.016$). Al comparar las reconstrucciones de base abdominal, la satisfacción general y estética dejó de ser estadísticamente significativa entre los colgajos pediculares TRAM y DIEP ($p=0.659$ y $p=0.198$)(16).

Niddam et al. se tuvo como objetivo evaluar la satisfacción, específicamente por los resultados de la abdominoplastia, en pacientes que se sometieron a reconstrucción mamaria con un solo colgajo DIEP. Un total de 50 pacientes respondieron a la encuesta. La edad media fue de 52.3 años. Este estudio reveló que el 52% de las pacientes estaban contentas o muy contentas con el resultado estético de su abdomen. El 34% de los pacientes confesó que prefería su abdomen antes que la cirugía. Un análisis adicional de los pacientes insatisfechos mostró una insatisfacción particular con el saliente abdominal residual (18%) o la cicatriz horizontal (12%). La distancia media entre la cicatriz horizontal y la comisura anterior vulvar fue de 10.6 cm. El 86% de los pacientes estaban contentos o muy contentos con el asesoramiento preoperatorio(17).

Tonseth et al., describen la comparación de sus resultados informados por las pacientes sometidas a reconstrucción mamaria con el colgajo de perforante epigástrico inferior profundo (DIEP) o un implante mamario expandible (EBI). En el cuestionario específico del estudio, más pacientes en el grupo DIEP estaban satisfechas con la apariencia de su seno ($P<0.0005$) e informaron una mejor relación social ($P=0.02$), y menos pacientes estaban tristes por su imagen corporal ($P=0.01$) después de la reconstrucción que en el grupo EBI. En los otros ítems específicos del estudio, la satisfacción fue similar en los dos grupos. Las pacientes con DIEP informaron mejores resultados cosméticos que los pacientes con EBI(18).

Alderman et al. buscó evaluar la satisfacción con la reconstrucción mamaria posmastectomía y evaluar los efectos del tipo de procedimiento y el momento en la satisfacción del paciente. Hicieron seguimiento a un total de 212 pacientes durante

el período de 1994 a 1997, incluidas 141 reconstrucciones inmediatas y 71 tardías. La población de estudio consistió en 49 expansores/implantes, 102 colgajos pediculares TRAM y 61 pacientes con reconstrucción con colgajo TRAM libre. El análisis mostró una asociación significativa entre el tipo de procedimiento y la satisfacción del paciente. Las pacientes con colgajo TRAM (tanto libre como pedicular) parecieron tener una satisfacción general y estética significativamente mayor en comparación con las pacientes con expansor/implante ($p=0.03$ y 0.001 , respectivamente). Además, las pacientes con colgajo TRAM pediculado estaban más satisfechos estéticamente que aquellos con colgajos TRAM libres ($p=0.072$). Las otras variables independientes de edad y momento del procedimiento no parecieron afectar significativamente la satisfacción general o estética. Sin embargo, la actividad física preoperatoria se correlacionó positivamente con la satisfacción general en el nivel $p = 0.034(19)$.

Gopie et al. encuestó al inicio del estudio a 98 mujeres con implante o colgajo DIEP. A la mayoría se le hizo seguimiento a los 6 meses (96%) y 20 meses (86%) del postoperatorio. Los cuestionarios incluyeron la escala de imagen corporal, el cuestionario de relaciones holandés, el formulario corto - 36 y la escala de impacto de eventos. Los análisis de modelos mixtos indicaron que la imagen corporal preoperatoria mejoró significativamente después de 20 meses ($p < 0.001$) y no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos tipos de reconstrucción mamaria. Una mejor imagen corporal se relacionó con una mejor salud mental general ($p = 0.02$), menos angustia por cáncer ($p < 0.001$) y una mayor satisfacción en la relación de pareja ($p < 0.001$). La satisfacción con la relación sexual también aumentó después de 20 meses ($p=0.01$) y se relacionó positivamente con una mayor satisfacción en la relación de pareja, pero se vio afectada negativamente por la terapia hormonal(20).

Tonseth et al. evaluaron los resultados informados por 34 mujeres a las que se les había reconstruido las mamas con un colgajo de perforante epigástrico inferior profundo (DIEP) y los compararon con las de 24 pacientes que estaban esperando la reconstrucción mamaria. Ambos grupos completaron el cuestionario Short Form 36 (SF-36). El grupo de colgajo DIEP también evaluó sus condiciones preoperatorias de forma retrospectiva y completó un cuestionario específico del

estudio. El grupo DIEP informó puntuaciones de salud mental SF-36 más altas después de la operación que antes, pero sin diferencias en otras escalas SF-36. No hubo diferencias en ninguna escala SF-36 entre las pacientes que habían tenido colgajos DIEP y los que esperaban reconstrucción. La mayoría del grupo DIEP estaba satisfecho con sus cuerpos, la apariencia de sus senos después de la reconstrucción y habría optado por la operación nuevamente. En conclusión, hubo poca mejoría en la calidad de vida después de la reconstrucción con un colgajo DIEP. Sin embargo, la satisfacción de las pacientes fue alta después del procedimiento(21).

Simon et al. estudiaron 124 pacientes con reconstrucción con colgajo TRAM (62 pacientes no pediculados y 62 pacientes bipediculados), completaron una encuesta que contenía preguntas sobre actividades y habilidades físicas posoperatorias, resultado con respecto a síntomas físicos específicos y satisfacción con el procedimiento. La mayoría de las pacientes no informó ningún efecto adverso después de la operación con respecto a lo siguiente: rendimiento de la jornada laboral ($\geq 90\%$), rendimiento de la jornada laboral que implica trabajo físico ($\geq 78\%$), recreación física ($\geq 77\%$), apariencia abdominal ($\geq 77\%$), estar de pie postura ($\geq 95\%$) y dolor de espalda (≥ 81). Al comparar los grupos de pacientes de TRAM no pediculados y bipediculados, no hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos para ninguno de estos criterios. Sin embargo, el 42% de los pacientes con colgajo TRAM no pediculados y el 64% de los pacientes con colgajo TRAM bipédica informaron una disminución subjetiva en la fuerza de los músculos abdominales, y la disminución de la fuerza de los músculos abdominales fue la razón más frecuentemente citada para la insatisfacción. Curiosamente, esta disminución de la fuerza no afectó las actividades diarias de los pacientes que estaban contentos con la cirugía (96%) y lo recomendarían a otros (96%)(22).

Skraastad et al. exploraron los resultados estéticos y la satisfacción 10 o más años después de la cirugía de reconstrucción mamaria, utilizando un colgajo perforante epigástrico inferior profundo (DIEP). Se estudió una población de 34 pacientes; cuatro pacientes murieron durante los 10 años de seguimiento y se excluyeron cuatro pacientes con falla total o parcial del colgajo. La edad promedio para la reconstrucción fue de 51.4 años. Las participantes respondieron preguntas

específicas del estudio basadas en el primer estudio, evaluaron los resultados cosméticos utilizando la escala analógica visual (EVA) y el módulo de reconstrucción posterior a la mastectomía BREAST-Q. La tasa de respuesta fue del 85% (22/26). La consistencia de la mama reconstruida se evaluó significativamente mejor con la puntuación VAS ($p=0.039$). Las pacientes informaron un nivel generalmente alto de satisfacción con la reconstrucción mamaria y los resultados cosméticos 10 o más años después del procedimiento de colgajo DIEP. Aunque un número significativamente menor de pacientes informaron satisfacción con la apariencia de la mama, casi todas las pacientes habrían elegido la reconstrucción mamaria nuevamente y la consistencia de la mama reconstruida se evaluó como mejorada (23).

Ochoa et al., evaluaron entre julio de 2012 y agosto de 2016, 73 pacientes que se sometieron a 130 reconstrucciones mamarias con colgajo DIEP. Los puntajes de satisfacción mamaria y bienestar psicosocial y sexual aumentaron significativamente después de la operación. Preoperatoriamente, estratificadas por índice de masa corporal, las puntuaciones de satisfacción mamaria y bienestar psicosocial fueron significativamente más bajas entre las pacientes con índice de masa corporal de 35 o más y de más de 30, respectivamente. Después de la reconstrucción, no solo mejoraron significativamente las puntuaciones de satisfacción mamaria, bienestar psicosocial y sexual en todos los grupos de índice de masa corporal en comparación con la línea de base, sino que las diferencias entre los grupos de índice de masa corporal ya no estaban presentes. La satisfacción del resultado, el colgajo y la morbilidad del sitio donante fueron similares independientemente del índice de masa corporal (24).

O'Connell et al., investigaron el resultado estético y la satisfacción del paciente en mujeres que se habían sometido a una reconstrucción con colgajo de perforante de la arteria epigástrica inferior profunda (DIEP) en el contexto de radioterapia posmastectomía. Las pacientes que se sometieron a reconstrucción con colgajo DIEP sin radioterapia posmastectomía fueron el grupo de control. Participaron 177 mujeres. 80 mujeres (48%) se sometieron a reconstrucción inmediata con colgajo DIEP y ninguna radioterapia posmastectomía; 28 (17%) se sometieron a reconstrucción inmediata con colgajo DIEP con radioterapia posmastectomía; 38

(23%) se sometieron a mastectomía simple, radioterapia posmastectomía y reconstrucción con colgajo DIEP; y 21 (13%) se sometieron a mastectomía con implante temporal, radioterapia posmastectomía y reconstrucción con colgajo DIEP. Las puntuaciones medias de satisfacción fueron significativamente diferentes entre los grupos ($p < 0.05$). En las mujeres que requirieron radioterapia, las que se sometieron a una reconstrucción diferida después de una mastectomía simple fueron las más satisfechas, pero no hubo diferencias significativas entre los grupos de colgajo DIEP inmediato y de implantes temporales. Las puntuaciones medias fueron significativamente más altas si la reconstrucción inmediata no se sometió posteriormente a radioterapia. No hubo diferencias significativas en la evaluación entre los tres grupos de mujeres que habían recibido radioterapia(25).

2.2 Bases teóricas

Colgajo

Un colgajo es el mejor método para la reparación de la herida cuando la reparación primaria no es posible sin una tensión excesiva o el lecho de la herida no se puede injertar porque el defecto no está bien vascularizado, como en aquellos con hueso o tendón expuestos. Los colgajos también son el mejor método para cubrir defectos grandes o cuando se requiere tejido complejo para recuperar la estética normal o función(26).

La selección del colgajo comienza con un análisis del defecto, incluida la ubicación y el estado del receptor, las comorbilidades (como tabaquismo, antecedentes de radioterapia, diabetes mellitus), importancia cosmética e importancia funcional. Además de evaluar el defecto a cerrar, el cirujano debe considerar la morbilidad del sitio donante, incluida la cicatrización y la pérdida funcional si el colgajo incluye un músculo(27).

Antes de la reconstrucción de cualquier lecho de la herida, el cirujano debe asegurarse de que el lecho receptor esté debidamente preparado. La herida debe estar libre de todo tejido necrótico o isquémico. Además, los signos de infección como celulitis local, edema importante o drenaje purulento deberían haber

disminuido. Sin embargo, a diferencia del uso de injertos de piel, el lecho de la herida no necesita estar bien vascularizado, ya que el colgajo tiene su propio suministro de sangre. El tejido de granulación, si está presente, debe desbridarse suavemente hasta la base de la herida para reducir los niveles de contaminación bacteriana. Los márgenes de la piel deben recortarse hacia atrás para exponer una dermis sana y sin cicatrices(28, 29).

Se debe irrigar el lecho de la herida antes de la colocación del colgajo para reducir la contaminación bacteriana tanto como sea posible. Esto se logra frecuentemente con 3 a 6 litros de solución salina. Finalmente, la hemostasia después del desbridamiento debe ser meticulosa para evitar que se acumulen colecciones de líquido debajo del tejido del colgajo(26, 30).

Los colgajos tienen una amplia aplicabilidad y elección, con una gama casi infinita de colgajos disponibles para cubrir incluso los defectos más complejos. Es necesario tener en cuenta los resultados estéticos y funcionales, así como las comorbilidades y la posible morbilidad del sitio donante(26).

Como regla general, se utilizan colgajos locales simples si es posible. Los colgajos regionales o distantes se utilizan si las opciones locales no están disponibles o si un colgajo distante dará un mejor resultado funcional y cosmético general(31).

Los defectos de la piel facial con mayor frecuencia se pueden cerrar con colgajos locales, utilizando tejido similar que se transfiere con mayor frecuencia como una transposición de patrón aleatorio o un colgajo rotacional. Los ejemplos incluyen colgajos romboides locales y colgajos de avance en V-Y(31).

Colgajo perforante

Los colgajos perforantes requieren una planificación cuidadosa para reducir el riesgo de fallo del colgajo mediante el mapeo preoperatorio y la localización de las arterias perforantes utilizando un Doppler portátil. En el quirófano, el perforante principal generalmente se identifica haciendo una incisión exploratoria limitada, con

disección adicional del perforante hasta que se identifica el perforante más grande y mejor(32).

Los defectos que se crean al extraer un colgajo se tratan mediante una hemostasia meticulosa y un cierre primario. Rara vez es necesario un injerto de piel. El sitio donante se cierra en capas para minimizar la dehiscencia de la herida posoperatoria y sin tensión en la línea de sutura. Los drenajes se utilizan para heridas más grandes. Se aplican tiras autoadhesivas a la línea de sutura, seguidas de una gasa seca, que se asegura con un vendaje envolvente o un apósito adhesivo (33).

La actividad física está limitada hasta que la herida cicatrice para evitar resangrado, hematoma o dehiscencia. Los drenajes se utilizan en los lechos del sitio donante si la extracción del colgajo interrumpe el drenaje linfático o si hay espacio muerto residual. Los drenajes se dejan en su lugar hasta que la producción sea ≤ 30 cc / día (33).

Los colgajos con preservación de músculos (es decir, perforantes) son el método de reconstrucción autóloga más utilizado en mujeres después de una mastectomía. El colgajo sin perforantes recolecta solo el suministro vascular (arteria y vena) y la piel y grasa suprayacentes. (34)

El colgajo se puede trasponer a su posición con su origen vascular intacto (es decir, colgajo pediculado), o el colgajo y su suministro vascular se pueden recolectar por completo y transferir al sitio de la mastectomía, lo que requiere anastomosis de la arteria y la vena del colgajo a los vasos locales en el sitio receptor, generalmente los vasos mamarios internos o toracodorsal (es decir, colgajo libre o microquirúrgico).(34)

Cuando la reconstrucción del montículo mamario se logra utilizando los propios tejidos del paciente, el resultado suele ser más natural tanto en apariencia como en tacto en comparación con el expansor o implante. La reconstrucción de tejido autólogo también tiende a proporcionar una mejor compatibilidad para una mama contralateral ptótica grande, particularmente si no se desea la alteración de la mama opuesta. Además, la reconstrucción autóloga puede ser la única opción

reconstructiva disponible para pacientes que tienen grandes déficits de tejidos blandos o piel de la pared torácica que no es adecuada para la expansión del tejido debido al tejido cicatricial o cambios inducidos por la radiación.(34)

El riesgo de falla total del colgajo suele ser inferior al 3% con cirujanos experimentados. A modo de ejemplo, en una serie de 614 colgajos microquirúrgicos para reconstrucción mamaria, hubo 12 casos de pérdida de colgajo (1,9%). (30)

Reconstrucción autóloga

La reconstrucción autóloga requiere una selección adecuada del paciente. Algunas mujeres están interesadas en una operación corta con una recuperación rápida y pueden inclinarse por la reconstrucción basada en implantes, mientras que otras están menos interesadas en la duración del procedimiento o la recuperación, pero están más interesadas en un procedimiento duradero que mejora con el tiempo. Además, algunas mujeres eligen la reconstrucción autóloga porque no quieren ningún material protésico en su cuerpo. Para las mujeres que han recibido radioterapia previa, la reconstrucción autóloga a menudo se considera la opción ideal porque el colgajo vascularizado tenderá a funcionar mejor con el tiempo en comparación con un dispositivo protésico.(35, 36)

Desventajas y contraindicaciones

La principal desventaja de la reconstrucción autóloga es la mayor duración del procedimiento quirúrgico y el tiempo de recuperación prolongado en comparación con la reconstrucción protésica. Por lo tanto, para ser consideradas para la reconstrucción mamaria autóloga, las pacientes deben gozar de buena salud física y tener tejidos adecuados en los diversos sitios donantes que incluyen el abdomen, la región glútea, el tórax posterior y la región del muslo. (37, 38)

Aunque las mujeres con mayor índice de masa corporal (IMC;> 30) tienden a elegir la reconstrucción mamaria con colgajo con mayor frecuencia, la reconstrucción autóloga se puede realizar en mujeres con una variedad de tipos de cuerpo y para una amplia gama de IMC. Muchas más mujeres están considerando opciones

autólogas, dado que las morbilidades del sitio donante tienden a ocurrir con menos frecuencia en comparación con los colgajos que utilizan todo el músculo del sitio donante. Además, algunas mujeres pueden tener preocupaciones sobre los implantes dada la información reciente sobre el linfoma anaplásico de células grandes y otras posibles enfermedades relacionadas con los implantes mamarios.(37, 38)

Las contraindicaciones relativas para la reconstrucción mamaria autóloga incluyen tabaquismo activo, diabetes mellitus mal controlada, enfermedad avanzada, edad avanzada (> 80 años), hipercoagulabilidad y obesidad mórbida extrema (IMC> 40). Las contraindicaciones absolutas para la reconstrucción mamaria autóloga incluyen puntuación elevada de la American Society of Anesthesiologists (ASA), enfermedad arterial coronaria grave, estado nutricional deficiente, enfermedad respiratoria grave (como enfermedad pulmonar obstructiva crónica) y cirugía previa en el sitio donante con alteración de la sangre suministro.(35, 36, 39)

Para las pacientes que se someten a tratamiento por cáncer de mama, la reconstrucción autóloga se puede realizar de inmediato (es decir, en el momento de la mastectomía) o de manera tardía (es decir, en una fecha posterior). Si bien existe controversia, la principal preocupación se centra en el momento de la reconstrucción autóloga en relación con la radioterapia. (40-42)

Para los casos en los que la radiación no es necesaria, se puede realizar una reconstrucción autóloga, asumiendo que el paciente es un buen candidato. Cuando la radiación es necesaria o muy probable, hay tres opciones: un abordaje inmediato, realizar una reconstrucción autóloga en el momento de la mastectomía y luego proceder con la radiación; un abordaje inmediato diferido, colocando un implante o expansor de tejido temporal después de la mastectomía y luego de que se completa la radioterapia, retirando el implante o expansor de tejido y realizando una reconstrucción autóloga; y un abordaje tardío, realizando una reconstrucción autóloga de 6 a 12 meses después de la mastectomía. Hay defensores de cada una de estas opciones, sin recomendación de seleccionar una sobre la otra.(40-42)

Colgajo DIEP

El colgajo de perforantes más utilizado para la reconstrucción mamaria es el colgajo de perforantes epigástricas inferiores profundas (DIEP). El DIEP utiliza una isla abdominal inferior de piel y grasa que protege el músculo recto del abdomen. Similar a una abdominoplastia modificada es el cierre del sitio donante DIEP. La probabilidad de requerir una malla quirúrgica para el cierre abdominal es mínima ya que se conservan el músculo y la fascia suprayacente; sin embargo, a veces se utiliza una malla reabsorbible para minimizar la atenuación de la fascia durante la fase de cicatrización.(43, 44)

La selección de pacientes para colgajos DIEP debe realizarse en función del peso corporal, las comorbilidades médicas, la cantidad de TCSC abdominal y el volumen de la mama. Si hay mucha preocupación por parte de las pacientes por la morbilidad de la pared abdominal (es decir, abultamiento, debilidad o hernia), como después de una reconstrucción miocutánea del recto abdominal transversal (TRAM), también pueden ser candidatos.(43, 44).

Las contraindicaciones absolutas para la reconstrucción DIEP incluyen antecedentes de abdominoplastia o una hernia abdominal incisional en la línea media. Las contraindicaciones relativas incluyen la liposucción abdominal, el tabaquismo activo (dentro del mes de la cirugía) y las grandes incisiones abdominales transversales u oblicuas. Las cicatrices de Pfannenstiel no parecen influir en las tasas de complicaciones. Los pacientes con sobrepeso y obesidad aún pueden ser buenos candidatos para la reconstrucción con colgajo DIEP, suponiendo que gocen de buena salud general. Sin embargo, a medida que aumenta el índice de masa corporal, también aumentan las tasas de complicaciones.(43, 44).

El trasplante exitoso de colgajos de perforantes requiere vasos sanguíneos de calibre y ubicación adecuados. En consecuencia, algunos cirujanos evalúan los vasos perforantes antes de la operación utilizando modalidades como la angiografía por tomografía computarizada (TC) o la angiografía por resonancia magnética.(45, 46).

La formación de imágenes es particularmente útil en pacientes con incisiones abdominales previas que pueden interrumpir el suministro de sangre al colgajo. En algunos casos, se puede considerar la reinervación del colgajo. Esto se realiza mediante la unión de un nervio sensorial desde el colgajo a un nervio sensorial en el sitio de la mastectomía. (45, 46).

El colgajo DIEP tiene todas las ventajas del colgajo TRAM libre y un resultado estético similar, pero puede estar asociado con una menor incidencia de laxitud y debilidad de la pared abdominal, menos dolor posoperatorio y una recuperación más corta. Dada la elección entre la preservación muscular y el sacrificio muscular, la mayoría de los pacientes optarán por la preservación muscular total debido a la mejora de la función de los músculos abdominales.(47)

Para la disección meticulosa y la anastomosis de perforantes tan pequeñas como un milímetro de diámetro se requiere de una gran experiencia en microcirugía. La complejidad del procedimiento contribuye a tiempos quirúrgicos más largos.(47)

Se debe informar a los pacientes en el preoperatorio que la consideración de un colgajo DIEP como una opción reconstructiva depende de las características de los vasos perforantes como el número, calibre y su ubicación. Si se observa intraoperatoriamente que las perforantes epigástricas inferiores son insuficientes para soportar todo el colgajo, es posible que sea necesario convertir el procedimiento en una reconstrucción TRAM libre estándar, donde se extraerá una porción del músculo recto con colgajo para incluir más perforadores. Los estudios han demostrado que hay muy poca diferencia en el resultado funcional al comparar el colgajo DIEP con el TRAM libre con preservación muscular después de la reconstrucción mamaria unilateral. Alternativamente, se pueden considerar colgajos DIEP apilados o dos colgajos por mama.(48)

Las complicaciones del colgajo DIEP incluyen necrosis grasa, pérdida parcial del colgajo, pérdida total del colgajo y laxitud o hernia de la zona de incisión. En una serie de 758 colgajos DIEP realizados para la reconstrucción mamaria, el 6% de las pacientes regresaron al quirófano por problemas relacionados con el colgajo.

La pérdida parcial del colgajo ocurrió en un 2,5% y la pérdida total del colgajo en menos del 1%. Otros problemas incluyeron necrosis grasa en el 13% (los factores de riesgo fueron el tabaquismo y la radioterapia posterior a la reconstrucción, la formación de seromas en el sitio donante abdominal en el 5% y la hernia abdominal en el 0,7%).(27).

Al comparar los procedimientos TRAM vs DIEP se desconoce para cual es la mayor incidencia de pérdida parcial y total del colgajo. No obstante, hay un mayor riesgo de necrosis por parte de los colgajos DIEP por su menor suministro de sangre. (15)

Colgajo TRAM

Los colgajos miocutáneos de recto abdominal transversal (TRAM) utilizan una elipse orientada transversalmente de piel abdominal inferior, grasa subcutánea y músculo, y como parte del cierre del sitio donante se realiza una abdominoplastia. A través de vasos perforantes de las arterias epigástricas superior e inferior, la piel y TCSC del hemiabdomen inferior reciben su irrigación sanguínea del músculo subyacente, que arborizan a través del músculo recto del abdomen. Hay dos tipos de colgajos TRAM, el pediculado o libre. (49)

El colgajo TRAM pediculado se diferencia del libre según el origen del riego sanguíneo. El suministro de sangre se deriva de la arteria y vena epigástricas superiores. El colgajo se transfiere al sitio de la mama sin separar el suministro de sangre; más bien, se transfiere al rotarlo al sitio del seno. El suministro de sangre al colgajo TRAM libre se deriva de la arteria y la vena epigástricas inferiores. Este colgajo se separa de su suministro de sangre natural, se transfiere al sitio de la mama y se vuelve a conectar a una arteria y vena adyacentes mediante técnicas de anastomosis microvascular.(49)

Aunque la reconstrucción con TRAM es segura y confiable, la elección de la paciente es fundamental para evitar la pérdida del colgajo. Lo ideal para un colgajo TRAM pediculado es una paciente no fumadora, no diabética de peso normal con tejido blando adecuado en la parte inferior del abdomen para igualar el volumen de la mama contralateral. Las pacientes con diabetes mellitus pueden ser candidatas

para la reconstrucción del colgajo TRAM, suponiendo un buen control de la glucosa y niveles de hemoglobina A1c inferiores al 7%. Los pacientes con sobrepeso y obesidad también son candidatos para colgajos TRAM, asumiendo que gozan de buena salud general.(50)

Las contraindicaciones que son absolutas para el procedimiento incluyen un colgajo TRAM previo, abdominoplastia o cicatriz subcostal bilateral abierta que viola el riego sanguíneo de los pedículos. Aunque no se consideran dentro de este grupo, el tabaquismo activo, DM, obesidad, enfermedad vascular del colágeno, radioterapia post-mastectomía y la presencia de cicatrices abdominales pueden aumentar el riesgo de complicaciones con el colgajo TRAM y provocar o complicar la cicatrización de heridas en la parte inferior del abdomen. (51)

Se alienta a los pacientes que tienen uno o más de estos factores a que dejen de fumar, pierdan peso y mantengan un control estricto de su azúcar en sangre. Si bien la obesidad puede estar asociada a un aumento de las complicaciones en algunos pacientes, no es una contraindicación a menos que esté asociada a otros factores mal controlados. Las enfermedades vasculares del colágeno pueden asociarse con complicaciones adicionales, pero no suelen considerarse una contraindicación.(51)

Para los pacientes que han recibido radiación posmastectomía, en la mayoría de los pacientes se prefiere la reconstrucción autóloga con una variedad de colgajos. Ciertas cicatrices abdominales que han dividido una perforación importante o los vasos de origen primario pueden obviar la capacidad de realizar un TRAM o un colgajo de perforante epigástrico inferior profundo (DIEP).(51)

El colgajo TRAM libre se desprende completamente y transfiere directamente el tejido donante al lugar de la mastectomía. La arteria y la vena epigástricas inferiores profundas, brindan el suministro vascular para el colgajo libre, se anastomosan con los vasos receptores locales utilizando las mamarias internas (vena y arteria) o toracodorsal. A partir de entonces, el colgajo TRAM libre se contornea y se inserta de una manera similar a la del TRAM pediculado. El cierre del sitio donante es el mismo con ambos tipos de colgajos TRAM.(51)

El colgajo TRAM libre puede proporcionar mayor suministro de sangre que el pediculado, por lo que puede ser preferido cuando el defecto de mastectomía requiere una gran cantidad de cobertura de piel y tejido blando o cuando grandes reconstrucciones unilaterales o bilaterales requieren el uso de porciones periféricas del colgajo. (34)

Además, puede mejorar la supervivencia del colgajo en pacientes que tienen factores de riesgo como obesidad, tabaquismo o diabetes. Algunas pacientes que no son candidatas para colgajos pediculados debido a incisiones subcostales previas y la interrupción resultante de los vasos epigástricos superiores pueden someterse a la reconstrucción del colgajo libre.(34)

Los colgajos TRAM libres pueden proporcionar un gran flujo sanguíneo, particularmente a las perforantes, lo que hace que el suministro de sangre del colgajo sea más confiable que los colgajos TRAM pediculados. Las desventajas de esta técnica incluyen tiempos de operación potencialmente más largos y la necesidad de experiencia en microcirugía. Adicionalmente, se requiere personal de enfermería capacitado en la monitorización del colgajo con el fin de detectar la trombosis del vaso y el compromiso resultante del colgajo. La tasa de pérdida total del colgajo es de 1 a 3 frente a menos del 1% en los colgajos TRAM pediculados.(34)

2.3 Definición de términos básicos

DIEP: Colgajo libre de perforante de arteria epigástrica inferior profunda.

TRAM: Colgajo muscular de recto abdominal con isla transversa.

ANGIOSOMA: Es un espacio tridimensional que implica el territorio anatómico (cutáneo, subcutáneo y muscular) suplido por una arteria y vena.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 Formulación de la hipótesis

El nivel de satisfacción es mayor con el colgajo DIEP en comparación con el colgajo TRAM

3.2 Variables y su operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN	TIPO POR SU NATURALEZA	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	CATEGORIA Y SUS VALORES	MEDIOS DE VERIFICACION
EDAD	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un ser vivo	Cuantitativa continua	Años cumplidos	Ordinal	Edad en años	DNI
LUGAR DE PROCEDENCIA	Lugar donde radica en los últimos 10 años	Cualitativa	Lugar	Nominal	Descripción	Historia clínica
IMC	Valor obtenido de la relación del peso con la talla.	Cuantitativa	Relación de peso y talla	Razón Continua	Valor de IMC	Historia clínica
HÁBITOS NOCIVOS	Tipos de hábitos que perjudican la salud del paciente	Cualitativa	Hábitos nocivos	Nominal Politómica	Descripción	Historia clínica
COMORBILIDADES / ANTECEDENTES PATOLÓGICOS	Enfermedades actuales o pasadas que haya presentado la paciente	Cualitativa	Enfermedades (actuales o pasadas)	Nominal Politómica	Descripción	Historia clínica
COLGAJO DIEP	Colgajo microquirúrgico de las arterias perforantes epigástricas inferiores profundas	Cualitativa	Tipo de cirugía	Nominal	Descripción	Historia clínica
COLGAJO TRAM	Colgajo musculocutáneo pediculado dependiente del recto abdominal	Cualitativa	Tipo de cirugía	Nominal	Descripción	Historia clínica
SATISFACCIÓN DE PACIENTES CON RECONSTRUCCIÓN	Alcanzar la armonía post cirugía reconstructiva	Cualitativa	Nivel de satisfacción	ordinal	Muy satisfecha Satisfecha	Encuesta

CCION MAMARIA POST MASTECTOMI A (Escala BREAST-Q)					Regularmente satisfecha Insatisfecha	
COSTO DEL TRATAMIENT O	Valor total en dinero de la cirugía empleada	Cuantitativa continua	Cantidad total de dinero en soles	Ordinal	Valor en números	Historia clínica

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1. Tipos y diseño

Según la intervención del investigador: es un estudio observacional

Según el alcance: analítico

Según el número de mediciones de las variables del estudio: longitudinal

Según el momento de la investigación: ambispectivo

4.2. Diseño muestral

Población universo

Todas las pacientes mastectomizadas atendidas en el servicio de cirugía plástica del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018 - 2021.

Población de estudio

Todas las pacientes mastectomizadas atendidas en el servicio de cirugía plástica post reconstrucción mamaria con colgajo DIEP o colgajo TRAM del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018 - 2021.

Tamaño de muestra

No se trabajará con muestra, se trabajará con toda la población.

Muestreo

No probabilístico por conveniencia.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

Pacientes post reconstrucción mamaria con colgajo DIEP o colgajo TRAM.

Pacientes con historias clínicas completas.

Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación firmando el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Menores de edad sin consentimiento de sus padres.

Pacientes que tengan historias clínicas incompletas.

Pacientes que no acepten participar del estudio.

4.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

Para realizar el presente proyecto se coordinará con la Dirección del Hospital Nacional Arzobispo Loayza y la Jefatura del Departamento de Estadística, solicitando autorización de poder acceder a las historias clínicas para recopilar información de las pacientes seleccionadas.

Para la recolección se optará por el análisis documental de las HC y estará a cargo del investigador. Para este fin se usará una ficha de recolección de datos (anexo 2), donde se detallará toda la información para el desarrollo del presente estudio.

El cuestionario BREAST-Q (Anexo 2), será el cuestionario validado para determinar la satisfacción de las pacientes. El módulo será el de reconstrucción mamaria post-intervención versión en español para mujeres hispano-hablantes, el cual es un cuestionario brindado gratuitamente por MAPI Research trust, siendo este un cuestionario del Hospital Memorial Sloan-Kettering Cancer Center y la Universidad British Columbia.

Son 116 ítems donde se cuantificará la satisfacción de las pacientes. Cada respuesta tiene una puntuación en base a la escala de Likert:

1. 4 puntos escala Likert desde 1 “Muy insatisfecha” hasta 4 “Muy satisfecha”
2. 3 puntos escala Likert desde 1 “En desacuerdo” hasta 3 “Totalmente de acuerdo”
3. 5 puntos escala Likert desde 1 “Nunca” hasta 5 “Siempre”
4. 4 puntos escala Likert desde 1 “Totalmente en desacuerdo” hasta 4 “Totalmente de acuerdo”

4.3. Procesamiento y análisis de datos

Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables, donde en las cuantitativas se medirán la media, mediana y rango. En las variables cualitativas se calcularán frecuencias y porcentajes.

Asimismo, se realizará un análisis bivariado para poder identificar aquellas variables con un $p < 0.05$. En las variables cuantitativas, se utilizará t de student, y para la comparación de variables cualitativas se empleará chi cuadrado o test de Fisher.

Se realizará un análisis de regresión múltiple y univariado para las variables del cuestionario BREAST-Q con $p < 0.05$ o aquellas con significancia clínica para identificar las variables asociadas a la satisfacción.

4.5 Aspectos éticos

El presente proyecto de investigación tendrá la evaluación y aprobación del comité de docencia del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, así como de su comité de Ética.

Los pacientes serán debidamente informados del estudio a realizarse, por lo que se implementará un proceso de consentimiento informado (Anexo 3). Además, el presente estudio constituye un riesgo mínimo para las participantes.

El investigador declara no presentar ningún conflicto de intereses. Se plantea difundir los resultados obtenidos mediante la publicación en una revista científica.

CRONOGRAMA

PASOS	2021											
	enero	febrero	marzo	abril	Mayo	junio	Julio	agosto	septiembre	octubre	noviembre	diciembre
Redacción final del proyecto de investigación	X	X	X									
Aprobación del proyecto de investigación				X								
Recolección de datos					X	X						
Procesamiento y análisis de datos						X	X					
Elaboración del informe								X	X			
Correcciones del trabajo de investigación									X	X		
Aprobación del trabajo de investigación											X	
Publicación del artículo científico												X

PRESUPUESTO

Para la realización del presente trabajo de investigación, será necesaria la implementación de los siguientes recursos:

Concepto	Monto estimado (soles)
Materiales	500.00
Software e informática	300.00
Empastado de tesis	100.00
Impresiones	400.00
Logística	150.00
Traslados	500.00
TOTAL	1950.00

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Polednak AP. How frequent is postmastectomy breast reconstructive surgery? A study linking two statewide databases. *Plastic and reconstructive surgery*. 2001;108(1):73-7.
2. Nattinger AB. Variation in the choice of breast-conserving surgery or mastectomy: patient or physician decision making? : American Society of Clinical Oncology; 2005.
3. Desch CE, Penberthy LT, Hillner BE, McDonald MK, Smith TJ, Pozez AL, et al. A sociodemographic and economic comparison of breast reconstruction, mastectomy, and conservative surgery. *Surgery*. 1999;125(4):441-7.
4. Christian CK, Niland J, Edge SB, Ottesen RA, Hughes ME, Theriault R, et al. A multi-institutional analysis of the socioeconomic determinants of breast reconstruction: a study of the National Comprehensive Cancer Network. *Annals of surgery*. 2006;243(2):241.
5. Handel N, Cordray T, Gutierrez J, Jensen JA. A long-term study of outcomes, complications, and patient satisfaction with breast implants. *Plastic and reconstructive surgery*. 2006;117(3):757-67.
6. Brown MH, Shenker R, Silver SA. Cohesive silicone gel breast implants in aesthetic and reconstructive breast surgery. *Plastic and reconstructive surgery*. 2005;116(3):768-79.
7. Lee CN, Belkora J, Chang Y, Moy B, Partridge A, Sepucha K. Are patients making high-quality decisions about breast reconstruction after mastectomy? *Plastic and reconstructive surgery*. 2011;127(1):18.
8. Morrow M, Mujahid M, Lantz PM, Janz NK, Fagerlin A, Schwartz K, et al. Correlates of breast reconstruction: results from a population-based study. *Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society*. 2005;104(11):2340-6.
9. Alderman AK, Hawley ST, Waljee J, Morrow M, Katz SJ. Correlates of referral practices of general surgeons to plastic surgeons for mastectomy reconstruction. *Cancer*. 2007;109(9):1715-20.

10. Albornoz CR, Bach PB, Mehrara BJ, Disa JJ, Pusic AL, McCarthy CM, et al. A paradigm shift in US breast reconstruction: increasing implant rates. *Plastic and reconstructive surgery*. 2013;131(1):15-23.
11. Cemal Y, Albornoz CR, Disa JJ, McCarthy CM, Mehrara BJ, Pusic AL, et al. A paradigm shift in US breast reconstruction: Part 2. The influence of changing mastectomy patterns on reconstructive rate and method. *Plastic and reconstructive surgery*. 2013;131(3):320e-6e.
12. Nahabedian MY. Symmetrical breast reconstruction: analysis of secondary procedures after reconstruction with implants and autologous tissue. *Plastic and reconstructive surgery*. 2005;115(1):257-60.
13. Metcalfe KA, Zhong T, Narod SA, Quan ML, Holloway C, Hofer S, et al. A prospective study of mastectomy patients with and without delayed breast reconstruction: Long-term psychosocial functioning in the breast cancer survivorship period. *Journal of Surgical Oncology*. 2015;111(3):258-64.
14. Damen TH, Timman R, Kunst EH, Gopie JP, Bresser PJ, Seynaeve C, et al. High satisfaction rates in women after DIEP flap breast reconstruction. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2010;63(1):93-100.
15. Chun YS, Sinha I, Turko A, Yueh JH, Lipsitz S, Pribaz JJ, et al. Comparison of morbidity, functional outcome, and satisfaction following bilateral TRAM versus bilateral DIEP flap breast reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2010;126(4):1133-41.
16. Yueh JH, Slavin SA, Adesiyun T, Nyame TT, Gautam S, Morris DJ, et al. Patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction: a comparative evaluation of DIEP, TRAM, latissimus flap, and implant techniques. *Plastic and reconstructive surgery*. 2010;125(6):1585-95.
17. Niddam J, Bosc R, Lange F, Chader H, Hersant B, Bigorie V, et al. DIEP flap for breast reconstruction: retrospective evaluation of patient satisfaction on abdominal results. *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*. 2014;67(6):789-96.
18. Tønseth K, Hokland B, Tindholdt T, Åbyholm F, Stavem K. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after breast reconstruction using DIEP flap or expandable breast implant. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2008;61(10):1188-94.

19. Alderman AK, Wilkins EG, Lowery JC, Kim M, Davis JA. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2000;106(4):769-76.
20. Gopie JP, ter Kuile MM, Timman R, Mureau MA, Tibben A. Impact of delayed implant and DIEP flap breast reconstruction on body image and sexual satisfaction: a prospective follow-up study. *Psycho-oncology*. 2014;23(1):100-7.
21. Tønseth KA, Hokland BM, Tindholdt TT, Åbyholm FE, Stavem K. Patient-reported outcomes after breast reconstruction with deep inferior epigastric perforator flaps. *Scandinavian journal of plastic and reconstructive surgery and hand surgery*. 2007;41(4):173-7.
22. Simon AM, Bouwense CL, McMillan S, Lamb S, Hammond DC. Comparison of unipedicled and bipedicled TRAM flap breast reconstructions: Assessment of physical function and patient satisfaction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2004;113(1):136-40.
23. Skraastad BK, Knudsen C, Jackson C, Utheim TP, Pripp AH, Tønseth KA. Quality of life, patient satisfaction and cosmetic outcome after delayed breast reconstruction using DIEP flap: a 10 years' follow-up survey. *Journal of plastic surgery and hand surgery*. 2019;53(2):119-24.
24. Ochoa O, Garza III R, Pisano S, Chrysopoulou M, Ledoux P, Arishita G, et al. Prospective longitudinal patient-reported satisfaction and health-related quality of life following DIEP flap breast reconstruction: relationship with body mass index. *Plastic and reconstructive surgery*. 2019;143(6):1589-600.
25. O'Connell RL, Di Micco R, Khabra K, Kirby AM, Harris PA, James SE, et al. Comparison of immediate versus delayed DIEP flap reconstruction in women who require postmastectomy radiotherapy. *Plastic and reconstructive surgery*. 2018;142(3).
26. Massey MF, Spiegel AJ, Levine JL, Craigie JE, Kline RM, Khoobehi K, et al. Perforator flaps: recent experience, current trends, and future directions based on 3974 microsurgical breast reconstructions. *Plastic and reconstructive surgery*. 2009;124(3):737-51.
27. Gill PS, Hunt JP, Guerra AB, Dellacroce FJ, Sullivan SK, Boraski J, et al. A 10-year retrospective review of 758 DIEP flaps for breast reconstruction. *Plastic and reconstructive surgery*. 2004;113(4):1153-60.

28. Salgado CJ, Moran SL, Mardini S. Flap monitoring and patient management. *Plastic and reconstructive surgery*. 2009;124(6S):e295-e302.
29. Rozen WM, Chubb D, Whitaker IS, Acosta R. The efficacy of postoperative monitoring: a single surgeon comparison of clinical monitoring and the implantable Doppler probe in 547 consecutive free flaps. *Microsurgery: Official Journal of the International Microsurgical Society and the European Federation of Societies for Microsurgery*. 2010;30(2):105-10.
30. Lin SJ, Nguyen M-D, Chen C, Colakoglu S, Curtis MS, Tobias AM, et al. Tissue oximetry monitoring in microsurgical breast reconstruction decreases flap loss and improves rate of flap salvage. *Plastic and reconstructive surgery*. 2011;127(3):1080-5.
31. Pribaz J, Stephens W, Crespo L, Gifford G. A new intraoral flap: facial artery musculomucosal (FAMM) flap. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 1992;90(3):421-9.
32. Blondeel PN, Morris SF, Hallock GG, Neligan PC. *Perforator flaps: anatomy, technique, & clinical applications*: CRC Press; 2013.
33. Lohman RF, Langevin C-J, Bozkurt M, Kundu N, Djohan R. A prospective analysis of free flap monitoring techniques: physical examination, external Doppler, implantable Doppler, and tissue oximetry. *Journal of reconstructive microsurgery*. 2013;29(01):051-6.
34. Nahabedian MY, Patel K. Autologous flap breast reconstruction: surgical algorithm and patient selection. *Journal of Surgical Oncology*. 2016;113(8):865-74.
35. Nahabedian MY. Factors to consider in breast reconstruction. *Women's Health*. 2015;11(3):325-42.
36. Nahabedian MY. Breast reconstruction: a review and rationale for patient selection. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2009;124(1):55-62.
37. Magnusson MR, Cooter RD, Rakhorst H, McGuire PA, Adams Jr WP, Deva AK. Breast implant illness: a way forward. *Plastic and reconstructive surgery*. 2019;143(3S):74S-81S.
38. Rastogi P, Riordan E, Moon D, Deva AK. Theories of Etiopathogenesis of Breast Implant–Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma. *Plastic and reconstructive surgery*. 2019;143(3S):23S-9S.
39. Albornoz CR, Cordeiro PG, Pusic AL, McCarthy CM, Mehrara BJ, Disa JJ, et al. Diminishing relative contraindications for immediate breast reconstruction: a

- multicenter study. *Journal of the American College of Surgeons*. 2014;219(4):788-95.
40. Ayoub Z, Strom EA, Ovalle V, Perkins GH, Woodward WA, Tereffe W, et al. A 10-year experience with mastectomy and tissue expander placement to facilitate subsequent radiation and reconstruction. *Annals of surgical oncology*. 2017;24(10):2965-71.
41. Patel KM, Albino F, Fan KL, Liao E, Nahabedian MY. Microvascular autologous breast reconstruction in the context of radiation therapy: comparing two reconstructive algorithms. *Plastic and reconstructive surgery*. 2013;132(2):251-7.
42. Fracol ME, Basta MN, Nelson JA, Fischer JP, Wu LC, Serletti JM, et al. Bilateral free flap breast reconstruction after unilateral radiation: comparing intraoperative vascular complications and postoperative outcomes in radiated versus nonradiated breasts. *Annals of plastic surgery*. 2016;76(3):311-4.
43. Granzow JW, Levine JL, Chiu ES, Allen RJ. Breast reconstruction using perforator flaps. *Journal of surgical oncology*. 2006;94(6):441-54.
44. Wormer BA, Clavin NW, Lefavre J-F, Korn JM, Teng E, Aukskalnis AS, et al. Reducing postoperative abdominal bulge following deep inferior epigastric perforator flap breast reconstruction with onlay monofilament poly-4-hydroxybutyrate biosynthetic mesh. *Journal of reconstructive microsurgery*. 2017;33(01):008-18.
45. Ngaage LM, Hamed R, Oni G, Di Pace B, Ghorra DT, Malata CM. The role of CT angiography in assessing deep inferior epigastric perforator flap patency in patients with pre-existing abdominal scars. *Journal of Surgical Research*. 2019;235:58-65.
46. Ghattaura A, Henton J, Jallali N, Rajapakse Y, Savidge C, Allen S, et al. One hundred cases of abdominal-based free flaps in breast reconstruction. The impact of preoperative computed tomographic angiography. *Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery*. 2010;63(10):1597-601.
47. Knox AD, Ho AL, Leung L, Tashakkor AY, Lennox PA, Van Laeken N, et al. Comparison of outcomes following autologous breast reconstruction using the DIEP and pedicled TRAM flaps: a 12-year clinical retrospective study and literature review. *Plastic and reconstructive surgery*. 2016;138(1):16-28.

48. Haddock NT, Cho M-J, Teotia SS. Comparative analysis of single versus stacked free flap breast reconstruction: a single-center experience. *Plastic and reconstructive surgery*. 2019;144(3):369e-77e.
49. Hartrampf Jr C, Bennett GK. Autogenous tissue reconstruction in the mastectomy patient. A critical review of 300 patients. *Annals of surgery*. 1987;205(5):508.
50. Fischer JP, Nelson JA, Kovach SJ, Serletti JM, Wu LC, Kanchwala S. Impact of obesity on outcomes in breast reconstruction: analysis of 15,937 patients from the ACS-NSQIP datasets. *Journal of the American College of Surgeons*. 2013;217(4):656-64.
51. Shuck J, Patel KM, Franklin B, Fan KL, Hannan L, Nahabedian MY. Impact of connective tissue disease on oncologic breast surgery and reconstruction. *Annals of plastic surgery*. 2016;76(6):635-9.

ANEXOS

1. Matriz de consistencia

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Tipo y diseño de estudio	Población de estudio y procesamiento de datos	Instrumento de recolección
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es el nivel de satisfacción de las portadoras de colgajo DIEP versus colgajo TRAM en cirugía reconstructiva post mastectomía en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza 2018-2021??</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar el nivel de satisfacción de las portadoras de colgajo DIEP versus colgajo TRAM en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el periodo 2018-2021</p> <p>Objetivos Específicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Identificar las características sociodemográficas de los pacientes en estudio. • Identificar las características clínicas de los pacientes en estudio. • Establecer las características estéticas de colgajo DIEP • Establecer las características estéticas del colgajo TRAM • Comparar el resultado de la zona dadora de ambos colgajos • Determinar el nivel de satisfacción mediante la escala de BREAST-Q • Determinar el gasto sanitario que demanda cada tipo de cirugía reconstructiva 	<p>El nivel de satisfacción es mayor con el colgajo DIEP en comparación con el colgajo TRAM</p>	<p>Tipo de Investigación :</p> <p>Observacional , analítico, longitudinal, ambispectivo,</p>	<p>Población:</p> <p>Todas las pacientes mastectomizadas atendidas en el servicio de cirugía plástica post reconstrucción mamaria con colgajo DIEP o colgajo TRAM del Hospital Nacional Arzobispo Loayza en el año 2018 - 2021.</p> <p>Procesamiento de datos:</p> <p>Se realizará un análisis descriptivo de todas las variables, donde en las cuantitativas se medirán la media, mediana y rango. En las variables cualitativas se calcularán frecuencias y porcentajes. Asimismo, se realizará un análisis bivariado para poder identificar aquellas variables con un $p < 0.05$. En las variables cuantitativas, se utilizará t de student, y para la comparación de variables cualitativas se empleará chi cuadrado o test de Fisher. Se realizará un análisis de regresión múltiple y univariado para las variables del cuestionario</p>	<p>Instrumentos de recolección:</p> <p>Ficha de recolección de datos – encuesta BREAST-Q (Anexo 2)</p>

				BREAST-Q con $p < 0.05$ o aquellas con significancia clínica para identificar las variables asociadas a la satisfacción.	
--	--	--	--	--	--

2. Instrumentos de recolección de datos

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LA USUARIA

Información general:

- Edad:
- Lugar de procedencia:
- Hábitos nocivos:
- Comorbilidades/antecedentes patológicos:

Información quirúrgica:

- Fecha de cirugía:
- Tipo de reconstrucción: unilateral () Bilateral ()
- Tipo de colgajo: TRAM () DIEP ()
- Resultados del colgajo:
- Costo del tratamiento:

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. Su apariencia en el espejo cuando está <u>con la ropa puesta</u>	1	2	3	4
b. La forma de su(s) seno(s) reconstruido(s) cuando lleva puesto un brasier	1	2	3	4
c. Lo normal que se siente con la ropa 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	1	2	3	4
f. El alineamiento de sus senos	1	2	3	4
g. La comodidad de sus brasieres	1	2	3	4
h. La blandura de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
i. La igualdad del tamaño de sus senos	1	2	3	4
j. Lo natural que se ven su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
k. La caída natural de su(s) seno(s) reconstruido(s)	1	2	3	4
l. La manera en que su(s) seno(s) reconstruido(s) se sienten cuando lo(s) toca	1	2	3	4
m. La sensación de que su(s) seno(s) reconstruido(s) son una parte natural de su cuerpo	1	2	3	4
n. La similitud que tienen ambos senos	1	2	3	4
o. La apariencia de su(s) seno(s) reconstruido(s) ahora en comparación con la que tenía(n) antes de la(s) cirugía(s)	1	2	3	4
p. Su apariencia en el espejo cuando está <u>desnuda</u>	1	2	3	4

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

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

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

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

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

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

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

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

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

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

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

	Muy Insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. Cómo se llevaría a cabo la cirugía reconstructiva de seno	1	2	3	4
b. El tiempo que tomaría en recuperarse y sanarse	1	2	3	4
c. Las posibles complicaciones	1	2	3	4
d. Las opciones que le dieron sobre los <u>tipos</u> de reconstrucción de seno	1	2	3	4
e. Las opciones que le dieron sobre <u>cuándo se programaría</u> la reconstrucción de seno (es decir, al mismo tiempo que su mastectomía en lugar de hacerse después)	1	2	3	4
f. Los pros y contras de <u>cuándo se programaría</u> la reconstrucción de seno	1	2	3	4
g. El tiempo que tomaría el proceso de reconstrucción de seno desde el comienzo hasta el final	1	2	3	4
h. El posible tamaño de sus senos después de la cirugía reconstructiva	1	2	3	4
i. La intensidad del dolor que podría tener durante la recuperación	1	2	3	4
j. La posible apariencia de sus senos después de la cirugía	1	2	3	4
k. El tiempo que le tomaría sentirse nuevamente como antes o normal después de la cirugía reconstructiva	1	2	3	4
l. Cómo la cirugía afectaría los futuros exámenes de seno para la detección de cáncer (por ej., mamografía, autoexamen)	1	2	3	4
m. La falta de sensación en su(s) seno(s) y pezón(es) reconstruidos	1	2	3	4
n. Lo que otras mujeres experimentan con la cirugía reconstructiva de seno	1	2	3	4
o. La apariencia que tendrían las cicatrices	1	2	3	4

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

BREAST-Q™
MÓDULO DE RECONSTRUCCIÓN (POSTOPERATORIO) 1.0

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

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

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

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

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas.

BREAST-Q™ © Copyright Memorial Sloan-Kettering Cancer Center y The University of British Columbia, 2006. Todos los derechos reservados

3. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Datos de la paciente: _____

Persona que proporciona información : _____

He leído, he sido informado y comprendo el estudio que se realizará, en donde se solicita mi apoyo respondiendo a preguntas sobre mi nivel de satisfacción con respecto a la cirugía que me realizaron, lo que acredito con mi firma en prueba de mi consentimiento en todo lo que en ella se contiene.

Entiendo que mi participación es voluntaria y en caso de ser necesario solicitar la revocación de este consentimiento en cualquier momento, sin tener que ofrecer explicaciones y sin que esto repercuta en mis cuidados médicos presentes y/o futuros.

Asimismo, me será entregada una copia de esta ficha de consentimiento y al finalizar el estudio, puedo consultar sobre los resultados obtenidos.

Lima, de del 20.....

Fecha:

Firma del Participante/paciente

Fecha:

Firma del médico que realiza el consentimiento informado