

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
UNÁN- LEON
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**



TESIS

Para optar al título de:
DOCTOR EN MEDICINA Y CIRUGÍA

**Percepción de las mujeres mastectomizadas sobre su
condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria
postmastectomía, HEODRA,
2004 - 2011.**

AUTORAS:

Dra. Kirla Dayana Aráuz Siles.
Dra. Eyddi Elizabeth Armas Machado.

TUTORES:

Dr. Gustavo Herdocia B.
MB del Servicio de Cirugía Plástica y Reconstructiva.

Dr. Francisco Tercero, PhD
Prof. Titular Dpto. Salud Pública
León, Nicaragua 2014

¡A LA LIBERTAD POR LA UNIVERSIDAD!

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN	1
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
3. OBJETIVOS	4
4. MARCO TEÓRICO	
4.1. Concepto y Epidemiología	5
4.2. Factores de riesgos	6
4.3. Clasificación.....	8
4.4. Cuadro Clínico	12
4.5. Conocimiento sobre la mastectomía.....	14
4.6. Reconstrucción mamaria postmastectomía.....	20
4.7. Complicaciones de la Mastectomía	26
4.8. Percepción de las mujeres mastectomizadas sobre reconstrucción mamaria postmastectomía	27
5. DISEÑO METODOLÓGICO	28
6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	31
7. RESULTADOS.....	33
8. DISCUSIÓN.....	42
9. CONCLUSIONES.....	45
10. RECOMENDACIONES.....	47
11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
12. ANEXOS.....	52

“Percepción de las mujeres mastectomizadas sobre su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía, HEODRA, 2004-2011”.

Aráuz, Kirla Dayana., Armas, Eyddi Elizabeth., Dr. Herdocia, Gustavo., Dr. Tercero, Francisco.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue conocer la percepción de las mujeres mastectomizadas sobre su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía en el HEODRA. El tipo de estudio fue descriptivo en mujeres entre 31-87 años de edad. Las fuentes fueron los *expedientes clínicos complementados con entrevistas personales*. La mayoría de las pacientes mastectomizadas tenía entre 51-70 años (64%), con un tipo histológico de cáncer ductal infiltrante predominante (75%), clasificado principalmente en el grado III de la clasificación BIRADS (43.6%), siendo la mama izquierda la más afectada (54%), y el cuadrante superior externo (33%). La cirugía más realizada fue la mastectomía radical modificada de Patey (57%) y con mayor número de mastectomías en el año 2008 (21%). La percepción principal acerca de su condición física postmastectomía fue que es traumático y doloroso, disminuye mucho la autoestima, y les duele hablar de ello, y están agradecidas con Dios por haberlo detectado a tiempo, ya que para él tendríamos el mismo valor como mujeres y como personas. El 72% de las pacientes conocían acerca de la reconstrucción mamaria y el 23% mencionó que han pensado en realizarse una principalmente para mejorar su autoestima y calidad de vida; destacándose que la condición necesaria para realizarse una reconstrucción mamaria es tener dinero.

Palabras Claves: Cáncer de mama, mastectomía, reconstrucción mamaria, autoestima, discapacidad, percepción física, necesidades de rehabilitación.

INTRODUCCIÓN

En el ser humano y especialmente en las mujeres, las mamas son un distintivo de fertilidad, atracción y feminidad; por lo que la pérdida de ellas produce inestabilidad emocional, aprensión a la mutilación, lo que conlleva posteriormente a la inadaptación social y sobre todo familiar.^(1, 2)

Desde épocas antiguas, la falsa vanidad ha retrasado el diagnóstico temprano y la terapéutica oportuna; lo cual ha sido una limitación, incluso en la actualidad; lo que trae consigo que la mujer tenga que encarar no sólo el pronóstico real de Cáncer, sino también recordar su condición de deformidad física provocada por la Mastectomía.^(1, 2)

El cáncer de mama es la neoplasia más frecuente en mujeres constituyendo el 28% de todos los cánceres, siendo la primera causa de muerte en el sexo femenino a nivel mundial y en Nicaragua es la segunda causa de muerte con una tasa de mortalidad del 23% en casos hospitalarios, superado sólo por el Cáncer Cervicouterino; se estima que en los países desarrollados, una de cada ocho mujeres puede padecer cáncer a lo largo de su vida.

El cáncer de mama se considera un problema de salud pública con influencia de alta mortalidad en el sexo femenino a nivel mundial ya que las estadísticas según la OMS contabilizan más de 1 millón de casos nuevos al año, declarando el 19 de octubre, Día Internacional del cáncer de mama.^(2, 3)

Actualmente existe basta información acerca del cáncer de mama, sus factores de riesgos, epidemiología, sobrevida, prevalencia e incidencia de los diferentes tipos de canceres e incluso de los diferentes tipos de reconstrucciones mamarias después de la mastectomía, pero hasta el momento no se ha realizado un estudio en nuestra ciudad, acerca de la percepción que tienen las mujeres hacia la reconstrucción mamaria después que han sido mastectomizadas, con esto que la pérdida de la mama en pacientes jóvenes, impacta grandemente en el status psicológico, lo cual mejora la calidad de vida cuando aparece la reconstrucción, permitiendo enfrentar el daño a su imagen corporal.⁽²⁾

Un estudio realizado en Michigan acerca de los resultados psicológicos en la construcción mamaria, concluyen que ambas reconstrucciones mamarias (inmediatas y tardías) proveen de frutos como; vitalidad, salud mental, funcional y renovación de su imagen. ⁽⁴⁾

En este sentido debemos tener en cuenta cómo percibe la mujer la amenaza que para ella representa la mastectomía y cuáles son los recursos de que dispone, además; piden grandes solicitudes, como es enterarse del diagnóstico, de conocer peligro y vulnerabilidad e identificar estilos de afrontamiento que condicionan respuestas de la paciente.⁽⁶⁾

Por este motivo, surgió la necesidad de realizar este estudio con la finalidad de aportar a las bases científicas y al abordaje psicosocial integral de la mujer con diagnóstico de cáncer y mastectomía posterior, mostrando las diferentes percepciones de éstas, acerca de su condición física (principalmente), y de 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, además deseamos que la población en general desarrolle un espíritu de prevención frente al cáncer de mama con la promoción y realización del autoexploración de mama, disminuyendo así la mortalidad y mutilaciones de mujeres con cáncer de mama que generalmente se encuentra en estadíos avanzados.

Es por ello, que la elaboración de este documento, solidificará las bases científicas que condicionan la presencia de cáncer de mama y posteriormente la realización de mastectomía en mujeres nicaragüenses.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la percepción de las mujeres mastectomizadas acerca de su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA)?

OBJETIVOS

General:

Conocer la percepción que poseen las mujeres que ya fueron mastectomizadas de su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía en el HEODRA, en el período comprendido desde el año 2004 al 2011.

Específicos:

1. Conocer el grado BIRADS en los que se encontraban las mujeres, durante la realización de la mastectomía y el tipo de cáncer predominante.
2. Identificar la localización predominante del cáncer de mama en las mujeres mastectomizadas y el tipo de mastectomía que se utilizó.
3. Mostrar las diferentes percepciones de las mujeres ya mastectomizadas sobre su condición física y la reconstrucción mamaria postmastectomía.
4. Identificar las necesidades que tienen las pacientes mastectomizadas sobre la posibilidad (Clínica y económica) de cirugía reconstructiva mamaria postmastectomía que fueron manejadas en el HEODRA.

MARCO TEÓRICO

CÁNCER DE MAMA

1. Concepto.

Es una enfermedad sistémica, en la cual las células del tejido mamario empiezan a formar tumores malignos, con una capacidad de metatizar a tejidos vecinos o a órganos distantes del cuerpo.

Una célula cancerosa de mama se duplica cada 100-300 días. La neoplasia de mama de 1 cm realiza cerca de 30 duplicaciones antes de alcanzar este tamaño, por lo que este cáncer tiene, como mínimo, unos 7 años de evolución. Esta sencilla estimación nos muestra la utilidad de la detección temprana, con métodos diagnósticos capaces de visualizar alteraciones (subclínicas) de tamaño inferior a un centímetro. ⁽⁸⁾

2. Epidemiología.

El cáncer de mama es el más frecuente y de mayor mortalidad entre las mujeres a nivel mundial. Esto se atribuye a que 1 de cada 8 mujeres posee el riesgo de padecer cáncer de mama, y de estas 1 de cada 28 tiene el riesgo de morir por esta enfermedad del total de casos mundiales; el 31% se encuentran en países en desarrollo como Estados Unidos y Europa; en los que ocurren más de 150,000 casos anuales de los cuales 50,000 fallecen. ⁽⁸⁾

La supervivencia por cáncer de mama de mujeres de Europa según la edad; tiene un estándar de aproximadamente del 93% a un año y del 73% a cinco años. ⁽⁸⁾

El cáncer de mama es un problema de Salud Pública mundial, que con una atención e intervención oportuna se puede prevenir de manera más efectiva en las unidades de primer nivel de atención. De acuerdo con las estimaciones del año 2002 se presentaron 1, 151,298 casos nuevos de cáncer de mama, y 410,712 defunciones y más de 4,4 millones de mujeres viven con este tipo de cáncer de mama alrededor del mundo. ⁽⁹⁾

3. Factores de riesgos.

En el cáncer de mama, así como en otros tipos de cáncer existen factores de riesgos que pueden actuar solos o en conjunto y favorecer el desarrollo de esta neoplasia. La presencia de dos o más de estos incrementan la posibilidad de desarrollar esta enfermedad.^(9,10)

▪ Factores reproductivos.

- Menarquía; inicio temprano antes de los 12 años, o de inicio tardío después de los 15 años.
- Nuliparidad: aumenta el riesgo después de los 50 años, o un menor número de embarazos.
- Última menstruación o menopausia después de los 50 años.
- Primera gestación tardía, después de los 35 años, aumenta 5 veces el riesgo.
- Aborto inducido.
- Lactar por períodos muy cortos o no lactar.
- Terapia hormonal con estrógenos y progesterona prolongada después de la menopausia por tres años.

▪ Factores Alimenticios.

- Obesidad: índice de masa corporal mayor a 27. La teoría es que las mujeres obesas producen mayor cantidad de estrógenos, el cual puede estimular el desarrollo de este cáncer.^(9,10)
- Ingesta frecuente de alimentos ricos en grasas animales y grasas saturadas.
- Escasa ingesta de alimentos ricos en fibras y vitamina A y C.

- **Factores Genéticos.**

- Antecedentes familiares de Cáncer de Mama; de primer grado aumenta el riesgo de 2 a 4 veces. El 60% de los cánceres mamarios familiares ocurre antes de la menopausia contra un 25% de los no familiares.⁽⁹⁾
- Ser portador del gen BRCA1 o BRCA2.

El 5% de las mujeres que portan este gen confieren susceptibilidad al cáncer mamario a edades tempranas, bilateralidad y cáncer de ovario. La prevalencia de BRCA1 mutante está estimada que es 1/800 en la población general. Genes conjuntamente con el Síndrome Li-Fraumeni (mutación del p53).⁽⁹⁾

- **Factores ambientales.**

Están asociados o vinculados a la exposición de productos químicos (productos clorados; insecticidas, plaguicidas) o contaminantes relacionándose con la ingesta, contacto o respiración. Un estudio realizado por investigadores del National Cancer Institute y el National Institute of Environmental Health Sciences; sugieren que la luz artificial puede ser una causa de cáncer de mama.^(9,10)

Otros de los factores que influyen están: edad mayor de 30 años, vida sedentaria, tener otras enfermedades benignas en las mamas (fibroadenoma complejo, hiperplasia moderada florida), el estrés, el tabaquismo y alcohol (dos unidades de alcohol al día tiene un riesgo del 8% mayor de cáncer de mama, mayor alcohol; mayor riesgo), uso de anticonceptivos orales, exposición a radioterapia (Cuanto más joven haya sido al iniciar la radiación; mayor será el riesgo, especialmente si la recibió al momento en que se le estaban desarrollando las mamas). Se ha atribuido que el uso frecuente de desodorante (los cuales contienen Aluminio) puede estar relacionado con el padecer cáncer de mama; situación que se puede demostrar con el hecho de que la piel es permeable al Aluminio.⁽⁸⁻¹⁰⁾

4. Clasificación.

4.1. Clasificación Histopatológica.

No infiltrante (In situ)	Infiltrantes.
<p>❖ Intralobulillar.</p> <p>Es la proliferación dentro de los lobulillos, carcinoma Lobulillar In situ (CLIS), es palpable, se descubre por biopsia, raras veces se ve en las mamografías.</p> <p>El CLIS no es maligno pero indica aumento de riesgo de carcinoma infiltrante en cualquiera de las dos mamas, 1-2% presentan cáncer cada año.</p> <p>❖ Intraductal.</p> <p>Sólido, comedociano papilar, cribiforme proliferación de células epiteliales malignas, limitada a los conductos sin sobrepasar la membrana basal, carcinoma ductal In situ (CDIS), se detecta solo mediante mamografía (> del 80%), hallazgo frecuente; microcalcificaciones 75-80%.</p> <p>En este tipo de cáncer la enfermedad de Paget es una forma frecuente.</p>	<p>❖ Lobulillar infiltrante.</p> <p>❖ Ductal infiltrante.</p> <ul style="list-style-type: none">• Notothenwiseespecified (NOS); se da en el 80% de los carcinomas.• Formas especiales medular típico. <ol style="list-style-type: none">1. Mucosecretante.<ul style="list-style-type: none">○ Adenoquístico○ Papilar○ Tubular2. Liposecretante.<ul style="list-style-type: none">○ Secretorio○ Metaplásico.

4.2. Clasificación clínica y anatomopatológica (Según el TMN).

TUMOR	ADENOPATÍAS	METÁSTASIS
<ul style="list-style-type: none"> ❖ T0: No tumor primario encontrado. ❖ Tis In situ. ❖ T1 ≤2 Cm ❖ T1 mic ≤ 0.1 Cm (microlesión). • T1a: >0.1 a 0.5 Cm. • T1b: >0.5 a 1Cm. • T1c: >1 a 2 Cm. ❖ T2: >2 a 5 Cm. ❖ T3: >5 Cm. ❖ T4: <5Cm. 5. T4a: pared torácica, (no se incluye el musculo pectoral). 6.T4b: edema de piel (incluye piel de naranja)/ulceración, nódulos cutáneos, satélites. 6. T4c: ambos: T4a y T4b. 	<ul style="list-style-type: none"> ❖ N0: no adenopatías ❖ N1: axilares móviles. El cáncer se ha diseminado a 1-3 ganglios linfáticos axilares. ❖ N2: axilares fijas. El cáncer se ha diseminado a 4-9 ganglios linfáticos axilares o a ganglios linfáticos mamaros internos sin afectar a los ganglios axilares. <ul style="list-style-type: none"> • N2a: el cáncer se ha diseminado de 4-9 ganglios linfáticos axilares, existiendo al menos una infiltración de más de 2mm. • N2b; el cáncer se ha diseminado solo a los ganglios linfáticos mamaros internos. ❖ N3: el cáncer se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos axilares o a ganglios supraclaviculares o a ganglios mamaros internos con afectación de ganglios axilares. <ul style="list-style-type: none"> • N3a: el cáncer se ha diseminado a 10 o más ganglios linfáticos 	<p>M0: No.</p> <p>M1: Si.</p>

<p>7. T4d: carcinoma inflamatorio o enfermedad de Paget.</p>	<p>axilares.</p> <ul style="list-style-type: none"> • N3b: el cáncer se ha diseminado a los ganglios mamaros internos y a los ganglios axilares. • N3c: el cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos supraclaviculares. 	
--	---	--

4.3. Clasificación para la toma de la decisión terapéutica.

Estadio 0: Carcinoma no invasivo puro. Enfermedad premaligna o con marcadores positivos.

Estadio I, II, y algunos IIIA: Inicio del cáncer y potencialmente curable. Carcinoma operable, loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado.

Estadio IIIB, IIIC y algunos IIIA: Carcinoma inoperable loco-regional invasivo con o sin carcinoma no invasivo asociado.

Estadio IV: Cáncer en etapa avanzada. Carcinoma metastásico o recurrente; porque éste se disemino hasta otros órganos del cuerpo, con mayor frecuencia hasta los huesos, los pulmones, el hígado, o el cerebro, y se considera incurable.

Clasificación según la American College of Radiology (ACR) “Breast imaging reporting and data system (BI-RADS):

Categoría BI-RADS	Recomendación
1 - Negativa (ningún hallazgo)	Revisión Rutinaria
2 – Apariencia Benigna	Revisión Rutinaria
3 – Apariencia probablemente benigna	Seguimiento a los 6 meses y durante 2 años *
4 - Hallazgos sospechosos de cáncer de mama	Considerar Biopsia **
5 - Hallazgos altamente sospechosos de Cáncer	Misma pauta que en grupo 4
0-Estudio incompleto	Pruebas adicionales, comparar previas * Puede realizarse biopsia si la paciente lo desea ó está preocupada o si la lesión durante el control no permanece estable ** Según las características de la lesión se realizará: BAG – PAAF – Radioquirúrgica.

Breast Imaging reporting and data system (BIRADS).2nd ed. Reston (VA): American College of Radiology; 1995.

5. Cuadro clínico.

El cáncer de mama tiene diferentes comportamientos clínicos de acuerdo a la etapa en la que se encuentre y generalmente es asintomático en estadíos tempranos. Generalmente el diagnóstico se establece mediante la historia clínica, examen físico minucioso, estudios imagenológicos y biopsias de la(s) lesión.⁽¹¹⁾

Las mujeres asisten a una unidad de salud principalmente, porque se han detectado una masa o tumoración. Es necesario que para una mejor valoración de las mamas; siempre hay que tener en cuenta; los factores de riesgos, bilateralidad, desencadenantes, exámenes complementarios previos, y otros síntomas que nos ayuden a llegar a un mejor diagnóstico. ⁽¹¹⁻¹⁴⁾

Las manifestaciones serán diversas, desde una etapa subclínica hasta una mucho más florida (Carcinoma inflamatorio), se puede presentar además como un tumor palpable indoloro y hasta el 30% poseen adenopatías metastásicas palpables. Los tumores locales en etapas avanzadas inducen a:^(14,15)

- Cambios en la textura de la piel tales como: Retracción, piel de naranja, ulceración y hasta deformidad mamaria.
- Aunque es raro el dolor como manifestación inicial de un cáncer subclínico, se han descrito cifras hasta de un 15%.⁽¹⁶⁾
- Secreción espontánea de líquido serohemático a través del pezón (telorragia) esto es propio del Carcinoma in situ, siendo la causa más frecuente de este signo el papiloma intraductal. Las secreciones por el pezón ligadas a cáncer sólo corresponden al 11% de los casos.⁽¹⁶⁾

Nódulo. Es la primera manifestación, descubierta por exploración física o mamografía de cribado. Si la masa no es móvil la posibilidad de que sea maligna es del 50 % y del 14-20 % si lo es. Un nódulo aislado o de múltiples nódulos pero con uno de ellos dominante (por su tamaño o alguna característica: bordes irregulares, adherencia, etc.) es sugestivo de cáncer de mama. ⁽¹⁷⁾

El nódulo maligno tiene una consistencia dura , superficie irregular , fijo a planos musculares profundos o móvil en conjunto con la glándula , con diferentes tamaños y formas , generalmente no doloroso, ya que el dolor de la mama afectada sólo está presente en un 7% como síntoma inicial, la probabilidad de que un nódulo con características clínicas de malignidad sea verdaderamente maligno oscila entre 70 a 92 %.(17)

Hay algunos signos clínicos que hacen pensar más en causas malignas:

- Secreción espontánea.
- Intermitente.
- Que sea por un ducto (unilateral).
- Telorrea: Sanguinolenta o serosanguinolenta, acuosa unilateral uníporo.
- Asociación con masa.
- Mujeres de mayor edad.
- Aunque menos frecuente, pero revestidas de gran importancia es la presencia de adenopatías axilares metastásicas.

Cáncer de mama avanzado: Nódulo fijo a la pared torácica o a la piel, presencia de los satélites o úlceras en la piel, o linfedema(piel de naranja). Con invasión local inicialmente a los ganglios linfáticos regionales, al torrente sanguíneo o ambos. Los ganglios linfáticos axilares fijos indican diseminación del tumor al igual que las linfadenopatías supraclaviculares o infraclaviculares. (17)

La afectación ganglionar aislada puede ser causa de la muerte si se produce una afectación masiva de los ganglios del mediastino y un bloqueo linfático que termina en afectación difusa del intersticio pulmonar con derrames en ambas pleuras (17)

Enfermedad metastásica: Aparición de fracturas patológicas, disfunción pulmonar, aparece años o décadas posterior al diagnóstico, el 50% de las alteraciones se encuentran a nivel esquelético, principalmente en: columna vertebral, costillas y pelvis, cerca del 25% son pulmonares y pleural,10% abdominales (especialmente hepática y ovárica) y menos frecuente en: cerebro, en órbita, cutánea y en cuero cabelludo. Posteriormente las localizaciones comprometen también órganos como el riñón, páncreas, tiroides e intestino. (17)

6. Conocimientos sobre la Mastectomía:

La palabra mastectomía proviene del griego *mastos*, que significa mama y *ektomée*, que significa extirpación, es decir, ****extirpación de la glándula mamaria****.⁽¹⁸⁾

Con el paso de los años las indicaciones de la mastectomía se han reducido a escasas situaciones; su indicación está limitada a los casos en que los tratamientos no han podido controlar la enfermedad o bien cuando la reconstrucción mamaria significa un riesgo para la vida de la paciente.⁽¹⁸⁾

Técnicas quirúrgicas utilizadas para el control locorregional de los tumores mamarios malignos:

- **A nivel mamario:**

- Tumorectomía.
- Segmentectomía ó Mastectomía segmentaria
- Cuadrantectomía.
- Mastectomía radical modificada.

- **A nivel axilar:**

- Muestreo ó picking axilar.
- Vaciamiento axilar niveles I -II -III de Berg.

Tumorectomía:

Es la resección simple del tumor con márgenes libres pero escasos (menor de 1 cm).⁽¹⁹⁾

Segmentectomía o mastectomía segmentaria:

Extirpación de un "segmento" mamario, incluyendo la tumoración, con márgenes libres de entre 1 - 2 cm, llegando hasta la aponeurosis del músculo pectoral mayor que se extirpará junto con la muestra que enviaremos al servicio de patología.⁽¹⁹⁾

La incisión se debe de realiza por encima del tumor, y no se aconseja realizar intervenciones de tumores malignos a través de incisiones a distancia (periareolares) y posterior tunelización.

Si se evidencia retracción cutánea, a la altura de la localización tumoral, se debe extirpar una "elipse" cutánea, con el resto de la Segmentectomía.

Si se habiopsiado previamente, debemos extirpar en la Segmentectomía definitiva todo el área afecta, incluyendo piel.

Esta técnica es utilizada para tumores retroareolares en los que será necesario extirpar en bloque el complejo areola-pezón. Dando resultados estéticos satisfactorios y posteriormente por "tatuaje" ó técnicas de cirugía plástica sobre el complejo areola-pezón, se logra una imagen mamaria, delicada y muy natural.⁽¹⁹⁾

Cuadrantectomía:

Introducida por Veronesi, con finalidad local más radical, consiste en extirpar el "cuadrante" mamario en el que se encuentra el tumor, incluyendo el segmento de piel correspondiente y la aponeurosis del músculo pectoral mayor.⁽¹⁹⁾

El resultado estético es menos satisfactorio que para la Segmentectomía. Su indicación está reservada para tumores no mayores de 2-3 cm.

Se engloba la cicatriz de biopsia anterior como mínimo 2 cm ó más de margen cutáneo y glandular, hasta la aponeurosis del pectoral mayor, realizándose si la tumoración está localizada profundamente, la resección de la porción superficial del pectoral mayor correspondiente.

Cuando la localización del tumor afecta al C.S.E., se realiza la Cuadrantectomía en "monobloc" con el vaciamiento axilar.

Mastectomía radical modificada:

La realización de una mastectomía, puede ser total y radical, es decir: ⁽¹⁹⁾

- Desde un punto de vista anatómico, el tejido mamario se extiende más allá de los límites de la mama y llega hasta la piel siguiendo los ligamentos de Cooper.
- La extirpación cutánea debe adecuarse a la localización del tumor, así como a la extirpación de la areola y pezón, por lo que se aconseja un huso de piel con 4 cm mínimo de margen a cada lado del tumor, aunque sea difícil en algunos casos.

La extirpación glandular mamaria, va a tener como límites:

- El esternón en la parte interna.
- La clavícula en la parte superior.
- El recto abdominal anterior en la parte inferior.
- El músculo dorsal ancho en la parte externa, incluyendo la prolongación axilar de Spencer antes de iniciar el vaciamiento axilar.

Las incisiones para realizar esta mastectomía son en general horizontales (Stewart) ya que estéticamente luego esa cicatriz se ve "menos", pero también pueden ser oblicuas o verticales en función de la localización tumoral.

Técnica válida y debe realizarse para toda mastectomía, tanto si es simple como radical, radical modificada con conservación y no desinserción de los pectorales que es la más habitual ahora (tipo Madden) ó con desinserción y extirpación del músculo pectoral menor (tipo Patey).

Siendo sus indicaciones fundamentales las siguientes:

1. Tumores de más de 3 cm.
2. Tumores multifocales.
3. Algunos sarcomas sin invasión de pectorales.
4. Tumores en estadios I y II.
5. Tumores en estadio III como parte de un tratamiento multimodal.

6. Cáncer de mama durante el embarazo.
7. Recidiva tras cirugía conservadora

No deberemos olvidar la resección de la grasa interpectoral que contiene una serie de ganglios llamados plexo de Rotter, que son causantes en no pocos casos de recidivas locales que muchas veces son difíciles de controlar. ⁽¹⁹⁾

Muestreo o picking axilar:

Extirpación de una serie de ganglios, al azar, en general macroscópicos, y que van a corresponder en general al nivel I de Berg, para evaluar el pronóstico y la actitud terapéutica postoperatoria. ⁽¹⁹⁾

Vaciamiento axilar:

1. **Parcial:** Es la disección de los ganglios pertenecientes a los niveles I y II. Es una técnica suficiente para conocer el estado de la axila.

En estos casos se marca el límite superior del vaciamiento axilar con clips metálicos, para que en caso de ser la axila positiva, completar la irradiación de esa axila, por encima de ese límite junto con el área supraclavicular. ⁽¹⁹⁾

2. **Total ó completo:** Es la resección de los ganglios linfáticos de los 3 niveles de Berg.

La ventaja de ésta es que da la información completa del estado de la axila, minimiza las secuelas de la asociación cirugía y radioterapia axilar en cuanto a la aparición de linfedemas de la extremidad superior. ⁽¹⁹⁾

El vaciamiento axilar consiste en extirpar toda la grasa que se encuentra por debajo de la vena axilar, a partir de su adventicia, y que tiene como límites laterales el borde interno del pectoral menor y el músculo dorsal ancho por fuera, y pretende extirpar todo el tejido conectivo y adiposo que está en el área del músculo latissimusdorsi, subescapular, serrato anterior y pectoral menor. Sus objetivos son:

- Determinar el pronóstico de la paciente.

- Clasificar por estadios la lesión para los tratamientos complementarios (quimioterapia-hormonoterapia).
- Controlar la enfermedad loco-regional y evitar así las recidivas a este nivel, que cuando ocurren son muy difíciles de tratar y provocan en la paciente una intensa sintomatología, con linfedema, dolor, etc.

El pronóstico de las pacientes está relacionado con el número de ganglios linfáticos metastásicos, es fundamental obtener por lo menos una cifra superior a 10 ganglios para cuantificar ese pronóstico y hoy en día para plantear incluso un tratamiento de quimioterapia intensiva a altas dosis(cuando hay más de 10 ganglios axilares positivos).⁽¹⁹⁾

La media de extirpación de ganglios axilares está por encima de los 15 ganglios. Se debe de preservar los nervios del serrato y del dorsal ancho, y cada vez más se intentan identificar y preservar los nervios intercostobraquiales que van a evitar en estas pacientes la sensación de hipoestesia o entumecimiento de la pared lateral torácica y de la cara interna del brazo.

Debemos enviar la pieza orientada al patólogo, con la identificación de los límites de cada nivel.

La fisioterapia apropiada y un drenaje linfático manual postoperatorio, pueden prevenir y evitar la aparición de gran parte de los linfedemas del brazo.⁽¹⁹⁾

Actualmente surge una nueva duda, y es determinar si el vaciamiento axilar es necesario en todos los casos de cáncer de mama, y se plantea esta duda especialmente para los tumores Infiltrantes pequeños (menores de 1 cm. de diámetro) por hallazgo mamográfico, y con axilas clínicamente negativas, pero todavía no hay un abordaje estandarizado.⁽¹⁹⁾

Mastectomía radical:

Conocida como mastectomía radical de Halsted y de Meyer, es la clásica mastectomía, y consiste en la extirpación de la glándula mamaria, ambos pectorales y vaciamiento axilar completo. La incisión empleada era vertical, y los resultados

estéticos eran pésimos. Ha sido el tratamiento quirúrgico estándar del cáncer de mama hasta hace 25 años.⁽²⁰⁾

En la actualidad tiene indicación en los siguientes casos⁽¹²⁾:

1. Casos avanzados en su afectación locorregional.
2. Tumores que invaden el pectoral mayor.
3. Determinados casos en estadio III-A tras quimioterapia de inducción.
4. Tumores localmente avanzados que no mejoran con quimioterapia.
5. Cuando existen los ganglios interpectores de Rotter claramente afectados.

Mastectomía radical ampliada:

A la mastectomía radical se asocia la extirpación de los ganglios de la mamaria interna, bien de forma discontinua o en bloque con la pared ósea torácica que se reforzaba con fascia lata o mallas.⁽²¹⁾

Prácticamente en desuso en la actualidad, podría tener una remota indicación en tumores grandes, de más de 3 cm en cuadrantes internos.

Mastectomía superradical:

A la mastectomía radical ampliada se le asocia la disección de los ganglios supraclaviculares, bien de forma discontinua o en monobloque extirpando parte de la clavícula y de la primera y segunda costillas.⁽³¹⁾

Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad.

Mastectomía superradical de Prudente:

Además de todo lo realizado en la superradical, asocia una desarticulación interescapulotorácica del brazo homolateral. Prácticamente no tiene indicaciones en la actualidad.⁽²¹⁾

Mastectomía con preservación de piel:

Esta técnica quirúrgica reciente, citada por primera vez en la literatura médica hasta 1991, fue implementada de forma paralela a la evolución del concepto de recurrencia local del cáncer mamario, es ideal en pacientes con diagnóstico histológico tempranocuya clasificación se encuentre entre T1 y T2 de acuerdo al AmericanJointComittee on Cancer (AJCC).

La incisión se realiza en la periferia del complejo pezón areola y en caso de tener cicatriz de biopsia previa se reseca la piel que rodea ésta.

Posteriormente se tallan los colgajos de piel, cuyo grosor estará determinado por el tipo de paciente (obesa, delgada), después se disecciona la glándula mamaria en sentido circunferencial, lo que incluirá: fascia del músculo pectoral mayor, la clavícula como límite superior, el músculo recto abdominal como límite inferior, a nivel lateral donde se realiza el vaciamiento axilar, y el esternón como medial. ⁽²⁾

7. Reconstrucción mamaria postmastectomía.

Técnicas de Relleno con Colgajos:

Se practican en tumores grandes que requieren resecciones aún más grandes. Se utiliza el colgajo de músculo dorsal ancho con islade piel desepidermizada para proporcionar el volumen suficiente y duradero, debido a que el músculo se atrofia y pierde volumen. Además se puede utilizar elcolgajo de recto anterior del abdomen (TRAM) tanto superior como inferior, de pedículo más largo, para llegar a cuadrantes más alejados de su punto derotación.^(2,22)

- **Técnicas de Reconstrucción Parcial de la mama:**Indicadas en tumores que necesitan resección de piel por márgenes cercanos o por invasión de la misma (T4). Con reconstrucción parcial de la mama con su piel. Sería la reconstrucción adecuada para la Cuadrantectomía clásica del cuadrante completo con piel o de más de un

cuadrante según sea el caso. También se utiliza el colgajo músculo cutáneo de dorsal ancho y el del recto anterior del abdomen. ⁽²⁾

Clasificación según la Técnica:

➤ **Prótesis mamaria:**

Método de elección en la reconstrucción mamaria de pacientes sometidas a mastectomía total o mastectomía radical modificada con conservación del músculo pectoral y cuando los tejidos presentan buena cantidad y calidad. ⁽²⁾

Está contraindicado cuando la piel de recubrimiento es deficiente o ha sido irradiada o si se ha realizado una mastectomía radical. La prótesis se coloca en posición subcutánea o submuscular, y la selección del sitio de la incisión debe ser individualizada pero generalmente se hace a través de la cicatriz de mastectomía. La reconstrucción se ha de plantear de modo que se iguale con la mama opuesta.

➤ **Expansor tisular con implante:**

El objetivo de éste es obtener suficiente tejido para la reconstrucción mamaria sin tener que resolverlo con un colgajo de tejido distante. ^(2,23)

Es una técnica rápida, sin aumentar el tamaño y número de cicatrices existentes, con un bajo índice de complicaciones.

Se realiza tras una mastectomía total, radical modificada o subcutánea, con conservación del músculo pectoral mayor y pliegue axilar anterior. Está contraindicada cuando la piel es escasa o está muy tensa. Tampoco son candidatas las que han recibido radioterapia que se puede producir una necrosis cutánea y por consiguiente la extrusión del expansor. En estos casos es preferible la reconstrucción mediante tejido autólogo vascularizado.

La reconstrucción mamaria mediante expansor tisular se lleva a cabo en tres tiempos:

- Colocación del expansor.
- Sustituirlo por una prótesis mamaria,
- Reconstrucción del complejo areola-pezón.

➤ **Colgajos locales:**

- **Colgajo fasciocutáneotoracoepigástrico:** La reconstrucción mamaria desea obtener un cubierta suficiente de piel y tejidos blandos. Para lograr estas premisas hay casos en que el colgajo toracoepigástrico (CTE) puede ser el método de elección. El CTE es una técnica sencilla y segura. Ésta requiere la implantación de una prótesis mamaria que estará protegida por una razonable cantidad de tejido adiposo que aporta este colgajo.

El CTE está especialmente indicado en casos con cicatrices postmastectomía vertical y oblicua donde existe un déficit horizontal de piel. Sin embargo, este colgajo no suple el déficit cutáneo a nivel del área craneal de la mama. ^(2,23)

Variantes del CTE:

- Colgajo toracoepigástrico clásico (Bohmert, 1975).
- Colgajo toracodorsal lateral.

6. Complicaciones de la mastectomía.

Surgen durante o después de realizar una mastectomía, entre las más importantes tenemos:

8.1. Complicaciones intraoperatorias.

8.1.1 Lesiones vasculares. De las lesiones vasculares que pueden surgir a lo largo de una mastectomía, la lesión de la vena axilar, generalmente por tracción o arrancamiento de alguna de sus ramas, es la más frecuente, debido a que la disección axilar completa obliga a extirpar los ganglios a ese nivel. ⁽²¹⁾

Si se produce esta lesión, lo primero que debemos hacer es definir el tipo de lesión y la extensión de la misma, para lo cual se debe disecar ampliamente la vena por ambos lados. Si se puede reparar se hará con puntos sueltos evitando siempre la tensión y heparinizando localmente la vena; en caso de no poder realizar una adecuada reparación se ligará la vena. ⁽²¹⁾

8.1.2. Neumotórax: Se produce por perforación de la pleura parietal, complicación poco frecuente, que se resuelve con la colocación de un tubo de drenaje torácico y sutura.

8.1.3. Lesiones nerviosas: Durante la disección axilar se pueden producir lesiones nerviosas del nervio torácico largo o serrato, del toracodorsal o dorsal ancho, o incluso del plexo braquial (poco frecuente), cuyas manifestaciones clínicas sensitivas y motoras aparecen posteriormente.

8.2. Complicaciones postoperatorias precoces.

8.2.1. Anemia hemorrágica. Se produce sobre todo en aquellos casos de mamas irradiadas previamente y en las que se realiza una mastectomía radical.

Estas anemias se han reducido mucho desde el empleo sistemático del bisturí eléctrico.

8.2.2. Hematomas. Por hemorragia de un vaso y el fracaso del drenaje que hemos colocado, y que en algunos casos nos obliga a reintervenir a la paciente para vaciar el hematoma y realizar hemostasia si encontramos el origen de la hemorragia. Otras veces con un vendaje compresivo y punciones evacuadoras es suficiente.

8.2.3. Seromas. Es una de las complicaciones más frecuentes, producido por mal funcionamiento de los drenes, inadecuada hemostasia o gran movilización de la grasa axilar. Los seromas resuelven con punción-aspiración y vendaje compresivo, y a veces es necesario colocar un nuevo drenaje aspirativo. ⁽²¹⁾

El empleo del bisturí eléctrico en las mastectomías, como se menciona anteriormente, ha disminuido el número de hematomas pero ha hecho aumentar el de seromas. Obteniendo beneficios con el empleo del bisturí de argón en cuanto a la disminución de seromas y hematomas, incluso sin dejar drenajes.

8.2.4. Dehiscencia de la herida. Generalmente se produce cuando al aproximar los colgajos éstos quedan a tensión, pudiendo llegar a necrosarse. Para evitar esta complicación los colgajos no deberán quedar nunca a tensión. Si se produce esta dehiscencia, habrá que esperar una cicatrización por segunda intención.⁽²¹⁾

8.2.5. Infección de la herida. Es una complicación poco frecuente, pero alguna vez se produce, en cuyo caso se tratará como la de cualquier otro lugar de la economía.

8.2.6. Flebitis y tromboflebitis de la vena axilar o subclavia.

8.2.7. Complicaciones generales.

- a. Infecciones respiratorias.
- b. Infecciones urinarias, etc.

8.3. Complicaciones postoperatorias tardías.

8.3.1. Cicatrices queloides.

8.3.2. Contracturas y atrofas del pectoral mayor; por lesión del nervio torácico anterior.

8.3.3. Alteración en la movilidad del hombro. Puede llegarse a “hombro congelado” por falta de movilidad del brazo y hombro, originando retracciones ligamentosas y tendinosas, y finalmente una fijación de la articulación.⁽¹⁵⁾

8.3.4. Parestesias en la axila y parte interna del brazo.

8.3.5. Alteraciones en la columna vertebral. Entre ellas; escoliosis, cifosis o contracturas cervicales, sobre todo en pacientes con mamas muy grandes.

8.3.6. Linfedema. Es la complicación tardía más frecuente de la mastectomía, como consecuencia de una alteración en el vaciado linfático a nivel axilar, producido por vaciamientos axilares completos generalmente asociados a radioterapia.

Halsted describió el linfedema por primera vez, denominándolo “elefantiasis quirúrgica”, y ya entonces distinguió dos tipos, vigentes en la actualidad:

- a. **Edema postquirúrgico inmediato**, por dificultades técnicoquirúrgicos.
- b. **Linfedema tardío**, que aparece a veces años después, y generalmente tiene como desencadenante una infección, traumatismo, radioterapia de la zona, etc.

La presencia de infecciones y seromas en la zona operada va asociado a un aumento del número de linfedemas. El empleo del bisturí eléctrico en la disección axilar se asocia a un aumento en el número de seromas y secundariamente de linfedema, lo que desaconseja su uso en dicha disección.⁽²¹⁾

DISEÑO METODOLÓGICO:

TIPO DE ESTUDIO:

El estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal.

Área de estudio:

Ciudad de León, casco urbano.

Universo:

El universo lo constituyeron las 271 mujeres que fueron mastectomizadas en el HEODRA correspondiente al casco urbano de la ciudad de León, durante el período comprendido entre los años 2004- 2011.

Selección y tamaño de la muestra:

Se solicitó al departamento de Estadística el total de las mujeres que fueron mastectomizadas en el HEODRA a partir del 2004 al 2011 las cuales son: 271 pacientes que constituyeron el universo ; consecutivamente se procedió a determinar el tamaño de la muestra, solicitando de nuevo al departamento de Estadística otra lista que abarcara únicamente las mujeres mastectomizadas por el Dpto. de Cirugía en el HEODRA, correspondiente al casco urbano de la ciudad de León sin incluir comarcas, ya que el estudio implicará la búsqueda de las pacientes en sus respectivos domicilios y abarcar el casco rural traerá consigo mayor inversión de tiempo y costo económico. Por tanto, la muestra estuvo constituida por 61 mujeres mastectomizadas, del casco urbano las cuales sus expedientes clínicos estuvieron disponibles para la búsqueda de todos los datos que fueron pertinentes para el estudio, considerando un nivel de confianza de 95%, una frecuencia esperada de percepción del 50% y una precisión de 10%.

Fuente de información

Primaria:

Las mujeres mastectomizadas en el departamento de Cirugía dentro del HEODRA, correspondientes a la muestra, desde el año 2004-2011, a las cuales se encuestaron, en base de una ficha de recolección previamente elaborada y evaluada por nuestros tutores.

Secundaria:

- ❖ Revisión de los expedientes clínicos de las pacientes mastectomizadas en el HEODRA.

Criterios de inclusión:

- ❖ Mujeres mastectomizadas vivas que estén dispuestas a colaborar con el estudio.
- ❖ Mujeres mastectomizadas en el departamento de Cirugía dentro del HEODRA entre los años 2004-2011, de las cuales se encuentren disponibles sus expedientes clínicos correspondientes.
- ❖ Pacientes procedentes del casco urbano de la ciudad de León sin incluir comarcas.

Recolección de la Información:

En primer lugar realizamos una carta dirigida al director del hospital HEODRA, el Dr. Cuadra, solicitando se nos diera permiso para obtener las listas completas de todas las mujeres mastectomizadas dentro de esta unidad de salud entre los años 2004-2011, y luego extrajimos la lista de las mujeres mastectomizadas del casco urbano sin incluir comarcas, para la posterior revisión de los expedientes de éstas.

Esta solicitud fue aprobada, llevamos la carta al servicio de estadísticas en donde facilitaron el registro antes mencionado, y nos redirigieron al departamento de admisión, allí programaron una cita para empezar a revisar los datos de los expedientes clínicos.

Posteriormente se tomó el listado de las pacientes mastectomizadas en el departamento de Cirugía del HEODRA que cumplieron los criterios de inclusión, se revisó de acuerdo a este listado los expedientes dentro de las oficinas en el servicio de admisión, extrayendo datos clínicos que complementaron la ficha elaborada, luego se visitó cada una de las pacientes mastectomizadas en sus respectivos domicilios, perteneciente a la muestra, y se encuestaron, reflejando sus opiniones en el instrumento de recolección de datos, previamente elaborado.

Análisis de la información:

Los datos del estudio se presentaron en base a los porcentajes encontrados en la información recolectada. El software usado fue EPI-INFO 6.04, Enero, 2001.

Consideraciones Éticas:

Se hizo entrega a cada paciente de una ficha de consentimiento informado explicando detalladamente las implicaciones de la investigación, en la cual su participación será voluntaria, además si ellas desearan retirarse en algún momento del estudio lo podrán hacer de manera libre sin tener preocupaciones posteriores a esa decisión, haciéndoles saber que lo más importante es el respeto de su dignidad e integridad física y mental, que será posible con el manejo confidencial de la información a través de la utilización de códigos para identificarlas en la base de datos correspondiente al estudio.

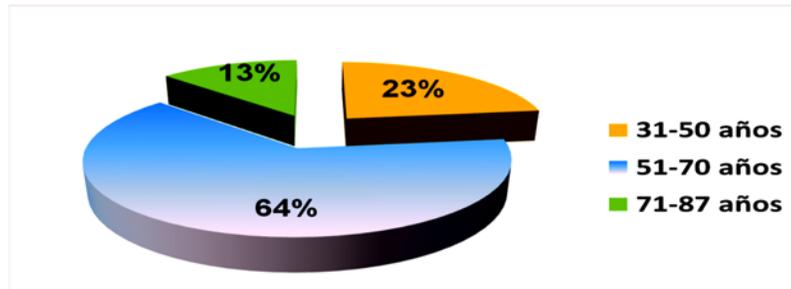
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable	Concepto	Escala
Edad	Número de años que ha vivido una persona desde su nacimiento.	16-30 Años 31-49 Años 50-69 Años > 70 Años
Clasificación Radiológica BIRADS	Clasificación según la American College of Radiology (ACR) "Breast imaging reporting and data system (BI-RADS):	Grados I II III IV V 0
Tipo de Cáncer	Es la caracterización de la neoplasia según un diagnóstico histológico por evaluación de tejido afectado previamente mediante biopsia.	Ca. Ductal infiltrante. Ca. Lobulillar infiltrante. Ca. Canalicular. Ca. Inflamatorio. Ca. in situ.
Localización	Ubicación del cáncer de mama, ya sea en una o las dos mamas y los cuadrantes afectados.	Mama izquierda o derecha CSE CSI CIE CII
Tipos de Mastectomía	Técnica quirúrgica empleada para la extirpación del tejido mamario y otros componentes que puede ser parcial o total.	Mastectomía Radical Mastectomía Radical Modificada de Madden Mastectomía Radical Modificada de Patey. Mastectomía Radical ampliada.
	Es la sensación interior o proceso nervioso superior que	Diferentes opiniones de las mujeres

Percepción	permite a través de los sentidos recibir, elaborar y discriminar la información del entorno.	mastectomizadas ha encuestar.
Necesidades de las mujeres mastectomizadas de una reconstrucción mamaria postmastectomía	Es la sensación de carencia o pérdida, unida al deseo o sueño de satisfacerla, suplirla o recuperarla.	<p style="text-align: center;">Clínicas Económicas Psicológicas</p>

RESULTADOS

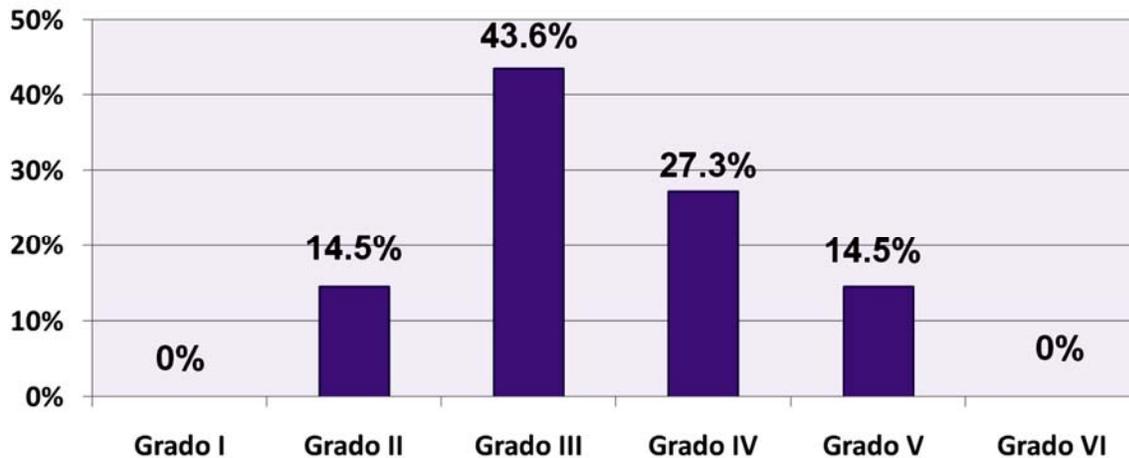
Gráfico 1: Porcentaje de pacientes mastectomizadas según edad.



N=61

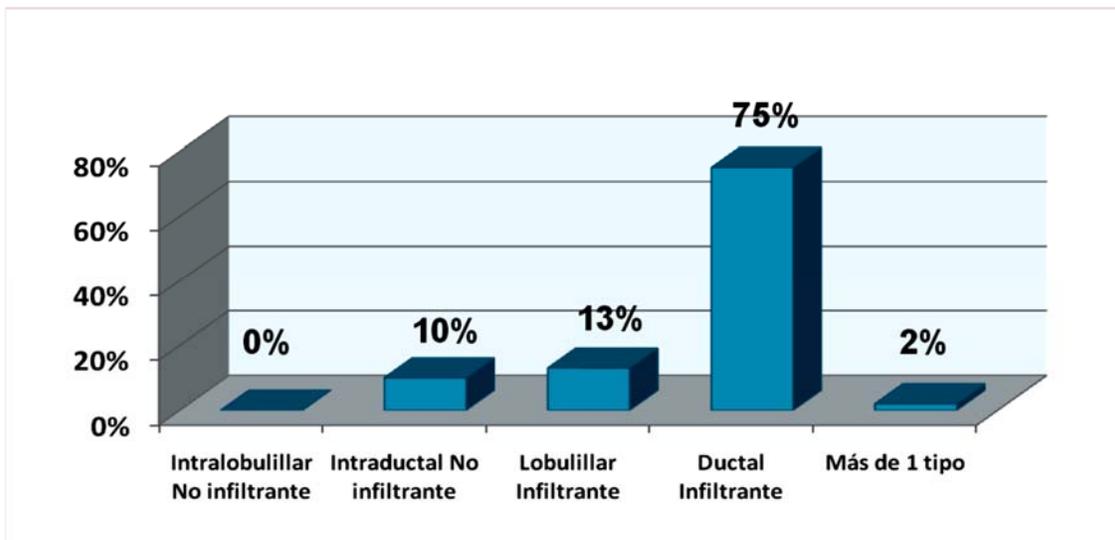
Se encontró que la mayor cantidad de mujeres mastectomizadas (64%) tenían edades que correspondían al grupo etario entre 51 y 70 años de edad predominantemente y el de menor cantidad entre el grupo etáreo de los 71 y 87 años de edad (13%).

Gráfico 2: Clasificación BIRADS de las pacientes previa realización de mastectomía.



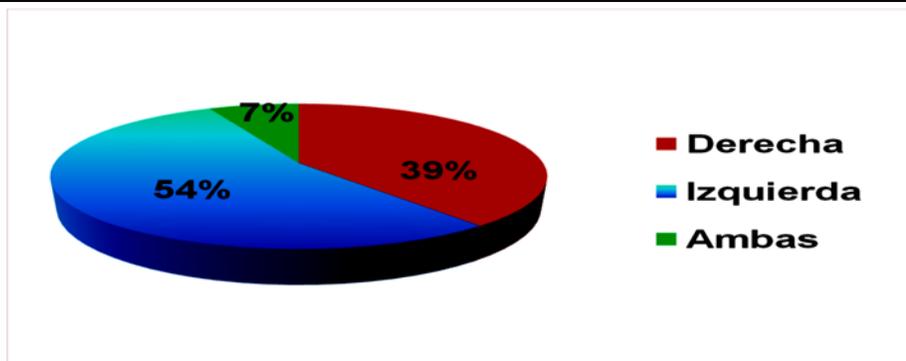
Se encontró que el grado III de la clasificación BIRADS fue el mayor prevalencia con un 43.6% en las 55 mujeres previa realización de mastectomía, ya que las otras 6 mujeres incluidas en el estudio no se realizaron este estudio radiológico.

Gráfico 3: Tipo histológico de Cáncer predominante en las pacientes mastectomizadas.



El tipo histológico de cáncer predominante en las pacientes reportados en los resultados de los expediente por el departamento de histopatología fue el ductal infiltrante (75%) durante le realizaron la mastectomía, y reportándose solo un caso con dos tipos histológicos diferentes (ductal infiltrante y ductal no infiltrante) en una de las pacientes incluidas en el estudio.

Gráfico 4: Localización predominante del Cáncer según la mama afectada.



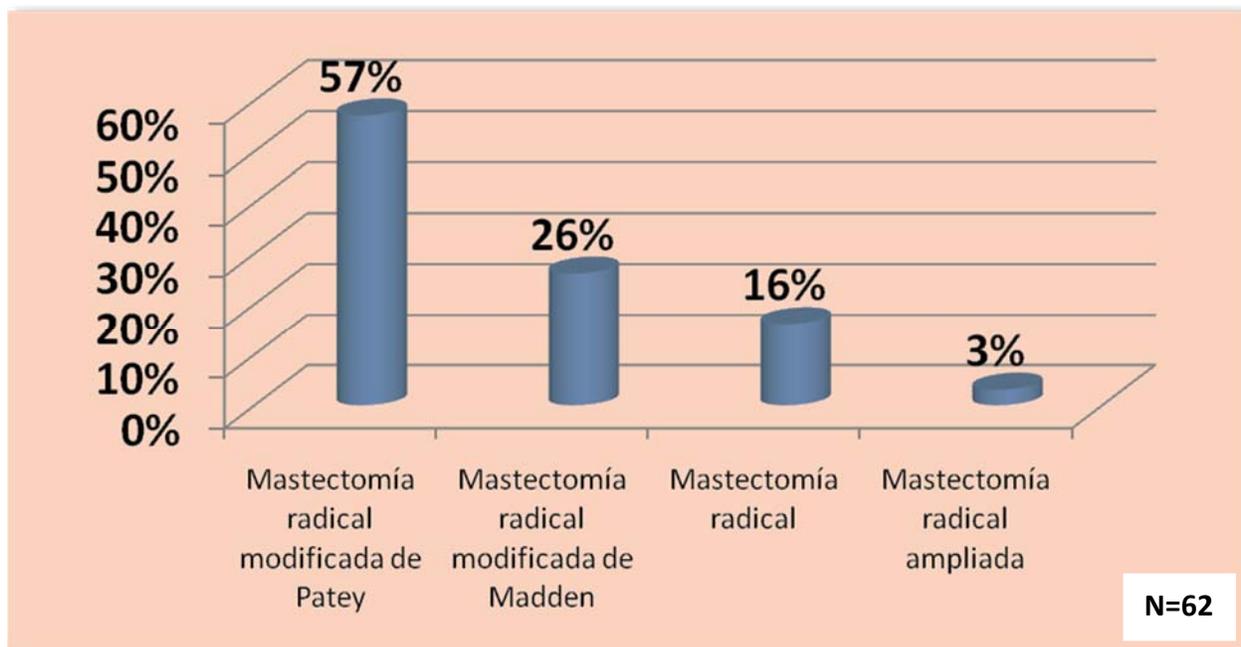
Se identificó que las mujeres mastectomizadas presentaron con mayor frecuencia el cáncer de mama al lado izquierdo (54%), localizándose en ambas mamas sólo en 4 pacientes (7%).

Tabla 1: Localización predominante del Cáncer según el/los cuadrantes de la mama afectada en las mujeres mastectomizadas.

Cuadrantes afectados.	Número de mujeres.	Porcentaje (%)
CSE	20	33
CSI	4	7
CIE	4	7
CII	0	0
CSE+CSI	13	21
CSE+CIE	7	12
CSE+CII	1	2
CSI+CIE	2	3
CSI+CII	6	10
CIE+CII	2	3
Retroareolar	2	2
TOTAL	61	100%

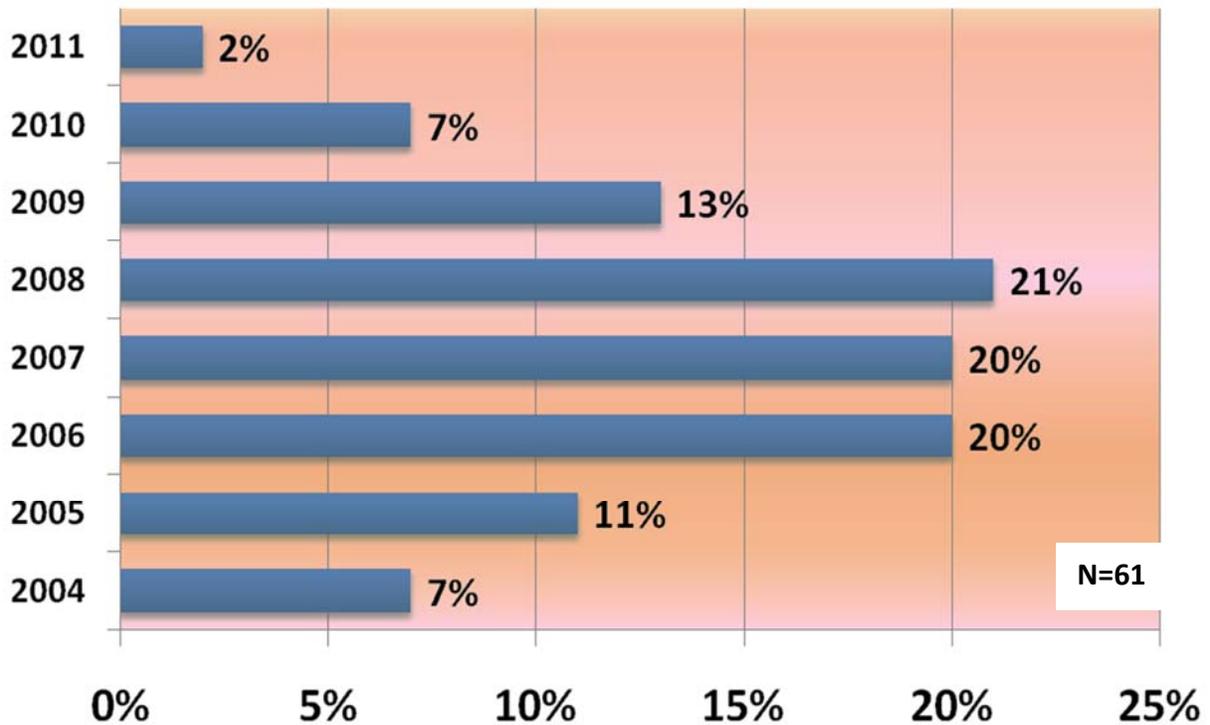
Se identificó que el cuadrante mamario mayormente afectado en las mujeres mastectomizadas por el cáncer fue el Cuadrante Superior Externo (33%), seguidos de la combinación del Cuadrante Superior Externo más Cuadrante Superior Interno.

Gráfico 5: Tipo de mastectomía realizadas en el Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello (HEODRA) a las pacientes en estudio.



El tipo de mastectomía mayormente realizada por el departamento de Cirugía Oncológica del HEODRA a las pacientes afectadas fue: Mastectomía Radical Modificada de Patey (57%) y en comparación a la menor realizada que fue la Mastectomía Radical Ampliada (3%).

Gráfico 6. Total de mujeres mastectomizadas por año, en Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello.



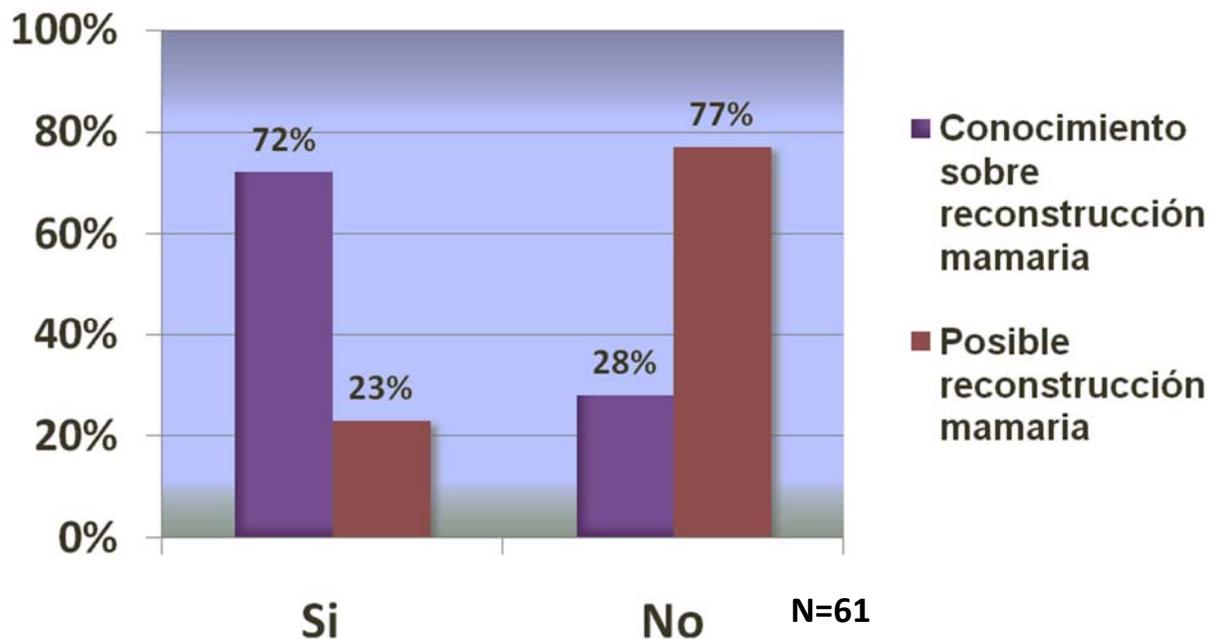
Se encontró que el año en el que más se realizaron mastectomías fue en el 2008 que corresponden a un 21% del total de la muestra.

A continuación se muestran las percepciones que tuvieron las mujeres que fueron encuestadas, acerca de sus condiciones físicas inmediatas después de la realización de la mastectomía.

- ❖ Era traumático para mí verme al espejo, y saber que perdí una parte de mi cuerpo, quito sentido a mi vida, fue como si fueran arrancado una parte de mi alma.
- ❖ Fue algo muy doloroso y bajó mucho mi autoestima, me sentí que no valía nada en ese momento, y me duele aún todavía hablar de eso.
- ❖ Fue un impacto en mi vida y en mi físico, y ahora es un golpe muy fuerte para mí, al solo verme con una mama.
- ❖ Fue desmoralizante, la gente se burlaba de cómo me veía físicamente, afecto mucho mi vida personal, con mi familia y amigos, ya no seguí siendo la misma.
- ❖ Fue muy duro, pero Dios me ha dado la fuerza y salud.
- ❖ Fue muy traumático debería de existir otra forma de cura.
- ❖ Me sentía muy mal, con miedo a morir, pero luego me sentí mucho mejor.
- ❖ Fue una noticia devastadora, pero Dios me levantó.
- ❖ Me sentí mal física y emocionalmente, pensé que no me recuperaría, pero he tenido mucho apoyo de mi familia.
- ❖ No me afecto en mi vida social, y di gracias a Dios por quitarme el cáncer.
- ❖ Es algo que Dios tenía para mí, porque desde entonces siento que me ha unido más con mi familia.
- ❖ Estuve bien, sin depresión y agradecida con Dios porque me permitió seguir viviendo.
- ❖ Después de la cirugía sentí que se me quito un gran peso de encima.

- ❖ Me sentí confiada en Dios, no sentí tristeza, solo quería salir de esa situación, y no mire nada malo en mi físico.
- ❖ Sentí que era lo mejor por haberlo detectado a tiempo y agradecida con Dios. Siempre pensé que Dios me cuidaría, y que para él seguiría siendo la misma.

Gráfico 7: Conocimiento y aceptación en la realización de una futura reconstrucción mamaria, de parte de las mujeres mastectomizadas.



Del total de las mujeres que fueron mastectomizadas, las cuales fueron 61, el 72% tenía conocimiento sobre lo que era una reconstrucción mamaria y de estas el 23%, pensaban y deseaban una posible reconstrucción.

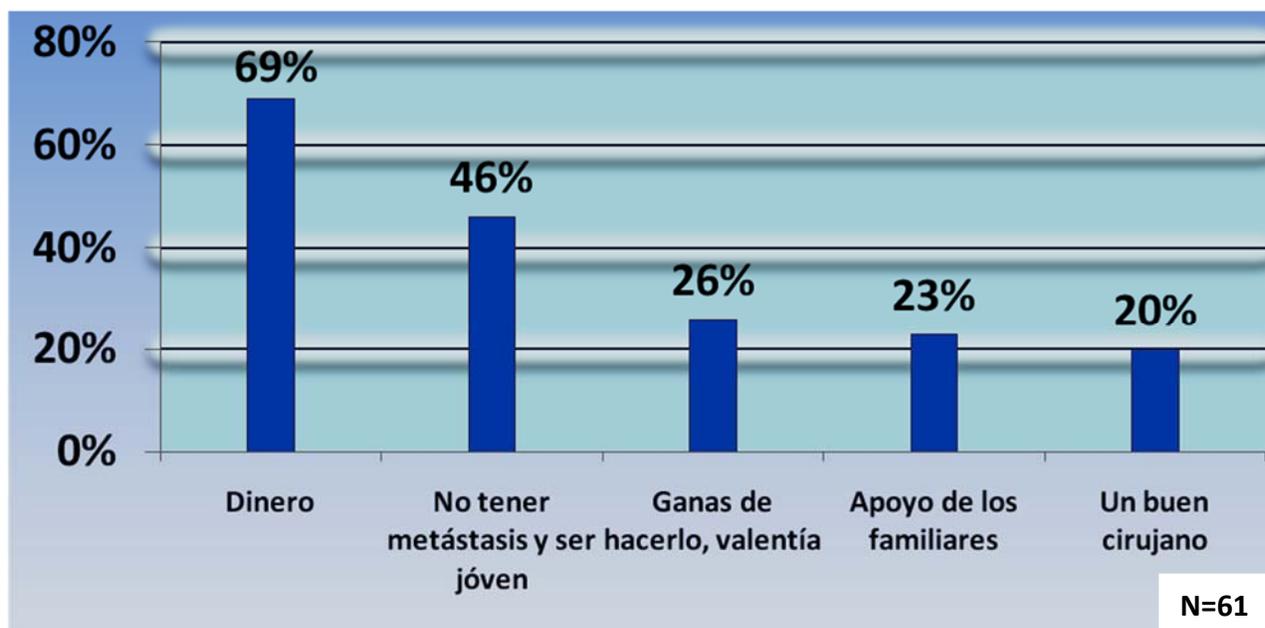
El 28% de las mujeres que fueron mastectomizadas no tenía conocimiento de lo que era una reconstrucción mamaria, sin embargo de éstas sólo el 23% deseaba tener una reconstrucción mamaria.

Tabla 2. Opinión de las mujeres mastectomizadas del porque piensan en la posibilidad de reconstrucción mamaria después de haberse mastectomizado.

DESCRIPCIÓN	TOTAL	PORCENTAJE
1. Así tendría una mejor autoestima y mejores relaciones sociales y así podría salir con libertad a la calle sin ningún problema.	8	57.1%
2. Me sentiría renovada nuevamente con mis dos mamas, aunque no fuese igual que antes.	2	14.2%
3. He pensado en verme de nuevo con mi otra mama, desearía recuperar la otra parte de mi cuerpo que he perdido.	2	14.2%
4. Si Dios me diera la oportunidad, lo haría para curar mis heridas emocionales y físicas.	2	14.2%
	14	100%
TOTAL		

Tanto las mujeres que tenían conocimiento, como las que no tenían el conocimiento sobre la reconstrucción mamaria, dieron su opinión sobre el porqué pensaban en la posibilidad de una reconstrucción mamaria después de haberse mastectomizado, encontrándose con un mayor predominio el 57% expresando de que esa sería una forma de cambiar su vida social y darle un valor más grande a su autoestima.

Gráfico 8. Condiciones que creen las mujeres mastectomizadas que necesitan para una reconstrucción mamaria.



Del total de mujeres mastectomizadas que fueron encuestadas, el 69% de ellas creen que la principal condición para realizarles la reconstrucción mamaria es tener dinero (69%), en comparación a un grupo menor que consideraron como necesidad mínima un buen cirujano correspondiente a un 20%.

DISCUSIÓN

Este estudio descriptivo entrevistó a 61 mujeres mastectomizadas sobre la *percepción* de su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía donde los principales hallazgos fueron: el tipo histológico de cáncer predominante es el ductal infiltrante con un 75%, y el predominante es el grado III de la clasificación BIRADS con 43.6%, afectándose más la mama izquierda con 54% y el cuadrante superior externo con un 33%, realizándose mayormente la mastectomía radical modificada de Patey con 57%; destacándose como percepciones el hecho que fue traumático y doloroso la realización de esta cirugía, dejándoles secuelas emocionales y físicas, y el 72% tenía conocimiento sobre reconstrucción mamaria con un 23% a favor de realizarse una para mejorar su físico y su autoestima.

En Nicaragua, existen estudios sobre cáncer de mama, pero no encontramos estudios similares con este enfoque para realizar comparaciones; a nivel internacional se revisó un estudio realizado por Stevens, et. al., quienes concluyen que la reconstrucción inmediata disminuye las alteraciones psicológicas y la morbilidad después de la mastectomía, lo cual no fue determinado en nuestro estudio ya que el 100% de las mujeres mastectomizadas no fueron reconstruidas, y arrojando de manera similar ambos trabajos que el estado de ánimo de ellas se caracteriza por una reacción depresiva y baja autoestima, así como disminución de la funcionalidad social y ocupacional. ⁽²⁴⁾

Otro estudio analizado fue el realizado por G. Georgiade, concluye que la inmediata reconstrucción no tiene influencias adversas sobre la historia natural del cáncer de mama tratados quirúrgicamente, siendo este un resultado objetivo porque las pacientes entrevistadas manifestaron temor a la reconstrucción debido a que ignoraban lo antes mencionado. ⁽²⁵⁾

El estudio realizado por C. Bowman, en Vancouver , presenta diferencias en su población estudio ya que fueron mujeres ya reconstruidas postmastectomía, evaluando grupos etarios similares a las de este trabajo (60 años de edad y más), concluyendo que la edad como factor aislado no debe disuadir a los médicos de ofrecer a estas mujeres la posibilidad de una reconstrucción mamaria, ya que el 46% de nuestras

pacientes mencionó como condición necesaria para ser reconstruida el hecho de ser joven.⁽²⁷⁾

A su vez el estudio prospectivo, multicéntrico realizado en la Universidad del oeste de Inglaterra aclara que los profesionales de la salud debemos ser cuidadosos al asumir que la reconstrucción mamaria confiere beneficios psicológicos en comparación con la mastectomía sola, dato relevante para nuestro estudio porque todas las pacientes que participaron no han gozado de este servicio quirúrgico y aún sin reconstrucción han salido adelante con su vida.⁽²⁶⁾

A nivel nacional en la ciudad de León se desarrolló en el HEODRA un estudio enfocado en otro ámbito: Factores asociados al Cáncer de mama por G.Herdocia, el cual difiere del grupo etario afectado, mujeres entre 60 a 61 años de edad, con el del presente estudio que fueron mujeres entre 51- 70 años de edad.⁽¹⁾

Otro estudio realizado en el Hospital Berta Calderón de la ciudad de Managua fue acerca de la reconstrucción mamaria postmastectomía enfocado en diversas técnicas quirúrgicas reconstructivas, realizado por X. Vargas, coincidiendo con respecto a esta investigación en los siguientes datos: tipo histológico de cáncer predominante el ductal infiltrante con un 60%, localizado en la mama izquierda en un 80%, y el impacto del tratamiento sobre el status psicológico de estas mujeres, con mejor calidad de vida tras la reconstrucción, superando el daño a su imagen física.⁽²⁾

Las fortalezas del estudio fue la obtención de datos en los expedientes clínicos, haberlos corroborado y completado personalmente con las pacientes, recopilando casi el total de la clasificación BIRADS con los documentos que ellas tenían durante la entrevista domiciliar, porque la mayoría de los expedientes no tenían esa información, además interactuamos personalmente con ellas exponiéndonos sus sentimientos y experiencia acerca del enfrentamiento con el diagnóstico de cáncer de mama; las limitaciones fueron que algunas mujeres mastectomizadas ya estaban fallecidas o no se encontraban en la dirección reportada en el expediente, por lo cual no se les entrevistó ni incluyó en el estudio, otra fue la estadificación del Cáncer que no se reporta adecuadamente en los expedientes clínicos obteniendo solamente la valoración según clasificación BIRADS.

Lo mayor limitante fue no incluir las zonas rurales de la ciudad de León y otros departamentos del país por falta de recursos económicos y la falta de accesibilidad a esos lugares.

Este estudio será útil para iniciar las bases científicas y bibliográficas de los próximos estudiantes de medicina interesados en abordar este tópico, así como a los residentes y cirujanos del país para ampliar, mejorar e intervenir en este campo al mismo tiempo del seguimiento de estas pacientes, siendo el primer estudio en describir la situación de las mujeres mastectomizadas y sus necesidades de reconstrucción mamaria postmastectomía de una manera más humana y personal, beneficiándolas a ellas principalmente.

CONCLUSIONES

- ❖ De las 61 pacientes mastectomizadas, la mayoría tenía entre 51-70 años de edad (64%).
- ❖ En las mujeres mastectomizadas se encontró que el tipo histológico de cáncer predominante fue el Ductal infiltrante con un 75%, en comparación con los otros tipos de cáncer, y con una clasificación BIRADS mayormente situada en el grado III con un 43.6% de todas las pacientes.
- ❖ El cáncer de mama se localizó mayormente en la mama izquierda en un 54%, afectando más frecuentemente los cuadrantes superior externo, y la combinación del Cuadrante superior externo más el Cuadrante superior interno en un 33% y 21% respectivamente, encontrándose que la zona menos afectada fue la retroareolar en un 2% del total de las mujeres mastectomizadas.
- ❖ El tipo de mastectomía que más se realizó a las pacientes fue el de Mastectomía Radical Modificada de Patey con un 50% y la menos realizada fue la Mastectomía Radical Ampliada con un 3%.
- ❖ Las percepciones que tuvieron las mujeres ya mastectomizadas sobre su condición física después de la mastectomía fueron en mayor predominio plasmadas en el siguiente párrafo:

Es traumático y doloroso perder una parte de tu cuerpo, tanto que disminuye mucho tu autoestima dejando secuelas emocionales en ti, y todavía duele hablar de ello, pero estamos agradecidas con Dios por haberlo detectado a tiempo, ya que para él tendríamos el mismo valor como mujeres y como personas.
- ❖ El 72% del total de las mujeres mastectomizadas conocían acerca de la reconstrucción mamaria, lo que equivale a 44 pacientes del total de la muestra.

- ❖ Del total de mujeres mastectomizadas el 77% no pensaba en una reconstrucción mamaria, y solamente el 23% deseaban realizarse una posible reconstrucción, y de éstas sólo 57 %, opinaron que así tendrían una mejor autoestima y excelentes relaciones sociales permitiéndoles salir con mayor libertad a la calle sin ningún problema y sin ser discriminadas.
- ❖ Se encontró que de las 61 mujeres mastectomizadas incluidas en el estudio, ninguna ha sido reconstruida postmastectomía, ya que no se les ofreció o explicó este servicio médico- quirúrgico y muchas de ellas no contaban con el apoyo de familiares, ni con recursos económicos.
- ❖ Del total de mujeres mastectomizadas, el 69% de ellas dijeron que la principal condición necesaria para realizarse la reconstrucción mamaria postmastectomía, es tener dinero, en comparación a un grupo menor que consideró como necesidad mínima un buen cirujano correspondiente al 20%.

RECOMENDACIONES

1. A la UNAN-León, promover en la población estudiantil la importancia que tiene este problema de salud tan perjudicial y que incentive a realizar más estudios acerca del tema utilizando así los resultados de éste y otros trabajos que reflejen la realidad de las mujeres que sufren de cáncer de mama.
2. A la dirección general del HEODRA, que elabore en conjunto con el departamento de estadística un registro bien estructurado de los expedientes de las pacientes con Cáncer de mama y las que se realizaron mastectomía con el fin de completar datos clínicos que servirán de base a otras investigaciones acerca de este tema tan interesante, e impulsará el seguimiento continuo de las pacientes afectadas.
3. A los cirujanos, que trabajen de la mano con el servicio de Patología para que se puedan estudiar adecuadamente las pacientes con Cáncer de mama, ya que muchos de los expedientes revisados no contaban con la clasificación del TNM, o la clasificación BIRADS.
4. Al ministerio de Salud brindar apoyo a las mujeres mastectomizadas a través de un programa que les ofrezca terapia física y psicológica e integrada a la familia.
5. Implementar un programa que oferte la reconstrucción mamaria a las pacientes mastectomizadas y que a su vez se brinden capacitaciones a cirujanos interesados en realizar este tipo de intervención quirúrgica.
6. Establecer programas intersectoriales de salud y educación que tengan como propósito fundamental la prevención del cáncer de mama, a través de la promoción exhaustiva el autoexamen de mama lo cual que traerá mayores resultados y beneficios que dar tratamientos para las mujeres que se encuentren en etapas avanzadas del Cáncer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Herdocia G., Factores asociados a Cáncer Mamario, Departamento de Cirugía General. Hospital Escuela Oscar Danilo Rosales Argüello., tesis para optar al título de: Especialista en Cirugía General, Médico y cirujano. León, Nicaragua, 1994.
2. Vargas X., Reconstrucción de mama con colgajo musculocutáneo transversal del recto abdominal postmastectomía por cáncer en el hospital Berta Calderón Roque, tesis para optar al título de Especialista en Cirugía Plástica y Reconstructiva, Residente IV año Cirugía Plástica Reconstructiva y Estética, UNAN. Managua, pág. 42-44, 2007.
3. Figueroa M. et. al, Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama, Ginecología Obstetricia de México, Volumen 76, núm. 11, pág 668-671, Noviembre, 2008.
4. Wilkins, E, et. al, Prospective Analysis of Psychosocial Outcomes in Breast Reconstruction: One-Year Postoperative Results from the Michigan Breast Reconstruction Outcome Study, Plastic & Reconstructive Surgery: Volumen 106, October 2000.
5. Oiz, B. Breast reconstruction and psychological benefit, revista ANALES, Psicología Clínica (Práctica privada). Hospital San Juan de Dios. Pamplona, Volumen 28, Suplemento 2, 2005.
6. Handel, N. et al, Reasons Why Mastectomy Patients do not have Breast reconstruction, presented at the Annual Meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons in San Francisco, California, The Breast Center, revised, January 2, pág 1119-1121, 1990.

7. Nab, A. et. al, Satisfaction with outcome and attitudes towards scarring among women undergoing breast reconstructive surgery. Patient Educ Couns, May, Epub, 2007.
8. Brandan, M. et. al, Detección del cáncer de mama: Estado de la Mamografía en México, Instituto de Física, Universidad Nacional Autónoma de México, Instituto Nacional de Cancerología, Vol 69, pág 57-63, Enero, 2001.
9. Martínez. J, Tlahuel Boletín de Práctica Médica efectiva (PEM), cáncer de mama, secretaría de salud, Núcleo de liderazgo en salud (NLS), pág 2-5, Octubre, 2007.
10. Arreygue, L. et al, Frecuencia de factores de riesgo de cáncer de mama, Ginecología y Obstetricia, Volumen 76, núm. 11, pág 668-671 México, 2008.
11. Alarcón, F. Guía de cuidados para mujeres mastectomizadas, Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba, Supervisora del Hospital Materno infantil, dirección de enfermería, Novartis, pág 29-30 y 34, 2000.
12. Norma técnica de prevención, detección y atención del cáncer de mama. MINSA; 1ª edición, Managua-Nicaragua, 2006. Proyecto UNFPA.
13. Tabar, L, et al. Cáncer de mama. Arte y ciencia de la detección temprana mediante mamografía. Percepción, interpretación y correlación histopatológica. Ediciones Journal, Junin. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina, 2006.
14. Herrera, A. et al. Manual de oncología, procedimiento médico quirúrgico, Instituto Nacional de Cancerología. Editorial Mc Graw Hill, 3ª edición, México 2006.
15. Cooperman, A. Clínicas quirúrgicas de Norteamérica.. Cáncer Mamario. Editorial Interamericana, Vol.6, Madrid España, 1985.
16. Rubiano, J. Guías de práctica clínica basadas en evidencia, Proyecto ISS ASCOFAME, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME,

17. Elías, S. et. al, Revista paceña de medicina familiar: Cáncer o Carcinoma de mama, Actualizaciones, 2008.
18. OncoGuía de mama. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. CatSalut. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Generalitat de Catalunya. pág 20-27, Noviembre, 2003.
19. Alberro, J. Tratamiento quirúrgico del cáncer de mama: Mastectomía. Indicaciones, técnicas y complicaciones. Tratamiento conservador en el cáncer de mama, Tomado de: <http://www.uninet.edu>
20. [Noguchi](#), M. et al, Mastectomía con o sin reconstrucción inmediata de la mama con colgajo musculocutáneo. Departamento de Cirugía (II), Hospital de la Universidad de Kanazawa, Japón, Septiembre, 1993.
21. López, M. Cáncer y Mastectomía. Estado Actual, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General de Teruel Obispo Polanco. Teruel, CIRUGÍA ESPAÑOLA. Vol. 69, Número 1, Enero 2001.
22. Mohammadi, A. et. al. Breast reconstruction with alloplastic implants Surgery Oncology, November 2006.
23. Ceradini, D. et. al. Breast Cancer Reconstruction: More than Skin Deep, New York University Langone Medical Center, Primary Psychiatry, Vol 15, No 10, October, 2008.
24. Stevens, L. et. al, The Psychological Impact of Immediate Breast Reconstruction for women with early Breast Cancer, New York Columbia Presbyterian Medical Center, Vol 73, Plastic and Reconstructive Surgery, April, 1985.
25. Georgiade, G. et. al, Long- Term Clinical Outcome of Immediate Reconstruction after Mastectomy, Duke University Medical Center, Plastic and Reconstructive Surgery, Vol 76, Durham, September, 1985.

26. Harcourt, D. et al, The Psychological Effect of Mastectomy with or without Breast Reconstruction a Prospective, Multicenter Study, United Kingdom, University of west of England, Plastic and Reconstructive Surgery, Vol111, March, 2003.

27. Bowman, C. et al .Breast Reconstruction in Older Women: Should Age Be an Exclusion Criterion?, Vancouver, British Columbia, Canada, Plastic and Reconstructive Surgery, Vol118, July, 2006.

ANEXOS



CUESTIONARIO

N° de ficha: _____

Somos estudiantes de VI año de la facultad de Ciencias Médicas de la UNAN - León, carrera de Medicina.

Estamos realizando una investigación acerca de la Percepción de las mujeres mastectomizadas acerca de su condición física y la necesidad de reconstrucción mamaria postmastectomía, en HEODRA, Marzo – Agosto, 2011.

Este es un documento altamente confidencial, la información aquí descrita será utilizada solamente para fines de investigación científica.

I. Datos Generales:

1. Nombre y apellidos: _____

2. Edad: _____

3. N° de Expediente: _____

4. Dirección: _____

II. Caracterización del cáncer de mama:

1. Localización del cáncer de mama:

a. Mama

1. derecha _____

2. izquierda _____

3. Ambas _____

b. Cuadrantes (uno o combinaciones de ellos).

1. CSE _____

2. CSI _____

3. CIE _____

4. CII _____

2. Tipo Histológico de cáncer de mama:

- A. No Infiltrante (in situ).
 - a. Intralobulillar.
 - b. Intraductal.
- B. Infiltrantes
 - a. Lobulillar Infiltrante
 - b. Ductal infiltrante.

3. Clasificación BIRADS

- a. Grado I: Negativo o ningún hallazgo.
- b. Grado II: Apariencia benigna.
- c. Grado III: Apariencia probablemente benigna.
- d. Grado IV: Hallazgos sospechosos de cáncer de mama.
- e. Grado V: Hallazgos altamente sospechosos de Cáncer de mama.
- f. Grado 0: Estudio incompleto

4. Tipos de Mastectomía:

- a. Mastectomía Radical.
- b. Mastectomía Radical Modificada de Madden.
- c. Mastectomía Radical Modificada de Patey.
- d. Mastectomía Radical Ampliada

5. Año de realización de Mastectomía: _____

III. Percepción de las mujeres mastectomizadas sobre su condición física y reconstrucción mamaria postmastectomía.

1. ¿Cuál fue su percepción sobre su condición física inmediata después de la realización de la mastectomía?

2. ¿Tiene usted conocimiento sobre la reconstrucción mamaria?

a. SI

b. NO

3. ¿Ha pensado en la posibilidad de la reconstrucción mamaria, después de haberse mastectomizado?

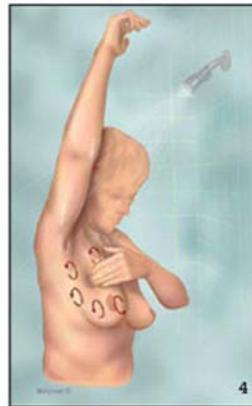
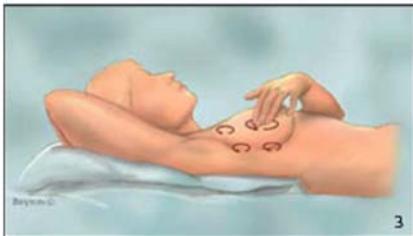
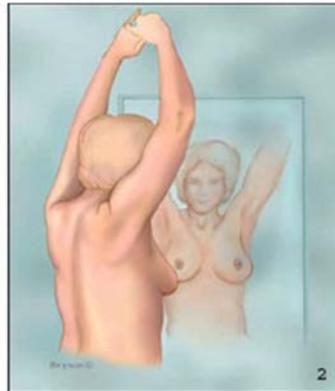
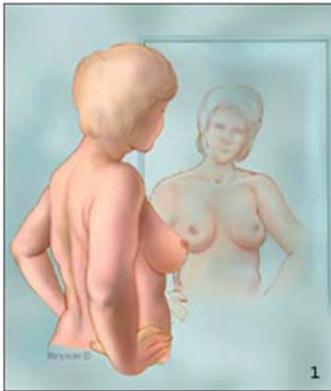
a. SI

b. NO

Si responde "SI", detalle el ¿Porque?

4. ¿Qué condiciones cree usted que necesita para que se le practique una reconstrucción mamaria?

¡Muchas gracias !



Auto examen de seno



Auto examen de senos

(Breast Self-Examination)



1. Acuéstese y coloque su brazo izquierdo debajo de la cabeza. Examínesse el seno izquierdo con su mano derecha. Recorra toda la región de su seno con un pequeño movimiento circular, usando sus 3 dedos centrales. Fíjese si siente un bulto, un nódulo duro o una zona más gruesa. Use tres niveles de presión distintos sobre cada zona del seno: leve, mediano y firme. Examínesse todo el seno, desde la clavícula en la parte de arriba del seno hasta las costillas debajo del seno. Cambie de brazo y repita con el otro seno.



2. Párese delante de un espejo y mírese los senos, con las manos apoyadas firmemente sobre su cadera. Fíjese si ve bultos, nuevas diferencias de tamaño y forma, e inflamación o plegos en la piel.



3. Levante un brazo y después el otro para ver si tiene bultos debajo de los brazos.



4. Exprima suavemente el pezón de cada uno de sus senos entre el dedo pulgar e índice. Si nota una descarga de fluido de los pezones o cualquier bulto o cambio en sus senos, infórmele de inmediato a su profesional médico.