

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Medicina

Análisis de la predisposición de las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto a octubre de 2023, a la cirugía de reconstrucción oncoplástica

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Médico


Autores:

Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia

María Elisa Torres Lazo

Director:

Marx Ítalo Bravo Muñoz

ORCID:  0000-0002-7367-0502

Cuenca, Ecuador

2023-12-07

Resumen

Antecedentes: la predisposición de la paciente hacia la cirugía de reconstrucción oncoplástica de mama puede ser variable, en unos casos puede tardar mucho, llevando a la cronificación del cáncer con el consecuente impacto económico, familiar y para el sistema de salud del país, por lo que el estudio de este tema es importante. Objetivo: determinar la predisposición y sus factores asociados en las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca, durante el periodo de agosto-octubre de 2023, a la cirugía de reconstrucción oncoplástica. Método: la investigación es de tipo analítico, transversal y cuantitativa; aplicando un cuestionario ad-hoc, validado por expertos. Se realizó un análisis estadístico descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para analizar la relación de la predisposición a la cirugía oncoplástica y los factores planteados se obtuvo el OR con su IC 95% y la significación de $p < 0,05$ mediante Chi cuadrado. Resultados: en el estudio predominó la edad de 36 a 65 años, instrucción secundaria, casada, nivel socioeconómico medio, residencia urbana y etnia mestiza. La severidad predominante de la enfermedad fue el estadio grave. Predominó la no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica; las razones más frecuentes para la predisposición fueron la estética, la autoestima y la mejor imagen y las razones para la no predisposición fueron: considerar que no era necesario, el aspecto económico y el miedo. Conclusiones: los hallazgos tienen relación a la teoría y a los estudios internacionales relacionados.

Palabras claves: actitud frente a la salud, cirugía reconstructiva, cirugía plástica, cáncer de mama



El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Cuenca ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por la propiedad intelectual y los derechos de autor.

Repositorio Institucional: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Abstract

Background: the patient's predisposition towards oncoplastic breast reconstruction surgery can be variable, in some cases it can take a long time, leading to the chronification of the cancer with the consequent economic, family and health system impact of the country, therefore it is important to study this topic. Objective: Determine the predisposition towards oncoplastic surgery and its associated factors in breast cancer patients of SOLCA Cuenca, from August to October 2023. Methodology: The research is analytical, transversal and quantitative. Data was collected using an ad-hoc questionnaire validated by experts. A statistic descriptive analysis was conducted, by absolute and relative frequencies (percentage), central tendency measures (median) and dispersion (standard deviation). To analyze the relationship between the predisposition to oncoplastic surgery and the factors studied, the OR with 95% CI and the significance of $p < 0.05$ was obtained using Chi square. Results: The study predominantly included ages between 36-65, high school education, married, medium socioeconomic level, urban residency, and mestizo ethnicity. The predominant stage of the illness was severe. Data showed a predominant lack of predisposition to the oncoplastic reconstruction surgery. The most common reasons were the economic aspect and the fear. On the other hand, some of the reasons for predisposition were aesthetics, self-esteem, and better image. Conclusion: the results agree with existing literature and other studies.

Keywords: attitude towards health, reconstruction surgery, plasticsurgery, breast cancer



The content of this work corresponds to the right of expression of the authors and does not compromise the institutional thinking of the University of Cuenca, nor does it release its responsibility before third parties. The authors assume responsibility for the intellectual property and copyrights.

Institutional Repository: <https://dspace.ucuenca.edu.ec/>

Índice de contenido

Resumen	2
Abstract	3
Índice de contenido	4
Índice de figuras	7
Dedicatoria	9
Dedicatoria	10
Agradecimiento	11
Agradecimiento	12
Capítulo I	13
1. Introducción.....	13
1.1 Antecedentes	13
1.2 Planteamiento del problema.....	13
1.3 Justificación.....	15
Capítulo II	17
2. Marco teórico.....	17
2.1 Predisposición de las pacientes a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.....	17
2.2 Concepto	17
2.3 Tipos de predisposición y toma de decisiones en salud.....	17
2.4 Respuestas psicológicas asociadas a la predisposición a una intervención quirúrgica.....	19
2.5 Elementos de la satisfacción de la paciente en la Cirugía Oncoplástica de Mama (OBS)	20
2.6 La expectativa de resultado estético en la cirugía oncoplástica.....	21
2.7 Calidad de vida relacionada con el cáncer de mama	22
2.8 Calidad de vida y gravedad como estadio de la enfermedad.....	24
2.9 Cirugía de reconstrucción oncoplástica	25
2.9.1 Origen y concepto de la cirugía oncoplástica de mamas	25
2.9.2 Indicaciones, técnicas y desventajas de la OBS	26
2.9.3 Programas a nivel internacional sobre la OBS y sus resultados.....	29
Capítulo III	31
3 Hipótesis y objetivos	31
3.1 Hipótesis	31
3.2 Objetivos de la investigación	31
3.2.1 Objetivo General.....	31
3.2.2 Objetivos específicos	31
Capítulo IV	32

4	Diseño metodológico	32
4.1	Área de estudio	32
4.2	Tipo de estudio	32
4.3	Universo y muestra	32
4.3.1	Universo.....	32
4.3.2	Muestra	32
4.4	Técnica de muestreo	33
4.4.1	Criterios de selección	33
4.4.2	Criterios de inclusión	33
4.4.3	Criterios de exclusión	33
4.5	Variables	33
4.5.1	Jerarquización de variables	33
4.5.2	Operacionalización de variables	33
4.6	Método, técnica e instrumentos.....	33
4.6.1	Método.....	34
4.6.2	Técnica	34
4.6.3	Instrumento.....	34
4.7	Procedimiento, capacitación y supervisión	34
4.7.1	Procedimiento.....	34
4.7.2	Capacitación	34
4.7.3	Supervisión	34
4.8	Plan de tabulación y análisis	34
4.9	Aspectos éticos.....	35
Capítulo V	37
5	Resultados.....	37
5.1	Características sociodemográficas de la población de estudio.....	37
5.2	Severidad del cáncer	39
5.3	Predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica	40
5.4	Asociación entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y las variables: edad, instrucción, etnia, residencia, ocupación, nivel económico, resultado estético y severidad de la enfermedad	41
5.5	Contrastación de Hipótesis.....	45
Capítulo VI	47
6	Discusión	47
Capítulo VII	50
7	Conclusiones y recomendaciones	50

7.1	Conclusiones.....	50
7.2	Recomendaciones	50
	Referencias	52
	Anexos	58
	Anexo A. Matriz de operacionalización de variables.....	58
	Anexo B. Formulario de recolección de datos	60
	Anexo C. Consentimiento informado	62

Índice de figuras

Figura 1. Flujograma de participantes.....	39
Figura 2. Relación de contingencia entre predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y edad.....	45
Figura 3. Relación de contingencia entre predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica e instrucción.....	46
Figura 4. Relación de contingencia entre predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y severidad de la enfermedad.....	47

Índice de tablas

Tabla 1. Participantes según características sociodemográfica.....	40
Tabla 2. Participantes según severidad del cáncer.....	41
Tabla 3. Predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.....	42
Tabla 4. Relación entre las razones y la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.....	42
Tabla 5. Asociación entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y las variables estudiadas.....	44
Tabla 6. Operacionalización de las variables.....	56

Dedicatoria

A Dios quien ha sido un pilar fundamental desde el principio de mi existencia y al ser que de forma incondicional me ha brindado apoyo, cuidado, ánimos, esperanzas y la perspectiva de que en el mundo existen maravillosas personas que con su granito de arename han permitido mirar que la vida no es negra o blanca sino está compuesta de una escala de grises.

Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia

Dedicatoria

Dedicada a mí Ñañita, el ángel más lindo que me concedió la vida, por enseñarme sobre paciencia, amor y bondad. La luchadora más fuerte y alegre, quien nunca se dejó vencer por el cáncer y dejó su huella de amor en nuestra vida.

María Elisa Torres Lazo

Agradecimiento

Agradezco a mi familia por el apoyo brindado durante estos años, por toda la motivación que nunca faltó en aquellos momentos en los que muchas veces vi flaquear mis ganas de continuar. Estoy muy agradecida también con mi tutor de tesis quien ha formado un importante papel para realización de este estudio.

Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia

Agradecimiento

Agradezco principales a mis padres que me han dado la oportunidad de lograr todas mis metas, quienes me han dado todas las herramientas, el apoyo y el amor para continuar con este camino. A mis ñaños que siempre están ahí para ayudarme y a mi Julita que me mimaba con los postres y la comida más rica para darme fuerzas.

A mí tutor y al equipo de SOLCA Cuenca quienes fueron fundamentales para la realización de este trabajo.

María Elisa Torres Lazo

Capítulo I

1. Introducción

1.1 Antecedentes

El cáncer de mama es la enfermedad maligna más frecuente en la mujer y la primera causa de muerte de mujeres en el mundo. Se conoce que 1,2 millones de mujeres se ven afectadas de esta enfermedad cada año en todo el mundo (1). Puede deducirse entonces que el costo para la sociedad es importante, en particular los costos indirectos ya que la mayoría de las mujeres afectadas están en edad de trabajar.

La primera década del presente siglo ha visto un cambio de paradigma en el manejo del cáncer de mama hacia modalidades diagnósticas y abordajes quirúrgicos que redujeran el impacto en la salud psicosocial de las pacientes y en la estética después del tratamiento. Con ello, la conservación del seno se convirtió en el estándar de los modelos de atención ante el cáncer de mama. Por su parte los problemas estéticos presentes en muchas pacientes, que podían llegar a causar afectaciones emocionales severas, llevó a que la cirugía oncoplástica fuera considerada como uno de los desarrollos en la medicina más interesantes y desafiantes de los últimos 20 años, cuyo propósito fundamental es evitar la mastectomía al permitir márgenes más amplios de escisión en relación a la mera intervención conservadora de la mama.

Hoy en día, la cirugía oncoplástica de mama se fundamenta en la reconstrucción inmediata de los defectos de la resección favoreciendo de esta manera mejores resultados tanto oncológicos como estéticos; sin embargo, la predisposición de la paciente hacia esta cirugía, pese a sus bondades, se pospone mucho, determinado por varios factores como edad, estado civil, etnia, instrucción, ocupación, nivel económico, resultado estético y severidad de la enfermedad.

A nivel internacional y en nuestro medio no tenemos estudios específicos sobre la predisposición a aceptación de la cirugía oncoplástica en las pacientes, por lo que la presente investigación se planteó estudiar esta temática en las pacientes de consulta externa de SOLCA de Cuenca-Ecuador, durante el periodo de agosto a octubre de 2023.

1.2 Planteamiento del problema

La cirugía oncoplástica de mama se indica como consenso universal en toda resección tumoral que afecte la estética de la mama en sus diferentes puntos, agregando a la cirugía conservadora la planeación de la restauración de la mama con colgajos glandulares, cuando la relación seno y tumor es favorable, o la reconstrucción con colgajos de vecindad cuando la relación seno y tumor no es favorable. Sin embargo, las técnicas oncoplásticas implican un

tiempo quirúrgico más largo, una intervención con mayor sangrado debido a las técnicas a emplear, así como la necesidad frecuente de quimioterapia o de radiación adyuvante. Por ello, como tratamiento quirúrgico, para la cirugía oncoplástica de mamá también se reconocen contraindicaciones manifiestas (2).

Tanto las técnicas de desplazamiento como las de remplazo de volumen de la cirugía oncoplástica pueden inducir a deformidades estéticas en las mamas, así como a una asimetría de tamaño con el seno contralateral (2). También asociado a la cirugía oncoplástica de mamas es el dolor postoperatorio, que puede persistir durante los primeros meses después de eliminadas otras posibles causas como la recurrencia o infección (3).

Dichas consecuencias, además del evidente malestar fisiológico, puede llevar a otras afectaciones de orden psicológico como variaciones en la percepción de la imagen corporal, alteraciones de la funcionalidad social, trastornos afectivos, entre otros posibles efectos no deseados (3). Sin embargo, la reconstrucción mamaria mediante la cirugía oncoplástica se ha establecido como enfoque común para la rehabilitación física y psicológica del paciente a nivel internacional incluidos países en vías de desarrollo.

En la India el programa de cirugía oncoplástica comenzó en 1998 y se reconoce que no hay aversión en las pacientes por este procedimiento, siendo mayor la motivación en las mujeres de locaciones urbanas (4); de igual forma en Suráfrica se constató que la introducción de la cirugía oncoplástica representó un aumento significativo de la satisfacción de las pacientes (5).

Por su parte en el área de Latinoamérica un estudio relevante realizado en México por Sherwell et al. (6) en el periodo del 2010 al 2013 concluyó que, desde una perspectiva oncológica, con la cirugía oncoplástica fue posible tratar tumores de mayor tamaño que con la cirugía conservadora convencional ($p = 0,002$). Dicho estudio mostró así mismo una tasa de recurrencia después de la cirugía oncoplástica de 2 a 7%, sin recurrencias locales, mientras que en la cirugía conservadora convencional fue de 10 a 14% (6).

Otro aspecto de interés del estudio realizado en México fue que no fueron requeridas transfusiones y las tasas de complicaciones resultaron similares para ambos grupos del estudio, o sea, 16,8 % para la intervención convencional y 18,4% para la cirugía oncoplástica. También, de forma consistente con otros estudios, en Sherwell et al. (6) se demostró que la cirugía oncoplástica tiene una alta tasa de aceptación por parte de los pacientes dado el buen resultado estético y con ello el menor impacto en la vida cotidiana de las pacientes.

Por otro lado, de acuerdo a la psicooncología, existen diversas razones por las cuales algunas personas pueden estar no predispuestas a aceptar una cirugía pese a que ésta sea la única opción de tratamiento, y estas pueden variar dependiendo de la persona y el tipo de

procedimiento médico; algunos de los motivos más comunes son: miedo y ansiedad, falta de información, temor a los riesgos y complicaciones, creencias culturales o religiosas, preferencia por tratamientos no invasivos, costo, experiencias previas negativas, dudas sobre el diagnóstico, falta de soporte familiar o social, entre las más importantes (7,8).

La predisposición a la aceptación o no de la cirugía oncológica en pacientes con cáncer de mama ha sido poco estudiada; la decisión de la paciente y sus factores que pueden afectarla pueden ser abordados mediante estudios observacionales y de investigación cualitativa; algunos de los tipos de estudios que se pueden llevar a cabo incluyen: a) estudios de cohorte prospectivos que recopilan datos sobre sus decisiones de tratamiento, incluida la aceptación o rechazo de la cirugía oncológica, b) estudios retrospectivos para analizar las decisiones de tratamiento pasadas de las pacientes con cáncer, c) entrevistas cualitativas que implican entrevistas en profundidad con pacientes, sus familias y profesionales de la salud para comprender mejor las razones detrás de la predisposición a aceptar o rechazar la cirugía oncológica, d) encuestas y cuestionarios estandarizados para recopilar datos sobre las predisposiciones y actitudes de los pacientes hacia la cirugía oncológica, y e) análisis de datos de registros nacionales o bases de datos de hospitales para examinar patrones de tratamiento y determinar la tasa de aceptación o no de la cirugía oncológica en diferentes poblaciones y regiones (9).

De lo planteado, se deriva la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es el nivel de predisposición y sus factores asociados en las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto- octubre de 2023, a la cirugía de reconstrucción oncoplástica?

1.3 Justificación

Como se ha señalado, el cáncer de mama es la enfermedad más frecuente y la primera causa de muerte de mujeres en el mundo. Los diversos estudios sobre la satisfacción de la paciente ante la cirugía oncoplástica de mama muestran la viabilidad de la misma, tanto desde la perspectiva oncológica como desde los resultados estéticos, sin que se hayan registrado diferencias de un mayor impacto en relación a la cirugía conservadora convencional (10). También se ha demostrado que a través de las técnicas de reconstrucción oncoplásticas se incrementa significativamente el número de pacientes que puede ser tratado mediante cirugía conservadora de mamas (5,10). Se ha señalado así mismo a nivel global que la presencia de la cirugía oncoplástica de mama en los modelos de atención médica ha estado además en correspondencia con los principios de calidad de vida relacionada con la salud aceptados, específicamente en cuanto a los siguientes aspectos (11):

- Multidimensionalidad: las afectaciones a la funcionalidad del individuo (física,

emocional, social y cognitiva) relacionadas directa o indirectamente con la enfermedad o su tratamiento;

- Subjetividad: la percepción (positiva o negativa) del paciente respecto a su enfermedad o al impacto del tratamiento al que se somete; y
- Temporalidad: los cambios en el estado de salud del paciente en el transcurso de la enfermedad, incluido los efectos de los tratamientos llevados a cabo.

Esta investigación se enmarca en las Líneas de Investigación del Ministerio de Salud Pública del Ecuador: Área 4: neoplasias; Línea: mama y Sublínea: costos y acceso al manejo e Impacto psicosocial y calidad de vida (12). Así mismo este tema se enmarca en las prioridades de investigación de SOLCA de Cuenca (13).

La presente investigación tiene como su principal beneficiario la institución SOLCA de Cuenca-Ecuador y de forma indirecta el modelo de atención al cáncer de mama en el país. Las expectativas de las pacientes con respecto a la cirugía de reconstrucción oncoplástica de las mamas serían un soporte importante para el desarrollo de estrategias en el tratamiento del cáncer de mamas, así como para la formación en las competencias requeridas por el personal médico para el empleo de las técnicas correspondientes, cumpliendo de esta forma con un impacto económico y social; y el impacto científico estará dado por el aporte a la comunidad científica local con datos de nuestra realidad y actualizados.

La información que se tendría como resultado de la actual investigación se difundirá mediante el repositorio digital de la Facultad, se entregará a las autoridades de SOLCA de Cuenca-Ecuador y se publicará en la revista científica indexada de la Facultad; y de esta manera serviría de referencia para futuros estudios dentro de la línea de investigación: Problemas de salud prevalentes prioritarios, establecida en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca.

Capítulo II

2. Marco teórico

2.1 Predisposición de las pacientes a la cirugía de reconstrucción oncoplástica

Esta investigación tiene como objeto de estudio, la predisposición de las pacientes a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.

2.2 Concepto

La predisposición a la aceptación de la cirugía oncoplástica reconstructiva es un tema importante en el campo de la cirugía oncológica y la salud de las pacientes con cáncer de mama. La predisposición a aceptar algo, se refiere a la tendencia o disposición de una persona a estar abierta a una idea, propuesta, cambio, opinión o sugerencia. Esta predisposición puede estar influenciada por varios factores, como las creencias previas, los valores, la educación, la experiencia personal y la información disponible. Cuando alguien tiene una predisposición a aceptar algo, es más probable que esté dispuesto a considerar y adoptar esa idea o punto de vista (9).

Para comprender esta predisposición en el campo de la cirugía oncoplástica, es necesario analizar varios aspectos teóricos que influyen en la toma de decisiones en salud de las pacientes en general y en su predisposición a aceptar este tipo de cirugía.

2.3 Tipos de predisposición y toma de decisiones en salud

Existen varios modelos que explican cómo se da la toma de decisiones de los pacientes en relación a su salud:

- Modelo de toma de decisiones en salud: este modelo propuesto por Mendoza y Valenzuela, establece que las personas enfrentan una serie de opciones relacionadas con su salud y toman decisiones basadas en una evaluación de los beneficios y riesgos percibidos, así como en sus valores y preferencias personales (14). Ante la cirugía oncoplástica, las pacientes evalúan los beneficios de la reconstrucción mamaria en términos de calidad de vida, imagen corporal y bienestar emocional, frente a los riesgos y posibles complicaciones.
- Modelo de estadios de cambio de Prochaska y DiClemente: este modelo describe cómo las personas pasan por diferentes etapas en el proceso de cambio de comportamiento. En el contexto de la cirugía oncoplástica, las pacientes pueden pasar por etapas como la contemplación (considerando la cirugía), la preparación (buscando información y consultando con profesionales de la salud) y la acción (aceptando la cirugía) (15). Comprender en qué etapa se encuentra una paciente puede ayudar a adaptar la comunicación y el apoyo para lograr la predisposición a

aceptar la cirugía.

- Modelo de apoyo social: la aceptación de la cirugía oncoplástica reconstructiva también puede depender del apoyo social que recibe la paciente; este modelo según Barrón sugiere que la presencia de familiares, amigos y profesionales de la salud que brindan información, apoyo emocional y recursos, puede repercutir en la toma de decisiones de la paciente (16). La calidad y la cantidad de este apoyo social puede influir en la predisposición a aceptar la cirugía.
- Modelo de autonomía del paciente: Visbal refiere que este modelo enfatiza la importancia de permitir que las pacientes participen activamente en la toma de decisiones sobre su tratamiento médico (17). En el contexto de la cirugía oncoplástica, es esencial respetar la autonomía de las pacientes, proporcionándoles información completa y comprensible sobre las opciones de tratamiento, incluyendo la reconstrucción mamaria, y permitiéndoles tomar decisiones informadas y acordes a sus valores personales.
- Modelo de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS): según Urzúa, la calidad de vida relacionada con la salud es un concepto importante en la toma de decisiones médicas; en el contexto de la cirugía oncoplástica, las pacientes evalúan cómo la reconstrucción mamaria puede afectar su calidad de vida en términos de bienestar emocional, funcionamiento físico, relaciones sociales y aspectos psicológicos; este modelo considera cómo la aceptación de la cirugía, puede influir en la mejora de la CVRS de la paciente (18).

Los modelos mencionados proporcionan una base para comprender la predisposición a la aceptación de la cirugía oncoplástica reconstructiva, reconociendo la complejidad de las decisiones de las pacientes y la importancia de considerar factores psicológicos, sociales y médicos en el proceso de toma de decisiones.

Es así que, Sigrunn en relación al factor social, manifiesta que una peor adaptación y aceptación de una cirugía de mama se vincula principalmente a la educación, empleo y estado civil: el bajo nivel educativo, desempleo y estado civil soltera/divorciada/viuda se relacionaron con un mayor uso de defensas cognitivas, usan un estilo defensivo hostil y tienden a recibir escaso apoyo social, lo cual hace que se presente una mala predisposición a la cirugía (19).

Por otro lado, Lozano refiere que las condiciones quirúrgicas que determinan la aceptación, son las percepciones que tienen los pacientes: de la cirugía como procedimiento riesgoso, de la calidad de los resultados obtenidos con la cirugía, de las características de los resultados obtenidos con la cirugía, del costo de la cirugía, de la calidad de la relación entre los miembros del equipo quirúrgico, de la capacidad de preparación de los cirujanos y de la existencia de

elementos hospitalarios adecuados en la localidad (20).

2.4 Respuestas psicológicas asociadas a la predisposición a una intervención quirúrgica

Stanton sostiene que dada la marcada variabilidad individual en el ajuste psicológico en respuesta al cáncer de mama, es importante especificar los factores que contribuyen a la supervivencia adaptativa; en su estudio longitudinal con 70 mujeres con cáncer de mama en etapa I o II, encontró que afrontar con aceptación activa en el momento del diagnóstico predijo un ajuste más positivo a lo largo del tiempo; por otro lado, corroboró la hipótesis de que afrontar la situación recurriendo a la religión sería más eficaz; sus hallazgos sugieren que los factores de riesgo y protectores para el ajuste durante el primer año de supervivencia, pueden identificarse incluso antes de la cirugía definitiva (21).

De igual manera, Robin manifiesta que las decisiones de la mujer sobre el tratamiento quirúrgico están motivadas por varios factores, principalmente el deseo para eliminar futuras molestias y el mantenimiento de la función y apariencia física y una rápida recuperación; en su estudio, las mujeres indicaron que habrían aceptado someterse a una mastectomía si sus cirujanos hubieran hecho esa recomendación; la mayoría de las mujeres, sin embargo, consideró que la mastectomía debería reservarse únicamente para los peores cánceres de mama (22); por consiguiente, podemos inferir que la predisposición de una paciente a la cirugía puede estar determinada también por el tipo de comunicación y de relación médico - paciente.

Así mismo, la predisposición de una paciente hacia la cirugía oncológica, puede depender de una serie de reacciones emocionales que pudieron generarse ante el diagnóstico o la recomendación de intervención quirúrgica por parte de su cirujano; según Baquerizo, las principales reacciones o respuestas emocionales pueden ser de tipo: melancólico, fóbica, contrafóbica, maníaca, histérica, paranoide, obsesiva o hipocondríaca (23). Es por esto que reconocer y ayudar a superar estas reacciones emocionales pueden ayudar a conseguir una mejor predisposición de la paciente.

Por su parte, Dinapoli refiere que una gran proporción de pacientes con cáncer de mama experimentan múltiples síntomas psicológicos concurrentes durante su trayectoria de atención del cáncer, como: angustia, ansiedad, depresión, deterioro cognitivo y disfunción sexual/imagen corporal. Los factores de riesgo para desarrollar ansiedad y depresión en personas mayores con cáncer, son: dolor, fatiga, mala condición física, condiciones médicas comórbidas, necesidad de ayuda con las actividades de la vida diaria, discapacidad funcional, mala visión, pérdidas sensoriales. deterioro cognitivo, soledad, sentimientos fatalistas,

insuficiencia del apoyo emocional, etc. (24). Es por esto que, identificar y atender estas consecuencias psiquiátricas y sus factores de riesgo mejorará la predisposición a la cirugía.

Finalmente, García menciona que las pacientes con cáncer de mama, previo a la cirugía radical presentan reacciones de miedo, ansiedad, depresión, estrés y otros problemas psicosociales comparados con procedimientos conservadores; esto determina que la predisposición a la cirugía se presenta de diferente manera dependiendo del tipo de procedimiento quirúrgico (25).

2.5 Elementos de la satisfacción de la paciente en la Cirugía Oncoplástica de Mama (OBS)

Durante las últimas décadas se ha hecho énfasis que la perspectiva de la paciente debe ser considerada e integrada en la atención médica. En la actualidad constituye un principio el papel central que debe desempeñar la paciente en la toma de decisiones clínicas. Lo anterior es además de importancia vital en la atención a las pacientes con cáncer de mama, debido a que el tratamiento de dicha enfermedad afecta siempre las actividades físicas y los estados psicológicos de las mismas (26). Por su parte, la satisfacción con la atención médica y la predisposición de las pacientes a un tratamiento dado lleva implícito el aspecto de la subjetividad, esto es, la percepción (positiva o negativa) de la paciente respecto a su enfermedad en relación al impacto del tratamiento al que se somete (27).

La OBS como tratamiento quirúrgico puede tener un impacto significativo en las mujeres con cáncer de mama. Tanto las técnicas de desplazamiento como aquellas de remplazo de volumen pueden inducir a la persistencia del dolor postoperatorio durante los primeros meses y, además del evidente malestar fisiológico, la OBS puede conllevar a otras afectaciones de orden psicosocial relacionadas a las variaciones en la imagen corporal (28). En este sentido, se coinciden en general que la OBS es un procedimiento seguro oncológicamente con una conservación de la mama más adecuada y estética, lo que garantiza una mayor satisfacción de la paciente (6,29). Se plantea además que la reconstrucción inmediata de la mama es psicológicamente más llevadera para la paciente ya que se evita tener que vivir con los defectos estéticos que pueden derivarse de la remoción del cáncer, señalándose que los mayores riesgos están asociados a la necesidad de una radioterapia posterior (27).

Con ello, es señalado que la satisfacción de las pacientes que siguen tratamiento por cáncer de mama se vincula en alto grado a la percepción de la imagen corporal (25,26). Las evidencias recolectadas por años muestran que las mujeres a las cuales se ha aplicado la OBS preservan mejor la integridad y percepción de la imagen corporal que aquellas pacientes que se someten a cirugías radicales o conservadoras de mayores consecuencias estéticas, quienes suelen manifestar sentimientos de vergüenza e incluso problemas para verse desnudas (30).

Se asume que la mayor relevancia de la percepción de la imagen corporal en el proceso de la enfermedad del cáncer de mamas no tiene que ver tanto con el cambio físico objetivo, sino con el significado que se le atribuye al mismo (8,31). Conocidas son las cifras de que alrededor del 50% de las mujeres con tratamiento por cáncer de mama están preocupadas por la reanudación de las relaciones sexuales, presentan temor al rechazo de la pareja y, en general, desarrollan una valoración más negativa de su atractivo físico (32). Se ha comprobado así mismo que las alteraciones en la percepción de la imagen corporal de las pacientes predicen un peor ajuste a la enfermedad y una peor adherencia a los tratamientos, pudiendo llevar además al desarrollo de la depresión (33).

2.6 La expectativa de resultado estético en la cirugía oncoplástica

Debido al creciente número de sobrevivientes y al impacto psicológico del cáncer de mama, la reconstrucción mamaria se considera como parte necesaria del tratamiento de las pacientes para preservar su calidad de vida; la demanda de la cirugía oncoplástica ha tenido además un aumento considerablemente en los últimos años fomentándose el desarrollo de nuevas técnicas reconstructivas (34). En este sentido se señala la relevancia de la imagen corporal en la sexualidad y en general para la funcionalidad y bienestar psicosocial de las pacientes con cáncer de mama como factores de primer orden en la calidad de vida relacionada con la salud (35). De igual forma, la percepción de la imagen corporal y en específico la satisfacción con los senos se señala así mismo como el fundamento de las expectativas de resultado estético en el cáncer de mamá y un factor esencial en el ajuste psicológico de las pacientes posterior al tratamiento (36).

En cuanto al concepto de imagen corporal, en general se acepta que, aunque está determinada socialmente, se trata de una experiencia subjetiva y dinámica, que evoluciona a lo largo de la vida influyendo en el comportamiento de los individuos (37). Una definición que en general es aceptada fue la propuesta por Rosen et al. (38) como la manera en la que uno ve, percibe y siente su propio cuerpo, actuando en consecuencia. Sobre ello se han establecido además los siguientes componentes del constructo de la imagen corporal (39):

1. perceptual, referido a la percepción total o de partes del cuerpo;
2. cognitivo, como las valoraciones sobre el cuerpo o parte del mismo,
3. afectivo, que son los sentimientos y actitudes hacia el cuerpo o una parte de él; y
4. conductual, referido a los comportamientos llevados a cabo a partir de la percepción del propio cuerpo.

El peso de la imagen corporal en las expectativas de resultado estético ante la cirugía

oncoplástica se hace evidente desde la perspectiva constructivista; en la cual la imagen corporal ocupa una posición central en la organización psicológica del individuo al estar relacionada, por un lado, con la experiencia de la valoración del cuerpo, y, por otro lado, con las formas de interacción con el entorno (40). Se reconoce además que para las mujeres la influencia mutua entre imagen corporal y autoconcepto es aún más relevante y puede ser en muchos casos problemática (37). Por ello, las alteraciones de la imagen corporal en las pacientes con cáncer de mama es un factor cardinal que impacta en la calidad de vida pudiendo distorsionar el componente afectivo o de satisfacción a partir de los elementos cognitivos sobre el ideal de valor en relación al cuerpo o alguna de sus partes. Lo anterior incide así mismo en el componente conductual y, con ello, en la predisposición a un tratamiento específico de la enfermedad (41).

2.7 Calidad de vida relacionada con el cáncer de mama

Desde finales del siglo pasado se ha enfatizado que las perspectivas de las pacientes deben ser consideradas e integradas en la atención médica, lo cual es de suma importancia en el cáncer de mama debido a que el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad afecta las actividades físicas y el estado psicológico de las pacientes. En este sentido, un concepto que ha adquirido importancia creciente en la atención médica es el de calidad de vida (QoL por sus siglas en inglés) como un constructo multidimensional que se centra en la experiencia de los pacientes. Aunque por su naturaleza la calidad de vida puede definirse de varias maneras y, por lo tanto, no existe un consenso unívoco de lo que significa el término, en general se entiende en relación a la definición de salud dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como estado de bienestar físico y sicosocial (42).

La gran variedad de definiciones planteadas sobre la calidad de vida relacionada con la salud se debe a que este constructo no solo abarca elementos objetivos de bienestar en relación a diversos ámbitos de la vida en un contexto cultural, sino que también incluye elementos subjetivos referidos al peso específico o relevancia que los individuos otorgan a dichos ámbitos a partir de las circunstancias vitales, expectativas y creencias (43). Por ello, los estudios de calidad de vida en la salud en general coinciden en que el constructo se refiere a la percepción de los pacientes sobre su estado de salud, lo cual incluye los tres elementos esenciales siguientes (44):

5. el impacto en la calidad de vida se debe a una enfermedad y su tratamiento;
6. los efectos implican limitaciones a la actividad normal y, como tal, una disminución en las oportunidades según las circunstancias vitales; y
7. el juicio sobre la calidad de vida relacionada con la salud solo puede ser

realizado por el propio sujeto o paciente.

El reconocimiento cada vez mayor del concepto de calidad de vida en los estudios sobre la atención médica se debe a los resultados que se han obtenido en términos de optimización del cuidado de los pacientes (45). Lo anterior se ha visto principalmente en la evaluación de problemas sobre el grado de competencia funcional de los sujetos con el fin de mantenerla o mejorarla, establecer en determinados casos un diagnóstico diferencial y como tal una atención más adecuada, así como proporcionar medidas de resultados tanto en la investigación como en la práctica clínica (43). Sin embargo, al concepto de calidad de vida relacionada con la salud le son inherentes algunas limitaciones de su enfoque subjetivo que deben tratarse correctamente.

La evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud se asocia al ejercicio normalizador en las áreas médicas, donde suelen utilizarse instrumentos y escalas de medidas tanto genéricas como específicas (45). Los genéricos se utilizan en personas con cualquier enfermedad y evalúan una concepción amplia de la salud, mientras que los específicos evalúan el impacto de una condición de salud particular (46). Las limitaciones en la medición del bienestar o funcionalidad de los pacientes vienen dadas por las dimensiones a ser evaluadas ya que no existe acuerdo sobre la naturaleza y número de las mismas ni lo que dichas áreas deberían incluir; hay instrumentos de medición que incluso llegan a abarcar el bienestar en dimensiones como la relación con el entorno, la espiritualidad y las creencias personales (47). De esta manera, puede resultar difícil una generalización ya que cada individuo otorga un significado particular a sus síntomas de acuerdo a lo que representan para su vida.

Las investigaciones sobre calidad de vida relacionada con la salud, basadas en la perspectiva biomédica de que la salud se correlaciona al funcionamiento orgánico y a la adecuada funcionalidad, se han orientado a indagar las preferencias de los pacientes sobre los tratamientos a partir de las oportunidades que ofrecen, en el orden físico y psicosocial, sobre aspectos externos a la enfermedad e implícitos en las decisiones como valoración de la calidad de vida según las circunstancias vitales de cada individuo (38). Con ello, se han adoptado soluciones adaptativas considerándose el efecto de patologías concretas y sus tratamientos, con medidas específicas de la calidad de vida, las cuales se suman a las de tipo general que son abordadas principalmente con instrumentos no estructurados o abiertos que buscan indagar sobre las particularidades de cada paciente (48).

Por su parte el cáncer de mama ha sido una de las patologías en el que el interés por la calidad de vida de las pacientes se ha abordado con más fuerza. Las razones fundamentales que se señalan para ello han sido, primero, el significado íntimo de su localización al tratarse de un órgano relacionado con la feminidad y la maternidad, segundo, que un número

importante de mujeres con este diagnóstico sobreviven a la enfermedad, y tercero, que en su terapéutica se emplean varias modalidades como son la cirugía, la radioterapia, hormonoterapia y quimioterapia (49). Además de la funcionalidad en relación a las actividades propias al proyecto de vida, la OMS ha señalado a la sexualidad como un factor determinante en el bienestar físico y sicosocial de las pacientes siendo esencial en la medida de la calidad de vida (50).

Se reconoce ampliamente que el tratamiento del cáncer de mama tiene un gran impacto en la imagen corporal y con ello en la sexualidad. El enfoque del paciente hacia su propio cuerpo y sentido de atracción son importantes en la percepción de la calidad de vida; si antes de la cirugía la paciente tiene una baja opinión de su atractivo, exhibiendo baja autoestima, estos sentimientos pueden exacerbarse aún más después del tratamiento (49). De ahí que el resultado estético sea asumido como un elemento fundamental en la predisposición en cuanto a los procedimientos reconstructivos y la cirugía oncoplástica (51).

2.8 Calidad de vida y gravedad como estadio de la enfermedad

Una de las particularidades de la patología oncológica es que constituye un evento estresante que demanda la utilización de recursos psicosociales asociados a la calidad de vida como, por ejemplo, estrategias de afrontamiento y apoyo social. También se considera que las distintas dimensiones de la calidad de vida varían en función a condiciones clínicas específicas como el estadio de la enfermedad (52). En este sentido, para el cáncer existe un sistema de clasificación histológica de la célula tumoral (Tumor Node Metastasis o TNM del inglés) según las siguientes etapas o estadios según la presencia de receptores tumorales y asociadas a las tasas de supervivencia (53):

- 0, o in situ, cuando no hay evidencias para un diagnóstico;
- I, cuando el tumor es pequeño y no ha penetrado la capa mucosa;
- II, cuando el tumor se halla dentro de la pared muscular;
- III, cuando afecta los ganglios linfáticos cercanos; y
- IV, cuando el cáncer se ha diseminado a órganos lejanos.

El pronóstico de supervivencia en el cáncer se considera inversamente proporcional al estadio, o sea, a menor estadio, mayor probabilidad de supervivencia (53). Por otra parte, se ha planteado que el estadio del cáncer es un predictor en cuanto a la calidad de vida, donde se espera que la misma se deteriore en estadios más avanzados debido a las afectaciones físicas y psicosociales que atentan contra la integridad del paciente (54). Con ello, también se asume

una variación en la predisposición a la cirugía oncoplástica en estadios avanzados debido a la dificultad de este tratamiento en cuanto al aumento del tiempo de operación y recuperación, así como al aumento y persistencia del dolor postoperatorio (36).

2.9 Cirugía de reconstrucción oncoplástica

Es importante referirnos ahora al marco contextual en el que se realizó la investigación, en este caso, la cirugía de reconstrucción oncoplástica de mamas.

2.9.1 Origen y concepto de la cirugía oncoplástica de mamas

La reconstrucción mamaria y las técnicas oncoplásticas han sido ampliamente adoptadas en la actualidad para el manejo quirúrgico de pacientes con cáncer de mama. Se reconoce que la Cirugía Conservadora de la Mama (BCS por sus siglas en inglés), o mastectomía parcial con radioterapia adyuvante, se convirtió en una alternativa de tratamiento estándar a la mastectomía para mujeres con cáncer de mama en estadio temprano después de que muchos estudios reportaran tasas comparables de supervivencia y control local del cáncer (55). Sin embargo, en la BCS la eliminación del tumor deja una deformidad posquirúrgica o cavidad que puede tener un efecto cosmético importante (55). En este sentido, junto al avance de las técnicas quirúrgicas a principios de la década de 1990, el Dr. Audretsch introdujo en Alemania la OBS, que era una integración de las técnicas de cirugía plástica con la BCS para reducir el defecto cosmético y las consecuencias de este último tratamiento en la calidad de vida del paciente (29).

Como nuevo paradigma en el tratamiento del cáncer de mamas, la OBS combina los principios de la oncología y la cirugía plástica para lograr un resultado oncológico y estético significativamente más satisfactorio al de los tratamientos tradicionales (56). De esta manera, la OBS suele definirse como el conjunto de técnicas o tratamiento quirúrgico en el cáncer de mama que busca tanto el control local de la enfermedad, con un margen más amplio de intervención, como la reducción de las posibles secuelas cosméticas, con la reconstrucción inmediata de las mamas (2, 29, 56).

Las técnicas quirúrgicas utilizadas en la cirugía oncoplástica en el marco de la conservación de la mama se pueden dividir en dos categorías fundamentales (57): el desplazamiento volumétrico y el remplazo de volumen. Se plantea así mismo que la OBS amplía las indicaciones en la resección de tumores más grandes, en relación con el tamaño de los senos, en comparación con la BCS (58). Adicionalmente, la OBS evita la necesidad de correcciones secundarias de deformidades que resultan en el retraso de la cicatrización y un peor resultado estético, especialmente cuando se practica la radioterapia después de la cirugía (58).

En relación a este aspecto, la Sociedad Europea de Oncología Médica (ESMO) ha creado una nueva herramienta (guía) basada en la evidencia científica para la mejor investigación e interpretación de los datos ante un proceso de “desescalada” de tratamientos oncológicos. Desde hace muchos años, la desescalada terapéutica en el cáncer de mama ha tendido a hacer que las mastectomías sean cada vez menos frecuentes, sustituyéndolas por tratamientos conservadores, los que han permitido mejorar la predisposición de las pacientes y por ende la aceptación del tratamiento quirúrgico (59).

2.9.2 Indicaciones, técnicas y desventajas de la OBS

Con la OBS se busca la satisfacción de los siguientes tres criterios clínicos fundamentales (60):

8. cumplimiento de los criterios oncológicos en términos de supervivencia, recurrencias y metástasis (seguridad de vida);
9. que se reconstruyan mediante diferentes técnicas los defectos producidos en la mama, incluida la corrección de una posible asimetría (calidad de vida); y
10. que los objetivos anteriores, resección y reconstrucción, se logren de ser posible en el mismo acto quirúrgico (inmediatez).

Por ello, la cirugía oncoplástica de mama se indica como consenso universal en toda resección tumoral que afecte la estética de la mama en sus diferentes puntos, agregando a la cirugía conservadora la planeación de la restauración de la mama con colgajos glandulares, cuando la relación seno y tumor es favorable, o la reconstrucción con colgajos de vecindad cuando la relación seno y tumor no es favorable (56, 61). Se considera también como indicación intrínseca a la OBS los casos con necesidad de una simetrización contralateral producto de los efectos de la resección (61).

Por su parte, son indicaciones específicas de la OBS la resección de tumores mayores de 4 cm y cánceres localmente avanzados donde anteriormente la mastectomía era la única opción (62). También, para la resección de más del 20% del volumen de los senos con la necesidad de cortes grandes de piel dentro del área de la mamoplastia resulta idónea la OBS (63). Los senos de alto volumen con ptosis severa son también adecuados para la OBS ya que los márgenes pueden ser más amplios y los resultados suelen ser más satisfactorios (62). De igual forma, cuando se localiza el tumor en el cuadrante central, medial o inferior, los resultados cosméticos de la OBS suelen ser mejores, particularmente si el cáncer de mama se encuentra dentro del área de resección de la mamoplastia (63).

Las técnicas propias a la cirugía oncoplástica de mama generalmente se clasifican de acuerdo a la relación entre el volumen mamario y el volumen de la resección, así como a la ubicación de la resección tumoral esperada. La densidad glandular, riesgos relacionados con el paciente (tabaquismo, obesidad, diabetes, cirugía previa, etc.), tratamientos adyuvantes, así como las preferencias y expectativas del paciente son otros factores específicos que influyen en la toma de decisiones con respecto a la técnica de OBS a realizar en la intervención quirúrgica (64). Con ello, se establecen los siguientes dos niveles de complejidad(65):

- Nivel 1. Incluye a las técnicas oncoplásticas básicas de mastectomía segmentaria que requieren una escisión de menos del 20% del volumen mamario en senos pequeños a moderados con un tamaño mínimo de ptosis. El objetivo es la extirpación del tumor sin resección de la piel y la reparación de defectos parciales de la mama para reducir el riesgo de deformidad con el efecto de la terapia de radiación. Los principios fundamentales son la localización del tumor, la planificación de la incisión, la disección del colgajo subcutáneo más allá del tumor, identificación del tumor, extracción del espécimen con la realización de la cavidad tumoral y cierre del defecto con tejido movilizado.
- Nivel 2. Incluye a las técnicas que se aplican en casos que requieren la escisión del 20% al 50% del volumen mamario y que a menudo se acompañan de escisión de la piel. La fuerza de estas técnicas radica en obtener un margen negativo al permitir que se resequen grandes cantidades de tejido mamario y prevenir la toxicidad por radiación. La mamoplastia de reducción, que previene o reduce el linfedema mamario después de una terapia de radiación es también una opción para pacientes con macromastia. Una de las mayores contribuciones de las técnicas de nivel 2 a la BCS es que suelen ser seguras para reseccionar tumores multicéntricos. Por ello, los lechos tumorales que se juntan con el margen de seguridad obtenido por resección y reducción, se pueden convertir en una sola área para la aplicación segura de la terapia de radiación.

Por otro lado, los procedimientos oncoplásticos se definen según la localización o cuadrante en el que se encuentra el tumor de la siguiente forma (64):

1. mastopexia/lumpectomía (técnica de Batwing), para tumores centrales periareolares;
2. mamoplastia con raqueta, para tumores del cuadrante de la parte externa superior;
3. bloqueo redondo/mastopexia de la rosquilla (técnica de Benelli), para los tumores del cuadrante superior; y
4. mamoplastia/lumpectomía de reducción, para tumores del cuadrante inferior.

Dicho lo anterior, es importante analizar también las consideraciones perioperatorias, siendo pertinente según Kaufman, tener en cuenta al procedimiento de obtención del Consentimiento Informado (CI), lo cual nos ayudará a conocer la predisposición de una paciente hacia la cirugía; el CI debe realizarse mediante una conversación con cada paciente sobre la opinión personal referente a sus expectativas, temores, dudas, e inclusive debe abarcar a los aspectos emocionales de la paciente, y analizando también el balance riesgo/beneficio no solo biológico sino psicosocial, respetando la autonomía y su privacidad (66). Mediante el abordaje de estos aspectos, el cirujano puede explorar la predisposición de la paciente a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.

En cuanto a las desventajas de la OBS se señalan en general las asociadas al mayor tiempo de intervención quirúrgica, mayor sangrado por las técnicas a emplear, así como la posible necesidad de terapia química o radiación adyuvante. Ello hace que el dolor postoperatorio sea característico a la cirugía oncoplástica de mamas, que puede persistir durante los primeros meses después de eliminadas otras posibles causas como la recurrencia o la infección (3). Dichas consecuencias, además del evidente malestar fisiológico, puede llevar a otras afectaciones de orden psicológico como alteraciones de la funcionalidad social, trastornos afectivos, entre otros posibles efectos no deseados, con los riesgos que ello implica (3). También importante como desventaja de la OBS es su complejidad junto a las competencias profesionales requeridas de las alternativas reconstructivas, incluidos los procedimientos que pueden necesitar colgajos músculo-cutáneos a distancia o colgajos microvascularizados (60).

Otras desventajas específicas de la OBS y referidas como contraindicaciones son los cánceres localizados cerca de la piel o fuera del área de la mamoplastia, así como ante los casos de la presencia de una cirugía plástica previa de la mama, ya que pueden necesitar una combinación de técnicas que no siempre proporcionan los resultados deseados y para los cuales la mastectomía de preservación puede ser la mejor opción (67). De forma similar, las mamas pequeñas sin ptosis y los senos cónicos pueden considerarse como contraindicación para la OBS, siendo la BCS tradicional una mejor opción en muchos casos (68).

Por último, existen factores de riesgos propios del paciente como la diabetes, el consumo de tabaco y enfermedades del colágeno, que están asociadas a mayores complicaciones en la OBS y que pueden afectar además los resultados estéticos (69), también condiciones como las expectativas estéticas exageradas, la niñez y la edad avanzada (28), se señalan como contraindicaciones relativas de la OBS.

En resumen, es importante mencionar que una vez analizadas las indicaciones, las técnicas y desventajas de la OBS, es necesario resaltar también que los condicionamientos

psicológicos, evaluados y diagnosticados por un especialista, como una psicopatología grave que impida la comprensión del procedimiento, sospecha de síndrome dismorfofóbico, etc. pueden determinar el grado de predisposición a la cirugía oncoplástica (70), haciendo necesario un trabajo de en equipo multidisciplinario, para una atención integral, ágil y oportuna a las pacientes con cáncer de mama.

2.9.3 Programas a nivel internacional sobre la OBS y sus resultados

La reconstrucción mamaria mediante la cirugía oncoplástica se ha establecido como enfoque universal para la rehabilitación física y psicológica de las pacientes con cáncer de mamas. En este sentido se reconoce que en los países desarrollados la OBS se asocia principalmente con la reconstrucción mamaria que involucra cánceres relativamente tempranos o en fase inicial, mientras que en los países en vías de desarrollo la OBS incluye también la reparación de los defectos quirúrgicos creados por el tratamiento de cánceres avanzados (5). Dentro del conocido simposio que se llevó a cabo en el 2007 en Montreal, por la Semana Internacional de la Cirugía (International Surgical Week del inglés o ISW) dedicada al cáncer y a la cirugía de mamas, se señalaron como ejemplos significativos de programas nacionales de OBS, entre otros, los de la India y el de Sudáfrica.

La India comenzó el programa de cirugía oncoplástica en 1998 con una proporción poblacional del cáncer de mama, principalmente en las áreas urbanas, de 33,4 por 100,000 habitantes; también a la mayoría de las pacientes se les diagnosticaba el cáncer de mama en una etapa localmente avanzada debido a la falta de un programa organizado de detección (5). En sus inicios se ofrecieron una variedad de procedimientos de OBS que llegaba a incluirla mastectomía conservadora de la piel y la reconstrucción autóloga total o parcial de la mama (71). Se ha reconocido que la tasa de aceptación para la oncoplastia mamaria en la India ha alcanzado el 80% (33), principalmente en las áreas urbanas, así como que la mayoría de las pacientes ha optado por la reconstrucción primaria evitando una segunda cirugía. De igual forma, se ha preferido por las pacientes en la India el procedimiento de uso de un miniflap de dorsal ancho sobre la reconstrucción total dada la simplicidad del procedimiento (72).

Por su parte, en Sudáfrica el programa de la OBS comenzó en 1995 donde el cáncer de mama es el más común con una de cada 26 mujeres diagnosticadas de esta enfermedad (5). El procedimiento de reemplazo de volumen es la forma más común de OBS y en relación a la reconstrucción autóloga las solapas pediculadas se usan con más frecuencia que las solapas libres, cuyo uso no es parte de las competencias de la mayoría de los cirujanos plásticos (5). En centros con capacidad de procedimientos microvasculares el uso más común de colgajo

libre es el DIEP. La aplicación de la OBS en Sudáfrica ha incluido auditorías orientadas tanto a la seguridad oncológica como a la aceptación de los resultados estéticos de la intervención, constándose que no ha habido en lo oncológico menoscabo de los estándares de seguridad en cuanto a margen de resección, demora de la radioterapia o de recurrencia (73), y también un aumento significativo de la satisfacción de las pacientes con el resultado estético de este tratamiento (74).

En el área de Latinoamérica un estudio importante realizado en México por Sherwell et al. (6) en el periodo del 2010 al 2013 concluyó que, desde una perspectiva oncológica, con la cirugía oncoplástica fue posible tratar tumores de mayor tamaño que con la cirugía conservadora convencional. También que la tasa de recurrencia en la cirugía oncoplástica fue de 2 a 7%, sin que hubiera, a su vez, recurrencias locales, mientras que para la cirugía conservadora convencional fue del 10 al 14%. Otro aspecto de interés en el estudio mencionado es que no fueron requeridas transfusiones, siendo las tasas de complicaciones similares para ambos grupos, o sea, de 16,8 % para la intervención convencional y de 18,4% para la cirugía oncoplástica. Coincidiendo con otros estudios, se demostró además en Sherwell et al. que la cirugía oncoplástica tiene una mejor aceptación por parte de las pacientes dado el resultado estético significativo de este procedimiento y con ello el menor impacto en la vida cotidiana de las mujeres (6).

Debemos mencionar que para medir el grado de predisposición a aceptar una cirugía, de la literatura disponible revisada, no encontramos una escala o cuestionario específico; la conclusión a la que podemos llegar es que se puede diseñar un formulario específico, que dependerá del contexto, del objetivo de estudio y de las necesidades particulares.

Basándonos en todos los elementos revisados y expuestos aquí, mediante nuestra investigación nos planteamos analizar la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica en las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA de Cuenca-Ecuador, recopilando información de las siguientes variables: edad, estado civil, instrucción, ocupación, residencia, nivel económico, etnia, resultado estético y severidad de la enfermedad.

Capítulo III

3 Hipótesis y objetivos

3.1 Hipótesis

En SOLCA Cuenca en el período de enero a diciembre 2022 se realizaron 111 cirugías por cáncer de mama, de las cuales el 75.68% fueron mastectomías, 15.32% cuadrantectomías y 9% lumpectomías. Del 75.68% de mastectomías solo el 2.38% de mujeres se realizó la cirugía de reconstrucción de mama y nos cuestionamos este bajo porcentaje de pacientes que acuden a esta reconstrucción.

Con estos antecedentes se plantea la siguiente hipótesis:

La predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica es mala en más del 50% (se decidió por este porcentaje como opción de máxima variabilidad, ya que no encontramos estudios relacionados a este tema) de las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA de Cuenca-Ecuador durante el periodo de agosto-octubre de 2023, y está asociada a mayor edad, bajo nivel de instrucción, estado civil solas, etnia mestiza, sin ocupación, bajo nivel económico, menor severidad de la enfermedad, y ningún resultado estético esperado.

3.2 Objetivos de la investigación

3.2.1 Objetivo General

Determinar la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y sus factores asociados en las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto-octubre de 2023.

3.2.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de la población de estudio según edad, estado civil, instrucción, ocupación, nivel económico y etnia.
- Determinar el nivel de predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.
- Determinar el grado de asociación entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y los factores asociados: edad, instrucción, etnia, residencia, ocupación, nivel económico, resultado estético y severidad de la enfermedad.

Capítulo IV

4 Diseño metodológico

4.1 Área de estudio

El estudio se realizó en el Instituto del Cáncer SOLCA de Cuenca-Ecuador, cuya misión es: prevenir, diagnosticar y tratar a los pacientes de cáncer con equidad, eficiencia y calidad; para ello cuenta con personal altamente especializado, con equipos y tecnología de punta e instalaciones modernas de nivel mundial.

4.2 Tipo de estudio

La investigación es de tipo analítico, transversal y cuantitativa.

4.3 Universo y muestra

4.3.1 Universo

La población constituyeron las pacientes de consulta externa de SOLCA Cuenca-Ecuador. Por el régimen de ingreso de las pacientes a consulta, se previó una población objeto de análisis de $N \approx 600$.

4.3.2 Muestra

Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Nz^2 (p.q)}{e^2 (N-1) + z^2 (p.q)}$$

Donde:

N: tamaño de la población (N=600).

Z: valor que depende del nivel de confianza que se desea (Z=1,645 para 90% de nivel de confianza).

e: error que se desea en la estimación (e=0,05).

0,5: valor adoptado al desconocerse la proporción poblacional.

Por ello:

n= 187

4.4 Técnica de muestreo

Una vez obtenida la autorización, se inició y se continuó secuencialmente hasta completar el tamaño de la muestra.

4.4.1 Criterios de selección

4.4.2 Criterios de inclusión

- a. pacientes con cáncer de mama que aceptaron participar en el estudio, y
- b. pacientes mayores de edad.

4.4.3 Criterios de exclusión

- c. pacientes que se arrepintieron de ingresar o desistieron de continuar en el estudio.

4.5 Variables

4.5.1 Jerarquización de variables

Las variables definidas para la investigación fueron las siguientes:

- Independientes: resultado estético, severidad de la enfermedad.
- Dependiente: predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica.
- Moderadoras: edad, estado civil, instrucción, ocupación, residencia, etnia, niveleconómico.

4.5.2 Operacionalización de variables

La operacionalización de las variables se hizo con base a las categorías siguientes: 1) variable; 2) definición de la variable; 3) dimensiones; 4) indicador; y 5) escala de medida. La tabla 6 (ver anexo 1) muestra la operacionalización de las variables.

4.6 Método, técnica e instrumentos

4.6.1 Método

Observacional.

4.6.2 Técnica

Aplicación de encuestas.

4.6.3 Instrumento

Para la recolección de los datos se utilizó un formulario elaborado por las autoras, validado por expertos: profesor de oncología, cirujano oncólogo y psicólogo clínico.

4.7 Procedimiento, capacitación y supervisión

4.7.1 Procedimiento

La información a recopilar fue de tipo breve, cuidando el anonimato, informando con detenimiento y detalle la finalidad del estudio, así como la posibilidad de realizar preguntas sobre cualquier duda en relación a los ítems. Se recibieron los formularios completados en la medida que las acudían secuencialmente a la consulta externa de SOLCA de Cuenca-Ecuador.

4.7.2 Capacitación

Las autoras se capacitaron mediante la aprobación de las asignaturas de metodología de la investigación, bioestadística, oncología y de salud mental.

4.7.3 Supervisión

Se contó con la supervisión del director de tesis.

4.8 Plan de tabulación y análisis

Los datos se procesaron y analizaron mediante el software IBM SPSS (Statistical Package for Social Sciences), versión 26, realizándose un análisis estadístico de tipo descriptivo mediante frecuencias absolutas y relativas (porcentajes), medidas de tendencia central (media) y de dispersión (desviación estándar). Para analizar la relación de la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplastica y los factores estudiados se obtuvo el Odds Ratio con su Intervalo de Confianza al 95% y se determinó el nivel de asociación mediante el Chi cuadrado, considerando estadísticamente significativa a un p-valor < 0,05.

4.9 Aspectos éticos

Este estudio precauteló el respeto a las personas que participaron en el estudio, mediante la aplicación del principio de justicia, propendiendo que todas las personas sean parte del estudio, incluyendo en el estudio secuencialmente a partir de la aprobación del estudio.

El beneficio que generó el estudio para las personas, consistió en que al identificar una nula predisposición hacia la cirugía, se recomendó buscar apoyo médico y psicológico para lograr aceptación para no dejar pasar mucho tiempo y no permitir que la enfermedad se vuelva irreversible.

Se respetó la autonomía de las personas que participaron en el estudio de manera directa, mediante un procedimiento idóneo de obtención del consentimiento informado, entregando los formularios en una oficina con privacidad, leyendo con pausa y claridad el documento, dando tiempo suficiente de 15 minutos, para que analicen y piensen su resolución, contestando todas las inquietudes que tuvo la paciente. El Consentimiento informado fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca.

Se anonimizó los formularios mediante el uso de códigos, no se obtuvo nombre, cédula o número de historia clínica; los formularios se guardaron en un archivador bajo llave, y la base de datos se protegió con contraseña, mismas que estuvieron en resguardo y custodia de la investigadora principal. Al finalizar el proyecto, una vez obtenida la calificación del trabajo de titulación, los formularios serán destruidos y la base de datos será eliminada.

En todo momento se resguardó la seguridad, bienestar, libertad de participación y de retiro voluntario del estudio, y en caso que esto no se dio, no se afectó la continuidad de atención en SOLCA de Cuenca.

Los riesgos potenciales fueron mínimos para las participantes, los que pudieron ser que ante una pregunta, por su nivel de educación o cultura pudieron mal interpretar y generar ansiedad por preocupación por alguna repercusión que no existió. Los beneficios para las personas consistió en que podían conocer su nivel de predisposición a la cirugía oncológica, y de acuerdo a ello podían evidenciar la necesidad o no de buscar apoyo psicológico para lograr la aceptación de la cirugía.

La muestra para el estudio garantizó la justicia y la no discriminación de las personas potencialmente incluíbles en el estudio, y también se protegió a la población vulnerable o en situación de vulnerabilidad.

Se precauteló la idoneidad ética y experticia técnica de las investigadoras al haberse

capacitado adecuadamente y tener la supervisión del director de la tesis.

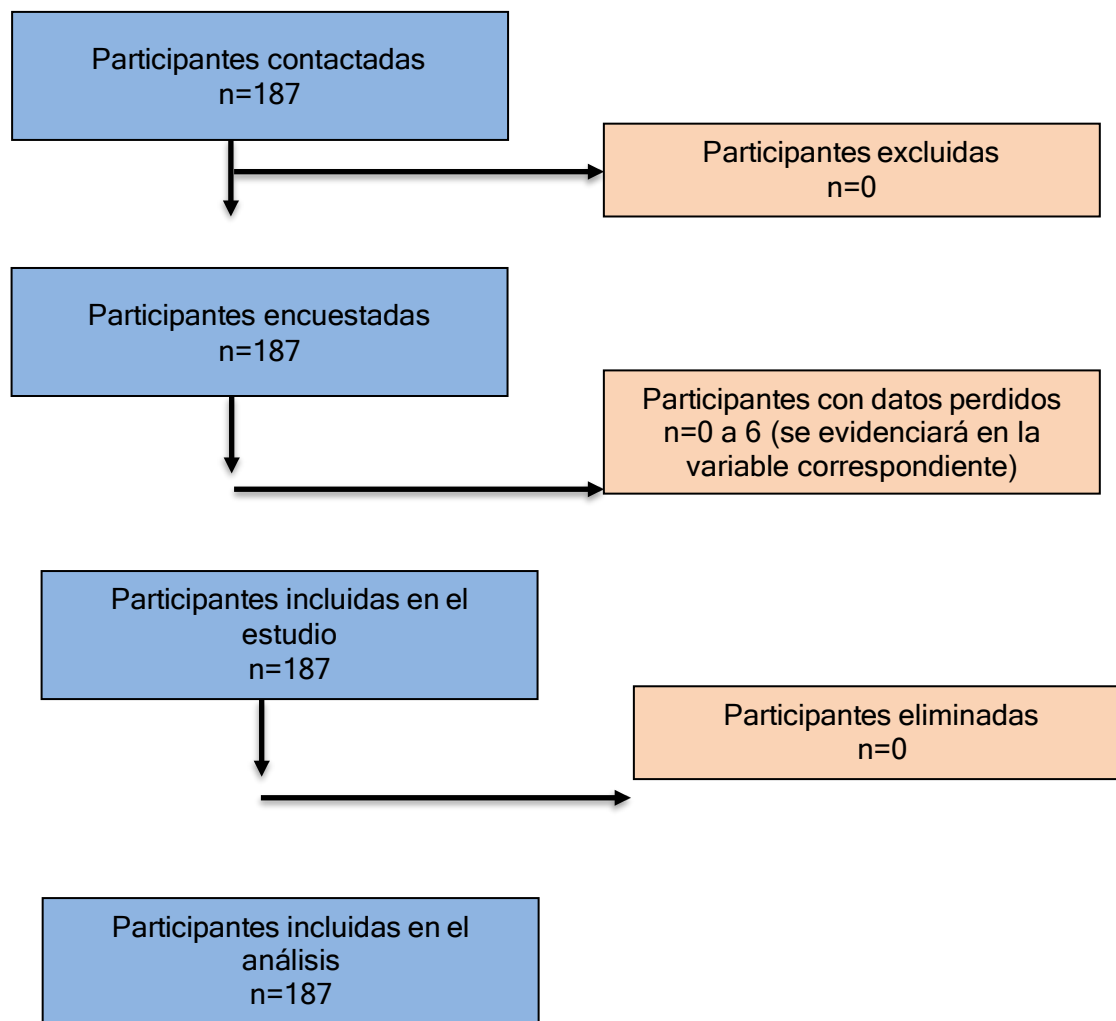
Las investigadoras declaran no tener conflicto de interés de tipo económico, legal, social, familiar, ni de ninguna otra índole.

Capítulo V

5 Resultados

La población de estudio estuvo conformada por 187 mujeres, en proceso de cirugía de reconstrucción oncoplástica de mama, que asistían a la consulta externa del hospital de SOLCA de Cuenca-Ecuador.

Figura 1. Flujograma de las participantes



Elaboración: autoras

5.1 Características sociodemográficas de la población de estudio

Para las pacientes que participaron en el estudio, referente a la edad, se establecieron los intervalos siguientes para facilitar el análisis tanto descriptivo como de asociación:

- 1) hasta 35 años

- 2) de 36 a 65 años, y
3) de 66 años en adelante.

Tabla 1. Participantes según características sociodemográficas (n=187)

Variable	Categorías	Frecuencia	Porcentaje
Edad en años*	Hasta 35	19	10.2
	36 - 65	117	62.6
	66 o más	51	27.3
Instrucción	Ninguna	3	1.6
	Primaria	64	34.2
	Secundaria	71	38.0
	Superior	47	25.1
	Otro	1	.5
	Perdidos	1	.5
Estado civil	Soltera	34	18.2
	Relación de hecho	15	8.0
	Casada	105	56.1
	Viuda	15	8.0
	Divorciada	17	9.1
	Perdidos	1	.5
Nivel socioeconómico	Alta	17	9.1
	Media	144	77.0
	Baja	20	10.7
	Perdidos	6	3.2

* \bar{X} 54.7, DE: 14.8

Fuente: base de
datos.

Elaboración:
autoras.

La población estudiada tuvo de 54,7 con DS de 14,8 años; el grupo etario entre 36 a 65 años

Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia - María Elisa Torres Lazo

fue el predominante con 62.6% (n=117). El nivel de instrucción secundaria representa el 38% (n=71) de la población. El estado civil casada fue del 56,1% (n=105). El nivel socioeconómico medio fue del 77% (n=144); esta variable tuvo 6 datos perdidos. En relación a las ocupaciones de las encuestadas, se registraron 32 tipos, siendo las de mayor presencia la de ama de casa en 44,9% (n=84) y la de comerciante con 11,8% (n=22). En cuanto a residencia, las participantes provenían de las provincias de la zona 6 de salud (provincias de Azuay, Cañar y Morona Santiago), siendo más del 95% del área urbana de Cuenca. El 99.5% (n=186) de casos correspondió a la etnia mestiza.

5.2 Severidad del cáncer

Las variables independientes: severidad del cáncer basada en los estadios (leve: estadio I; moderada: estadio II; grave: estadio III; severa: estadio IV) según la clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer y resultado estético esperado, fueron analizadas en el grupo de estudio, obteniendo los siguientes resultados.

Tabla 2. Participantes según severidad del cáncer (n=187)

	Frecuencia	Porcentaje
Leve (estadio I)	39	20.9
Moderada (Estadio II)	33	17.6
Grave (Estadio III)	71	38.0
Severa (Estadio IV)	43	23.0
Total	186	99.5
Perdidos	1	.5

Fuente: base de
datos.

Elaboración:
autoras.

La mayor frecuencia del cáncer de mama en las encuestadas, es la de estadio grave o nivel III, con 38% (n=71).

El resultado estético esperado se encontró en 28,9% (n=54) de las participantes con predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplastica; las demás causas por las cuales las pacientes se realizan la cirugía se presentan en el siguiente acápite.

5.3 Predisposición a la cirugía de reconstrucción oncológica

En cuanto a la predisposición a la cirugía oncológica el 57,2% (n=107) de las encuestadas señalaron que no están dispuestas.

Tabla 3. Predisposición a la cirugía de reconstrucción oncológica (n=187)

	Frecuencia	Porcentaje
Si	80	42.8
No	107	57.2
Total	187	100.0

Fuente: base de datos.

Elaboración: autoras.

Las causas o razones por las cuales estarían dispuestas a aceptar o no la cirugía de reconstrucción oncológica fue determinada mediante una pregunta abierta, las que una vez depuradas en la base de datos, codificadas y tabuladas, se encontró las siguientes respuestas.

Tabla 4. Relación entre las razones y la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncológica (n=187)

	Si	No	Total
Autoestima	14	0	14
Ayuda ánimo	2	0	2
Economía	0	25	25
Edad	0	1	1
Edad/religión	0	1	1
Esposo	2	0	2
Estética	54	0	54
Mejor imagen	7	0	7
Miedo	0	17	17
No más cirugía	0	6	6
No necesario	0	39	39
Psicología	1	0	1
Religión	0	18	18
Total	80	107	187

Fuente: base de datos. Elaboración: autoras.

Las razones de mayor frecuencia para una respuesta afirmativa hacia la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica son: “estética” (54 encuestadas) y, “autoestima” (14 encuestadas) y “mejor imagen” (7 encuestadas).

Por su parte, las razones de mayor frecuencia para una respuesta negativa hacia la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, fueron: “no necesario” el procedimiento (39 encuestadas), “economía” (25 encuestadas) y, “miedo” (17 encuestadas).

5.4 Asociación entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y las variables: edad, instrucción, etnia, residencia, ocupación, nivel económico, resultado estético y severidad de la enfermedad

Para determinar la asociación entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y las variables estudiadas, en primer lugar se obtuvo el Odds Ratio con su Intervalo de Confianza al 95% y su nivel de significancia mediante el Chi cuadrado, considerando estadísticamente significativa a un p-valor < 0,05.

Por otro lado, se obtuvo el coeficiente de contingencia como prueba complementaria, en donde:

- Entre 0 y 0.10: correlación inexistente
- Entre 0.10 y 0.29: correlación débil
- Entre 0.30 y 0.50: correlación moderada
- Entre 0.50 y 1.00:

correlación fuerte Para este estudio, se estableció como valor de corte: > 0.30.

Tabla 5. Asociación entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y las variables estudiadas*

Variables	Categorías	Predisposición		OR	IC 95%	p
		n				
		SI (n=80) n (%)	NO (n=107) n (%)			
Edad en años	≤ 35	17 (89.5)	2 (10.5)	14.1 6	3.16-63.37	0**
	36-65	59 (50.4)	58 (49.6)	2.37	1.26-4.44	0.00
	≥ 66	4 (7.8)	47 (92.2)	0.06	0.02-0.19	0**
Instrucción	Primaria	9 (14.1)	55 (85.9)	0.11	0.05-0.29	0
	Secundaria	32 (45.1)	39 (54.9)	1.14	0.63-2.07	0.65
	Superior	38 (80.9)	9 (19.1)	9.75	4.33-21.95	0
Estado civil	Soltera	18 (52.9)	16 (47.1)	1.67	0.79-3.54	0.17
	Relación de hecho	8 (53.3)	7 (46.7)	1.60	0.55-4.64	0.37
	Casada	43 (41)	62 (59)	0.86	0.48-1.55	0.63
	Viuda	1 (6.7)	14 (93.3)	0.08	0.01-0.66	0.00 *
	Divorciada	9 (52.9)	8 (47.1)	1.59	0.58-4.32	0.35
Nivel socioeconómico	Alta	7 (41.2)	10 (58.8)	0.89	0.32-2.46	0.82
	Media	68 (47.2)	76 (52.8)	2.58	1.48-4.48	0.00
	Baja	4 (20)	16 (80)	0.28	0.09-0.89	0.02 *
Ocupación	Ama de casa	22 (26.2)	62 (73.8)	0.33	0.14-0.77	0.00
	Comerciante	8 (36.4)	14 (63.6)	1.17	0.44-3.10	0.73
	Docente	9 (81.8)	2 (18.2)	11.1	2.26-54.4	0.00 *
Etapa clínica	Leve	25 (64.1)	14 (35.9)	2.98	1.43-6.22	0.00
	Moderada	20 (60.6)	13 (39.4)	2.38	1.10-5.15	0.02
	Grave	26 (36.6)	45 (63.4)	0.65	0.35-1.19	0.16
	Severa	9 (20.9)	34 (79.1)	0.26	0.12-0.60	0.00

*Las variables con al menos una categoría o las categorías con recuento 0, no fueron analizadas (incluye las otras ocupaciones, etnia y las causas de la predisposición)

** Chi cuadrado por corrección de continuidad de Yates (para recuentos de ≤ 5) Fuente: base de datos

Elaboración: los autores

Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre predisposición a la

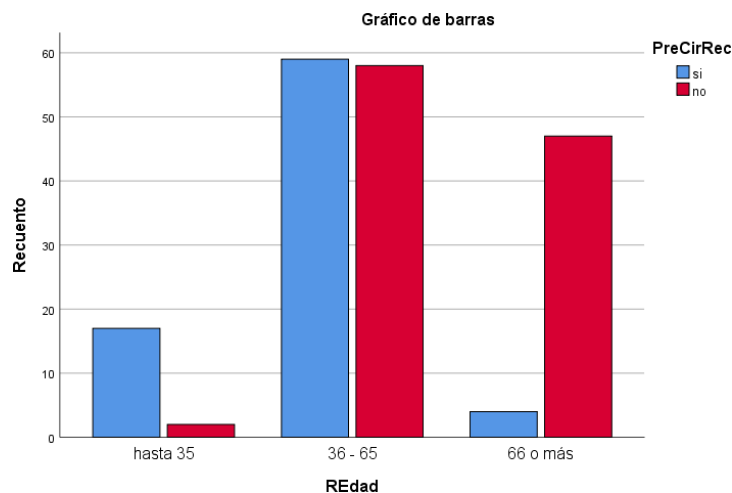
cirugía de reconstrucción oncoplástica y edad menor o igual a 35 años (OR 14.16, IC95% 3.16-63.37, $p=0$), edad entre 36 a 55 años (OR 2.37, IC95% 1.26-4.44, $p=0.00$), instrucción superior (OR 9.75, IC95% 4.33-21.95, $p=0$), nivel socioeconómico medio (OR 2.58, IC95% 1.48-4.48, $p=0.00$), ocupación docente (OR 11.1, IC95% 2.26-54.4, $p=0.00$), severidad leve (OR 2.98, IC95% 1.43-6.22, $p=0.00$), y severidad moderada (OR 2.38, IC95% 1.10-5.15, $p=0.02$).

En cambio, se puede apreciar una asociación estadísticamente significativa entre no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y edad igual o mayor de 66 años (OR 0.06, IC95% 0.02-0.19, $p=0$), instrucción primaria (OR 0.11, IC95% 0.05-0.29, $p=0$),

estado civil viuda (OR 0.08, IC95% 0.01-0.66, $p=0.00$), nivel socioeconómico bajo (OR 0.28, IC95% 0.09-0.89, $p=0.02$), ocupación ama de casa (OR 0.33, IC95% 0.14-0.77, $p=0.00$) y en cuanto a severidad, la severa (OR 0.26, IC95% 0.12-0.60, $p=0.00$).

En la siguiente parte, presentamos mediante gráficos, la relación de contingencia entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y las variables de interés: severidad de la enfermedad, edad e instrucción.

Figura 2. Relación de contingencia entre predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y edad

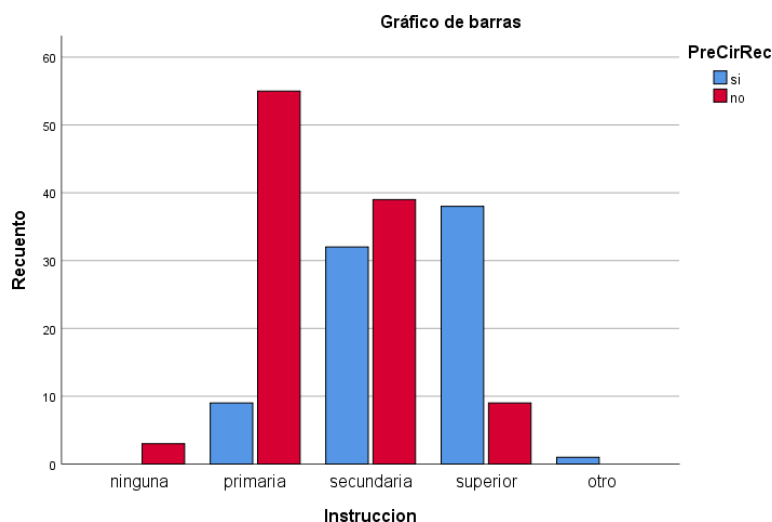


Chi-cuadrado de Pearson: 45.15, Significación asintótica (bilateral): 0.00, Coeficiente de contingencia 0.441

Fuente: base de datos. Elaboración: autoras.

En el intervalo de edad de hasta 35 años es significativamente mayor la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, siendo similar la predisposición y no predisposición en el intervalo de 36 a 65 años, y se vuelve predominante la no predisposición en el intervalo de mayor a 66 años de edad; el valor de Chi cuadrado con una $p=0.00$, indica que la relación es estadísticamente significativa; y el coeficiente de contingencia entre estas variables nos indica que la relación es moderada.

Figura 3. Relación de contingencia entre predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica e instrucción



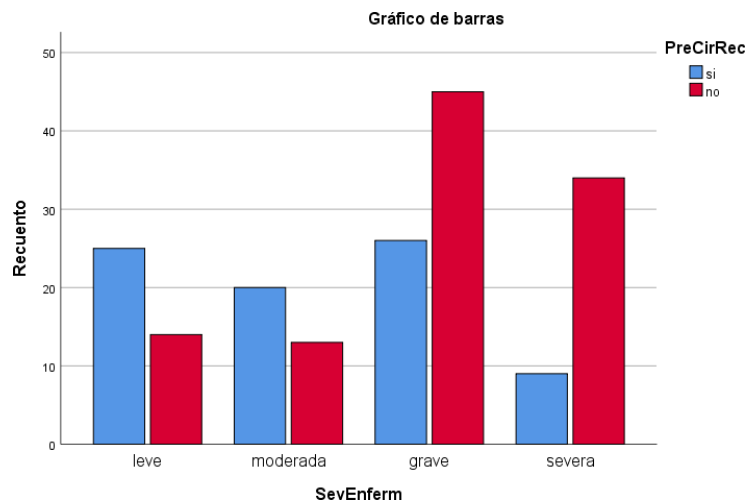
Chi-cuadrado de Pearson: 53.05, Significación asintótica (bilateral): 0.00, Coeficiente de contingencia 0.471

Fuente: base de datos.

Elaboración: autoras.

La aceptación a la cirugía de reconstrucción oncoplástica aumenta a medida que lo hace el nivel de instrucción; el valor de Chi cuadrado con una $p=0.00$, indica una relación estadísticamente significativa; y el coeficiente de contingencia entre estas variables nos indica que la relación es moderada.

Figura 4. Relación de contingencia entre predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y severidad de la enfermedad



Chi-cuadrado de Pearson: 20.98, Significación asintótica (bilateral): 0.00, Coeficiente de contingencia 0.318

Fuente: base de datos.

Elaboración: autoras.

Existe una tendencia de que a menor severidad hay mayor aceptación a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, y viceversa a mayor severidad resulta menor aceptación; el valor de Chi cuadrado con una $p=0.00$, indica una relación estadísticamente significativa; y el coeficiente de contingencia entre estas variables nos indica que la relación es moderada.

En este estudio no se encontró relación estadísticamente significativa entre la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica con el estado civil, el nivel socioeconómico, ocupación, etnia y el resultado estético esperado.

5.5 Contrastación de Hipótesis

De acuerdo con los resultados obtenidos en la presente investigación, podemos aceptar la hipótesis propuesta con respecto a la no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, siendo esta mayor al 50% (el porcentaje encontrado en nuestro estudio de del 57.2%).

Además, se acepta la hipótesis propuesta en relación a la asociación entre la no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica con ser mayor de edad, bajo nivel de instrucción, estado civil viuda y bajo nivel socioeconómico. Se rechaza la hipótesis

propuesta en relación a etnia, ocupación, severidad del cáncer y resultado estético esperado.

Capítulo VI

6 Discusión

El cáncer de mama es una de las enfermedades más prevalentes en mujeres a nivel mundial, dentro de su tratamiento se debe considerar no solo la eliminación del cáncer sino también los resultados posteriores que pueden afectar al estado psicológico de la paciente y en consecuencia su calidad de vida; para conseguir este resultado, es menester que la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica se presente oportunamente en las pacientes. El fin de la presente investigación fue determinar la predisposición de las pacientes con cáncer de mama en SOLCA de Cuenca-Ecuador a la cirugía de reconstrucción oncoplástica y determinar si hay relación estadísticamente significativa a los factores asociados planteados.

En nuestro estudio se determinó que la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica es baja con un 42,8%, versus el 57,2% de mujeres que no estaban dispuestas a la reconstrucción como parte del tratamiento.

La población de nuestro estudio que presentó predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, mayoritariamente proviene del área urbana, lo cual es similar a lo que refiere Deo, de que no hay aversión en las pacientes por este procedimiento, siendo mayor la motivación en las mujeres de locaciones urbanas (4); lo mismo refiere Malycha que hay un aumento significativo de la satisfacción de las pacientes provenientes del área urbana (5).

En nuestro estudio se encontró que el bajo nivel educativo: el 85.9% de las que tenían instrucción primaria (n=55) y el estado civil: el 93.3% de las viudas (n= 55) se relacionó con no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, lo cual se relaciona con el reporte de Sigrunn (19) que refiere que el bajo nivel educativo y estado civil soltera/divorciada/viuda se relacionaron con un mayor uso de defensas cognitivas, usan un estilo defensivo hostil y tienden a recibir escaso apoyo social, lo cual hace que se presente una mala predisposición a la cirugía.

Así mismo, en nuestro estudio, en relación a la ocupación, el 81.8% de las docentes (n=9), es decir las pacientes con mejor nivel educativo se relacionó con predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, lo cual se relaciona con el reporte de Sigrunn (19) que refiere que el bajo nivel educativo se relacionan con una mala predisposición a la cirugía.

Nuestros datos indican que las pacientes en el intervalo de edad hasta 35 años tienen una aceptación significativamente mayor que los otros grupos de edad estudiados; así mismo las pacientes de clase socioeconómica media y las pacientes con enfermedad leve a moderada presentan una mejor predisposición, mientras que las pacientes con enfermedad grave a severa no están dispuestas a realizarse la cirugía; por otro lado, nuestra investigación recogió

información sobre residencia y la etnia, no encontrándose asociación estadísticamente significativa con la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica. No se encontró en el estado del arte revisado hasta la realización del presente informe, datos sobre estas variables sociodemográficas que permitan contrastar con nuestros hallazgos.

En cuanto a las razones para la aceptación de la cirugía de reconstrucción oncoplástica, en nuestro estudio encontramos: autoestima, ayuda al ánimo, motivación de esposo, estética, mejor imagen y por causa psicológica, todo lo cual se relaciona con lo manifestado por el modelo de Mendoza y Valenzuela (14), el modelo de Prochaska y DiClemente (15), el modelo de apoyo social citado por Barrón (16) y el modelo de calidad de vida relacionada con la salud mencionado por Visbal (17).

En lo referente a las razones de no aceptación de la cirugía en nuestro estudio encontramos: economía, religión, edad, miedo, no más cirugías, lo cual se relaciona en su mayor parte con lo mencionado por Rojas (7) y Ganz (8) que menciona que los motivos más comunes por los cuales algunas personas pueden estar no dispuestas a aceptar una cirugía son: miedo y ansiedad, falta de información, temor a los riesgos y complicaciones, creencias culturales o religiosas, preferencia por tratamientos no invasivos, costo, experiencias previas negativas, dudas sobre el diagnóstico, falta de soporte familiar o social, entre las más importantes.

En lo que tiene que ver con las emociones que influyen en la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, en nuestro estudio se encontró que el 9% (n=19) no aceptaron la cirugía debido al miedo, lo cual se relaciona con lo manifestado por Baquerizo (23) de que las principales reacciones o respuestas emocionales en contra de la aceptación de la cirugía pueden ser de tipo melancólico, fóbica, histérica u obsesiva; por su parte, Dinapoli (24) también resalta la experimentación de múltiples síntomas psicológicos concurrentes durante la atención del cáncer, como: angustia, ansiedad, depresión o deterioro cognitivo; finalmente García (25) menciona que las pacientes con cáncer de mama, previo a la cirugía radical presentan reacciones de miedo, ansiedad, depresión y estrés. Todas estas reacciones condicionan la predisposición al procedimiento quirúrgico.

En relación a las condiciones quirúrgicas que determinan la predisposición o no de la cirugía de reconstrucción oncoplástica, en nuestro estudio encontramos que el 3.2% (n=6) de las pacientes que se refirieron a este aspecto, no estarían dispuestas, lo cual se relaciona a lo que refiere Lozano (20) de que las condiciones quirúrgicas que determinan la aceptación son las percepciones que tienen las pacientes de la cirugía como procedimiento riesgoso y de la calidad de los resultados quirúrgicos.

Un resultado interesante es la religión relacionada a la predisposición o no de la cirugía de reconstrucción oncoplástica, en nuestro estudio se encontró que en el 10.2% (n=19) de casos

que hicieron mención a este tema, reportaron que la religión incluyó en la no aceptación del procedimiento, lo cual es contrario al estudio de Stanton (21) que refiere que afrontar la situación quirúrgica recurriendo a la religión sería más eficaz.

En relación a la aceptación de la cirugía de reconstrucción oncoplástica por el resultado estético esperado, los resultados de nuestro estudio no se equiparan con los del estudio de Sherwell et al. (6), que demostró que la cirugía oncoplástica tiene una alta tasa de aceptación debido al buen resultado estético de la misma, frente al 28.8% (n=54) de nuestro estudio; de la misma manera Robin (22) resalta la aceptación de la cirugía para lograr el mantenimiento de la función y la apariencia física. Este tema es muy importante ya que debido al creciente número de técnicas y procedimientos quirúrgicos con el devenir de la inteligencia artificial actual y al impacto psicológico del cáncer de mama, la reconstrucción mamaria se considera como parte necesaria del tratamiento de las pacientes para preservar su funcionalidad y su calidad de vida, por lo que la demanda de la cirugía de reconstrucción oncoplástica ha tenido además un aumento considerablemente en los últimos años fomentándose el desarrollo de nuevas técnicas reconstructivas, sin embargo poco se ha estudiado la predisposición a la cirugía y los factores que condicionan favoreciendo o limitando la decisión de las pacientes.

Limitaciones del estudio: Una limitación que podría plantearse es el diseño de realización del estudio, ya que se trató de una investigación de corte transversal que, aunque se relacionaron las diferentes variables en un período determinado específico, esto no permite comprobar los posibles cambios en relación a la predisposición en un período que pueda permitir descartar variables de confusión como el reciente diagnóstico o la influencia de algunas complicaciones físicas postoperatorias, que sabemos pueden modificarse o presentarse a lo largo del tiempo. Por otro lado, un estudio transversal obtiene los resultados en un momento dado, que puede tener la influencia de un evento fortuito y por ende no sea el resultado real, sino uno transitorio.

También es una limitación realizar encuestas y aplicando cuestionarios a poblaciones que pudieran estar cursando con dolor u otras molestias que pudieran influir en las respuestas generando sesgos.

Implicaciones para la práctica: determinar precozmente la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, ayudará a los profesionales de la tomar medidas y apoyo para fomento de la predisposición y con ello contribuir a mejorar la calidad de vida de las pacientes en proceso de reconstrucción oncoplástica.

Capítulo VII

7 Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

- La edad predominante de la población de estudio fue de 36 a 65 años, de instrucción secundaria, estado civil casada, nivel socioeconómico medio, residencia urbana y etnia mestiza.
- La etapa clínica predominante de la enfermedad fue el estadio IV (metástasis), lo que lleva a que este grupo de pacientes no tengan una buena aceptación a la cirugía debido a mal pronóstico de la enfermedad básica, que tiene una gran influencia en la toma de decisión.
- La no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica fue la predominante.
- Las tres razones más frecuentes para la predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica fueron la estética, la autoestima y la mejor imagen. Las tres razones para la no predisposición a la cirugía de reconstrucción oncoplástica fueron el considerar que no era necesario, el aspecto económico y el miedo.
- Paciente con nivel de instrucción superior tienen mayor aceptación de la cirugía de reconstrucción, sin embargo, el factor económico es un impedimento para continuar con la misma.

7.2 Recomendaciones

Es importante dar atención a los aspectos emocionales y psicológicos de las pacientes con cáncer de mama, de manera específica a la cirugía de reconstrucción oncoplástica, y dados los escasos estudios referentes a esta temática, se recomienda:

- Implementar programas de intervención para las pacientes en proceso de preparación para la cirugía de reconstrucción oncoplástica, con el objetivo de lograr una mejor predisposición a la cirugía
- Realizar estudios de cohorte prospectivos que recopilen datos sobre sus decisiones de tratamiento, incluida la aceptación o rechazo de la cirugía oncoplástica, además se deben hacer estudios retrospectivos para analizar las decisiones de tratamiento pasadas de las pacientes con cáncer.
- Por otro lado, se recomienda realizar entrevistas cualitativas que impliquen interrogatorios a profundidad con pacientes, sus familias y profesionales de la salud para comprender mejor las razones detrás de la predisposición a aceptar

o rechazar la cirugía.

- Finalmente se recomienda realizar análisis de datos de registros nacionales o bases de datos de hospitales para examinar patrones de tratamiento y determinar la tasa de predisposición o no de la cirugía oncológica en diferentes poblaciones y regiones (Costa, sierra, oriente, región insular) ya que vemos reflejada que nuestra interculturalidad incide mucho en la decisión quirúrgica.

Referencias

1. Ramos Águila Yisel de la Caridad, Marimón Torres Eugenia Rita, Crespo González Caridad, Junco Sena Bárbara, Valiente Morejón Wilfredo. Cáncer de mama, su caracterización epidemiológica. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2015 Ago [citado 2023 Sep 26]; 19(4): 619-629. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000400006&lng=es.
2. Villarreal CSP. La cirugía oncoplástica en cáncer de mama. *Rev Mex Mastol.* 2014;4(2):45-51.
3. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Revista médica de Chile.* 2010; 138(3): 358-365.
4. Deo SVS, Samaiya A, Shukla NK, et al. Breast conservation therapy for breast cancer: patient profile and treatment outcome at a tertiary care cancer centre. *Natl Med J India.* 2005; 18(4):178–181.
5. Malycha PL, Gough IR, Margaritoni M, et al. Oncoplastic breast surgery: a global perspective on practice, availability, and training. *World journal of surgery.* 2008; 32: 2570-2577.
6. Sherwell Cabello S, Maffuz Aziz A, Villegas Carlos F, et al. Factibilidad y resultado estético de la cirugía oncoplástica en el tratamiento de cáncer de mama. *Cirugía y Cirujanos.* 2015; 83(3): 199-205.
7. Rojas C y Gutiérrez Y. *Psicooncología: enfoques, avances e investigación.* Nueva Mirada ediciones. Universidad Católica de Maule, 2017.
8. Ganz, P. A. Psychological and social aspects of breast cancer. *Oncology.* 2008; 22: 642-653.
9. Bonome M. *La racionalidad en la toma de decisiones: análisis de la teoría de la decisión de Herbert A. Simon,* 1ª ed. Editorial Netbiblo, 2009.
10. Mazouni C, Naveau A, Kane A, et al. The role of oncoplastic breast surgery in the management of breast cancer treated with primary chemotherapy. *The Breast.* 2013; 22(6): 1189-1193.
11. Consiglio E, Belloso WH. Nuevos indicadores clínicos. *La calidad de vida relacionada con la salud. Medicina;* 2003, 63(2): 172-178.
12. Ministerio de Salud Pública. *Prioridades de investigación en salud, 2013-2017.* Dirección de inteligencia de la salud. Quito. 2013.
13. Instituto del Cáncer SOLCA-Cuenca. *Líneas de investigación.* Cuenca, 2023.
14. Mendoza P, Jofre A y Valenzuela S. *La toma de decisiones en salud y el modelo conceptual de Ottawa.* *Invest. Educ. enfer* 2006; 24(1): 86-92.

16. Cabrera A. El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. 2000;18(2):129-138. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12018210>
17. Barrón A y Sánchez E. Estructura social, apoyo social y salud mental. 2001. Versión online, extraído el 21/09/2023 desde <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2006052>
18. Visbal G. Autonomía del paciente frente a su enfermedad. *Salud, Barranquilla* [Internet]. 2007 Oct [cited 2023 Sep 21]; 23(2): 317-325. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522007000200016&lng=en.
19. Urzúa M. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2010 Mar [citado 2023 Sept. 21]; 138(3): 358-365. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000300017&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000300017>.
20. Sigrunn D. y Torill Ch. Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. Bergen University College, Bergen, Norway, 2004.
21. Lozano, H. Aceptación y factores asociados a la cirugía ortognática por parte de los ortodoncistas de la ciudad de Mexicali, Baja California. (Tesis de maestría). Universidad Autónoma de Nayarit, 2009.
22. Stanton L. et. al. The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology* 11: 93–102 (2002).
23. Robin M. In the moment: women speak about surgical treatment decision making days after a breast cancer diagnosis. *Oncology Nursing Forum* Vol. 36, No. 5, September 2009.
24. Baquerizo, T. Aspectos emocionales en el paciente quirúrgico, 2013. Versión online, extraído el 21/09/2023 desde <https://es.scribd.com/doc/125439274/ASPECTOS-EMOCIONALES-EN-EL-PACIENTE-QUIRURGICO>.
25. Dinapoli, L. Psychological aspects to consider in breast cancer diagnosis and treatment. *Curr Oncol Rep* (2021) 23: 38.
26. García, E. Impacto psicosocial en la mujer sometida a mastectomía radical como tratamiento del cáncer de mama (Tesis). Universidad Católica de Murcia. Murcia, 2021.
27. Alonso J. La medida de la calidad de vida relacionada con la salud en la

- investigación y la práctica clínica. *Gaceta sanitaria*. 2000; 14(2): 163-167.
28. Roje Z, Janković S, Ninković M. Breast reconstruction after mastectomy. *Collegium antropologicum*. 2010; 34(1): 113-123.
 29. Losken A, Dugal CS, Styblo TM, et al. A meta-analysis comparing breast conservation therapy alone to the oncoplastic technique. *Ann Plast Surg*. 2014; 72(2): 145–149.
 30. Garcés M, Falla M, Mendoza Z, Cotrina J, Ruíz M. La cirugía oncoplástica de la mama: una técnica quirúrgica que mejora la calidad de vida de las pacientes. *Rev Med Hered*. 2016; 27(4): 256-263.
 31. Andritsch E, Dietmaier G, Hofmann G, et al. Global quality of life and its potential predictors in breast cancer patients: an exploratory study. *Supportive Care in Cancer*. 2007; 15(1): 21-30.
 32. Raich RM. Una perspectiva desde la psicología de la salud de la imagen corporal. *Avances en Psicología Latinoamericana*. 2004; 22: 15-27.
 33. Sebastián J, Manos D, Bueno MJ, et al. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participantes en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud*. 2007; 18(2): 137-161.
 34. Koppiker CB, Chintamani, Dixit S. Oncoplastic breast surgery in India: thinking globally, acting locally. *Indian Journal of Surgery*; 2019, 81(2): 103-110.
 35. Pirro O, Mestak O, Vindigni V, et al. Comparison of patient-reported outcomes after implant versus autologous tissue breast reconstruction using the BREAST-Q. *Plastic and Reconstructive Surgery Global Open*; 2017, 5(1): e1217.
 36. Van Bommel ACM, De Ligt KM, Schreuder K, et al. The added value of immediate breast reconstruction to health-related quality of life of breast cancer patients. *European journal of surgical oncology*; 2020, 46(10): 1848-1853.
 37. Gil Olarte P, Gil Olarte MA, Gómez Molinero R, et al. Psychosocial and sexual well-being in breast cancer survivors undergoing immediate breast reconstruction: the mediating role of breast satisfaction. *European Journal of Cancer Care*; 2022, 31(6): e13686.
 38. Pruzinsky T, Cash TF. Integrative themes in body-image development, deviance and change. New York: The Guilford Press; 1990.
 39. Rosen JC, Salzberg E, Srebnik D, et al. Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*; 1990, 3(1): 32-37.
 40. Vaquero Cristobal R, Alacid F, Muyor JM, et al. Body image: literature review. *Nutrición Hospitalaria*; 2013, 28(1): 27-35.

41. Faccio E. The corporeal identity: when self-image hurts. New York: Springer; 2013.
42. Testal JFR, Calderón MCS. Alteraciones de la imagen corporal. Madrid: Síntesis,
43. 2013.
44. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud, anexo 1. Ginebra: OMS; 1958.
45. Peiró Moreno S. La calidad de vida relacionada con la salud en la investigación y la práctica clínica. Documentación social; 2002, (127): 67-96.
46. Okamoto T, Shimosuma K, Katsumata N, et al. Measuring quality of life in patients with breast cancer: a systematic review of reliable and valid instruments available in Japan. Breast Cancer; 2003, 10(3): 204-213.
47. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: elementos conceptuales. Revista Médica de Chile; 2010, 138(3): 358-365.
48. Lopera Vásquez JP. Calidad de vida relacionada con la salud: exclusión de la subjetividad. Ciência & Saúde Coletiva; 2020, 25(2): 693-702.
49. Michalos AC. Social Indicators Research and Health Related Quality of Life Research. Social indicators research; 2004, 65: 27-72.
50. Karimi M, Brazier J. Health, health-related quality of life, and quality of life: what is the difference?. Pharmacoeconomics; 2016, 34: 645-649.
51. Lachowicz M, Kufel Grabowska J, Bartoszkiewicz M, et al. Sexual well being of breast cancer patients." Nowotwory Journal of Oncology; 2021, 71(4): 232-237.
52. WHOQOL Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. Social science & medicine; 1995, 41(10): 1403-1409.
53. García Solbas S, Lorenzo Liñán MA, Castro Luna G. Long-term quality of life (BREAST-Q) in patients with mastectomy and breast reconstruction. International Journal of Environmental Research and Public Health, 2021, 18(18): 9707.
54. Mcdonough MH, Sabiston CM, Wrosch C. (2014). Predicting changes in posttraumatic growth and subjective well-being among breast cancer survivors. Psycho-Oncology; 2014, 23(1): 114-120.
55. Aguirre Loaiza HH, Núñez C, Navarro AM, et al. Calidad de vida según el estadio del cáncer de seno en mujeres: análisis desde el Fact-B y SF-36. Psychologia. Avances de la disciplina; 2017, 11(1): 109-120.
56. Reich M, Remor E. (2010). Variables psicosociales asociadas con calidad de vida relacionada con la salud en mujeres con cáncer de mama post-cirugía: una revisión sistemática. Ciencias Psicológicas; 2010, 4(2): 179-223.
57. Champaneria M, Wong W, Hill M, Gupta S. The evolution of breast reconstruction:

- a historical perspective. *World Journal of Surgery*. 2012; 36(4):730-742.
58. Iglesias R, Cabello R, Fontbona M, Baeza R, Dagnino B. Cirugía oncoplástica de la
 59. mama: cómo mejorar la reseccabilidad en cirugía conservadora asegurando la estética. *Revista chilena de cirugía*. 2009; 61(5): 433-437.
 60. Quartucci Á. Cáncer de mama: evolución del tratamiento quirúrgico. *Ciencias de la salud*. 2013; 2(1): 6-10.
 61. Chand N, Browne V, Paramanathan N, Peiris L, Laws S, Rainsbury R. Patient-reported outcomes are better after oncoplastic breast conservation than after mastectomy and autologous reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2017; 5(7).
 62. Baratte A, Mathelin C, Dissaux C, Ruffenach L y Bruant-Rodier C. Cirugía oncoplástica de la mama. *EMC - Cirugía plástica reparadora y estética*. Vol 26 n°1 junio 2018. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1634-2143\(18\)89905-8](http://dx.doi.org/10.1016/S1634-2143(18)89905-8)
 63. Acea-Nebril B. Cirugía oncoplástica conservadora en el cáncer de mama: indicaciones y límites en su aplicación quirúrgica. *Cirugía Española*. 2005; 78(1): 12-18.
 64. Clough K, Benyahi D, Nos C, Charles C, Sarfati I. Oncoplastic Surgery: Pushing the Limits of Breast-Conserving Surgery. *The Breast Journal*. 2015; 21(2): 140-146.
 65. Chang MM, Huston T, Ascherman J, Rohde C. Oncoplastic breast reduction: maximizing aesthetics and surgical margins. *Int J Surg Oncol*. 2012; (0): 907576.
 66. Farouk O, Attia E, Roshdy S, Khater A, Senbe A, Fathi A. The outcome of oncoplastic techniques in defect reconstruction after resection of central breast tumors. *World Journal of Surgical Oncology*. 2015; 13(1).
 67. Chávez M, Ziegler G, Cotrina M, Garcés M, Calderón G, Mantilla R. Resultados oncológicos de la cirugía oncoplástica: seguimiento a largo plazo de pacientes tratados en un instituto oncológico de Latinoamérica. *Revista de Senología y Patología Mamaria*. 2017; 30(4): 170-178.
 68. Amarante-de León G, Cardo-Huerta S, Magallanes-Garza G, Bermeo-Ortega J, Serrano-Peláez B, Santiago-Sánchez J. Cirugía oncoplástica en cáncer de mama: resultados oncológicos con seguimiento en un plazo no menor de 2 años en pacientes. *Revista Mexicana de Mastología*. 2020; 10(1): 6-12.
 69. Kaufman C. Oncoplastic breast surgery. Official reprint from UpToDate, 2023.
 70. Santos G, Urban C, Edelweiss M, Zucca-Matthes G, de Oliveira V, Arana G. Long-term comparison of aesthetical outcomes after oncoplastic surgery and lumpectomy in breast cancer patients. *Annals of Surgical Oncology*. 2014; 22(8): 2500-2508.

71. Down S, Jha P, Burger A, Hussien M. Oncological advantages of oncoplastic breast-conserving surgery in treatment of early breast cancer. *The Breast Journal*. 2013; 19(1): 56-63.
72. Alderman A, Wilkins E, Lowery J, Kim M, Davis J. Determinants of patient satisfaction in postmastectomy breast reconstruction. *Plastic and Reconstructive Surgery*. 2000;
73. 106(4): 769-776.
74. Programa Nacional de Consensos Inter Sociedades - Programa Argentino de Consensos de Enfermedades Oncológicas. Consenso Nacional Inter-Sociedades sobre Cirugía Oncoplástica en Cáncer de Mama - Abril de 2012. *RAR - Vol 76 – No. 4*. 2012.
75. Deo SVS, Samaiya A, Shukla NK, et al. Breast conservation therapy for breast cancer: patient profile and treatment outcome at a tertiary care cancer centre. *National Medical Journal of India*; 2005, 18(4): 178-181.
76. Dixon JM, Venizelos B, Chan P. Latissimus dorsi miniflap: a technique for extending breast conservation. *The Breast*; 2002, 11(1): 58-65.
77. Ddamulira W, Panieri E, Hudson DA, et al. Skin sparing mastectomy and immediate breast reconstruction for breast cancer: oncological considerations. Presented at the meeting of the South African Surgical Research Society Meeting, University of Pretoria Academic Health Complex; 2003, 24-25 July.
78. Muller EM. Skin Sparing mastectomy and immediate breast reconstruction for breast cancer: a five year follow-up study of post-operative patients looking at cosmetic outcome. Presented in the European Surgical Research Society Meeting; 2005, 20-26May.
79. Slevin ML. Quality of life: philosophical question or clinical reality?. *BMJ*. 1992; 305(6851): 466-469.76.

Anexos

Anexo A. Matriz de operacionalización de variables

Tabla 6. Operacionalización de las variables				
Variable	Definición	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde su nacimiento	Cronológica	Años	Cuantitativa continua
Instrucción	Caudal de conocimientos adquiridos.	Educativa	Dato en cédula de identidad	Ninguna Primaria Secundaria Superior Otro
Estado civil	Conjunto de condiciones de una persona física, que determinan su situación jurídica y le otorgan un conjunto de derechos y obligaciones	Civil	Dato en cédula de identidad	Soltera Relación de hecho Casada Viuda Divorciada
Etnia	Agrupación según la cultura, historia y costumbres	Social	Respuesta de la persona	Blanco Mestizo Afro Indígena
Ocupación	Trabajo, empleo u oficio que tiene una persona para sobrevivir	Laboral	Respuesta de la persona	Cualitativa
Nivel económico	Posición económica y social individual o familiar en relación a otras personas	Social	Respuesta de la persona	Alta Media Baja
Estadío clínico	Probabilidad de que acontezca un resultado adverso	Morbilidad	Respuesta de la persona	Leve (estadio I) Moderada (Estadio II)

	durante el curso de una enfermedad o condición			Grave (Estadio III) Severa (Estadio IV)
Predisposición a la cirugía oncoplástica	Aceptación de la cirugía oncoplástica de mama sobre otras alternativas quirúrgicas	Estética	Respuesta de la persona	Sí No Justificar la respuesta
Elaboración: autoras.				

Anexo B. Formulario de recolección de datos

Código:

Edad:	() años
Instrucción	Ninguna () Primaria () Secundaria () Superior () Otro ()
Estado civil	Soltera () Relación de hecho () Casada () Viuda () Divorciada ()
Etnia	Blanco () Mestizo () Afro () Indígena ()
Ocupación	Describe:
Nivel socioeconómico	Alta () Media () Baja ()
Severidad de la enfermedad	Leve () Moderada () Grave () Severa ()
Si le propusieran realizarse una cirugía reconstructiva de la mama, ¿usted estaría dispuesta a aceptarla?	Sí () No () Justifique su respuesta:

Investigadora:

Fecha:

Instructivo

Edad: escribir número entero, de años cumplidos

Instrucción: escoja una opción, de acuerdo al nivel concluido

Estado civil: escoja una opción de acuerdo a su estado actual, conste o no en la cédula de ciudadanía.

Etnia: escoja la opción de acuerdo a la identificación verbalizada por la persona.

Ocupación: escoja la opción de acuerdo a la respuesta de la persona.

Nivel socioeconómico: tomando en cuenta a los siguientes componentes:

Ingresos: ingresos y fuentes de ingreso de la persona.

Nivel educativo:

Vivienda: tipo de vivienda y su ubicación.

Ocupación: tipo de trabajo y posición laboral.

Acceso a servicios básicos: salud, educación y transporte.

Escoja una categoría:

Baja o Nivel Socioeconómico Bajo: Personas con ingresos y recursos limitados, acceso limitado a servicios básicos y menor nivel educativo.

Medio o Nivel Socioeconómico Medio: Personas con ingresos y recursos moderados, acceso a algunos servicios básicos y un nivel educativo promedio.

Alto o Nivel Socioeconómico Alto: Personas con altos ingresos y abundantes recursos, acceso a servicios de calidad, educación superior y oportunidades privilegiadas.

Severidad de la enfermedad: determine de acuerdo a los datos de la HCL.

Si le propusieran realizarse una cirugía reconstructiva de la mama, ¿usted estaría dispuesta a aceptarla? responda sí o no; a continuación, deberá justificar su respuesta, es decir explicar el por qué decidió sí o no.

Anexo C. Consentimiento informado



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: "Análisis de la predisposición de las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto a octubre de 2023, a la cirugía de reconstrucción oncoplástica."

Datos del equipo de investigación: (puede agregar las filas necesarias, ver instructivo al final)

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal (IP)	María Elisa Torres Lazo	0104679659	Universidad de Cuenca
Investigador Principal (IP)	Jacqueline Anabel Montedeoca Tapia	0302055504	Universidad de Cuenca

<p>¿De qué se trata este documento? (Realice una breve presentación y explique el contenido del consentimiento informado). Se incluye un ejemplo que puede modificar</p> <p>De la manera más comedida y respetuosa le invitamos a usted a participar en este estudio, que se realizará en el Instituto de Cáncer SOLCA. En este documento llamado "consentimiento informado" se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. También se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en caso de que usted decida participar. Después de revisar la información en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir.</p>
<p>Introducción</p> <p>La presente investigación tiene como director al Dr. Marx Italo Bravo Muñoz y es realizado por las Dras. Jacqueline Anabel Montedeoca Tapia y María Elisa Torres Lazo, estudiantes de posgrado de la facultad de ciencias médicas de la Universidad de Cuenca. El tema del estudio es el "Análisis de la predisposición de las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto a octubre de 2023, a la cirugía de reconstrucción oncoplástica".</p>
<p>Objetivo del estudio</p> <p>La investigación aborda la relación de la imagen corporal en la predisposición de las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto- octubre de 2023 a la cirugía de reconstrucción oncoplástica</p>
<p>Descripción de los procedimientos</p> <p>Al ser un estudio de tipo analítico transversal, se realizaran encuestas para la recopilación de la información sobre la muestra de pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto-octubre de 2023. La aplicación de la encuesta será de manera física y personal a los 187 participantes del estudio, requiriendo aproximadamente 15 minutos para la resolución completa del mismo.</p>
<p>Riesgos y beneficios</p> <p>La información obtenida será utilizada en beneficio de la comunidad de pacientes de cáncer de mama; las expectativas de las pacientes con respecto a la cirugía oncoplástica de las mamas señan un soporte importante para el desarrollo de estrategias en el tratamiento del cáncer de mamas, así como para la formación en las competencias requeridas por el personal médico para el empleo de las técnicas correspondientes. La participación en la investigación no implica riesgo alguno ni afectará ningún aspecto de su integridad física o Psicológica</p>
<p>Otras opciones si no participa en el estudio</p> <p>La participación de este estudio es absolutamente voluntaria; usted puede decidir libremente si desea participar en el estudio, o retirarse del mismo de considerarlo oportuno, sin que ello le perjudique en forma alguna.</p>



Derechos de los participantes (debe leerse todos los derechos a los participantes)

Usted tiene derecho a:

- 1) Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Recibir cuidados necesarios si hay algún daño resultante del estudio, de forma gratuita, siempre que sea necesario;
- 7) Derecho a reclamar una indemnización, en caso de que ocurra algún daño debidamente comprobado por causa del estudio;
- 8) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 9) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 10) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 11) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 12) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 13) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;
- 14) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 15) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

La aclaración de cualquier duda o incertidumbre sobre la investigación se hará directamente por las Dras. que son responsables de la misma; para comunicarse con las autoras usted tiene a su disposición los celulares personales 0978747210 ó 0999176914

Consentimiento informado

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante	Firma del/a participante	Fecha
Nombres completos del testigo (si aplica)	Firma del testigo	Fecha
Nombres completos del/a investigador/a	Firma del/a investigador/a	Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Ismael Morocho Malla, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: ismael.morocho@ucuenca.edu.ec

Dictamen de aprobación del Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos



CARTA DE DICTAMEN Nro. CEISH-UC-2023-346

Cuenca, 7 de agosto de 2023

Señoritas:

Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia

María Elisa Torres Lazo

Universidad de Cuenca

ASUNTO: REVISIÓN DE PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Por medio de la presente y una vez que el protocolo de investigación presentado por las Srtas. Jacqueline Anabel Montesdeoca Tapia y María Elisa Torres Lazo, que titula "Análisis de la predisposición de las pacientes con cáncer de mama de consulta externa en SOLCA Cuenca durante el periodo de agosto a octubre de 2023, a la cirugía de reconstrucción oncoplastica", ha ingresado al Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la Universidad de Cuenca (CEISH-UC), con fecha 06-08-23 (segunda versión), y cuyo código asignado es 2023-042EO-M, luego de haber sido revisado y evaluado en la sesión ordinaria Nro. 030 con fecha 01-08-23, dicho proyecto está APROBADO para su ejecución en SOLCA de Cuenca, al cumplir con todos los requerimientos éticos, metodológicos y jurídicos establecidos por el reglamento vigente para tal efecto.

Como respaldo de lo indicado, reposan en los archivos del CEISH-UC, tanto los requisitos presentados por el investigador, así como también los formularios empleados por el comité para la evaluación del mencionado estudio.

En tal virtud, los documentos aprobados sumillados del CEISH-UC que se adjuntan en físico al presente informe son los siguientes:

- Solicitud de aprobación
- Copia del Protocolo de investigación, que consta de 17 páginas
- Documento de consentimiento informado
- Declaración de confidencialidad
- Hoja de Vida de Investigador
- Carta de interés institucional

Cabe indicar que la información de los requisitos presentados es de responsabilidad exclusiva del investigador, quien asume la veracidad, originalidad y autoría de los mismos.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de los investigadores.
2. Cualquier modificación en el protocolo, debe solicitar la aprobación de las enmiendas dentro de las siguientes veinte y cuatro (24) horas, de acuerdo al formato disponible en la página web <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>
3. Los investigadores son responsables de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.
4. El incumplimiento de estas responsabilidades podrá ser motivo de revocatoria de esta aprobación.

Así también se recuerda las obligaciones que el investigador principal y su equipo deben cumplir durante y después de la ejecución del proyecto:

Dirección: Av. El Paraíso s/n. Junto al Hospital Vicente Corral Moscoso. Telf: 593-7-4051000 Ext.: 3165

Web: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>

Correo: ceish@ucuenca.edu.ec

Cuenca - Ecuador



- Informar al CEISH-UC la fecha, día y hora de inicio de la investigación.
- Presentar a este comité informe de avance de ejecución del proyecto a mitad del proceso, al correo del CEISH-UC: ceish@ucuenca.edu.ec, de acuerdo a los formatos que constan en la página web del CEISH-UC: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>
- Cumplir todas las actividades que le corresponden como investigador principal, así como las descritas en el protocolo con sus tiempos de ejecución, según el cronograma establecido en dicho proyecto, vigilando y respetando siempre los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos aprobados en el mismo.
- Aplicar el consentimiento informado a todos los participantes, respetando el proceso definido en el protocolo y el formato aprobado.
- Al finalizar la investigación, entregar al CEISH-UC el informe final del proyecto, al correo del CEISH-UC: ceish@ucuenca.edu.ec, de acuerdo a los formatos que constan en la página web del CEISH-UC: <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días). Las investigaciones con una duración superior al año de vigencia de esta aprobación, deberán solicitar la renovación de su aprobación al menos sesenta (60) días calendario antes de que expire la vigencia de esta aprobación, de acuerdo al formato disponible en la página web <https://www.ucuenca.edu.ec/ceish>. El Comité estará dispuesto durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

En toda correspondencia con el Comité, favor referirse con el **código** antes mencionado.

Atentamente,



Dr. Manuel Ismael Morocho Malla

Presidente del Comité de ética de Investigación en seres humanos de la Universidad de Cuenca

Resolución de aprobación del Honorable Consejo Directivo

Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2023-0850-M

Cuenca, 10 de agosto de 2023

PARA: Dra. Lorena Elizabeth Mosquera Vallejo
Presidenta de la Comisión de Trabajos de Titulación de la Facultad de Ciencias Médicas

Ing. Carlos Efraim Peralta Contreras
Asistente de Gestión de Facultad

ASUNTO: Notificación resolución No. 661-2023 H.C.D.F.C. M aprobación de protocolos que cumplen con los procesos de titulación No. 1285-E, No. 1461-TM, No. 2816-M y 2800-M

De mi consideración:

Luego de hacerles llegar un cordial saludo, por medio del presente informo para los fines legales y administrativos pertinentes que, en la sesión del Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas, realizada el 09 de agosto de 2023, conoció el memorando Nro. UC-FCMD-2023-1172-M de fecha 07 de agosto de 2023, suscrito por la Dra. Lorena Mosquera Vallejo, Presidente de la Comisión de Trabajos de titulación que indica *"Con un cordial saludo me dirijo a Usted y por su digno intermedio al H. Consejo Directivo para informar que, se ha receptado en la Comisión de Trabajos de Titulación, los protocolos que cumplen con los procesos de investigación. Por lo expuesto, se da el trámite favorable a la petición, salvo el buen criterio del H. Consejo Directivo. Con sentimientos de distinguida consideración."*

Así también, conoció el memorando Nro. UC-FCMD-2023-1187-M de fecha 07 de agosto de 2023, suscrito por la Dra. Lorena Mosquera Vallejo, Presidente de la Comisión de Trabajos de titulación que indica *"Con un cordial saludo me dirijo a Usted y por su digno intermedio al H. Consejo Directivo en alcance al Memorando Nro. UC-FCMD-2023-1172-M de fecha 07 de agosto se informar que, se ha receptado en la Comisión de Trabajos de Titulación, el siguiente protocolo N° 2830-M (SIC) que cumplen con los procesos de investigación Por lo expuesto, se da el trámite favorable a la petición, salvo el buen criterio del H. Consejo Directivo."*

Al respecto, el Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias Médicas adoptó la Resolución No. 661-2023 H.C.D.F.C. M, que transcribo textualmente:

**EL CONSEJO DIRECTIVO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE
LA UNIVERSIDAD DE CUENCA**

CONSIDERANDO:

Memorando Nro. UC-FCMSECABO-2023-0850-M

Cuenca, 10 de agosto de 2023

Las garantías establecidas en los arts. 226, 227 y 355 incisos primero y segundo de la Constitución de la República del Ecuador, lo dispuesto en los arts. 17 y 18 de la Ley Orgánica de Educación Superior, el art. el art. 8 literal "g" del Instructivo de Titulación de Grado de la Facultad de Ciencias Médicas; en uso de las atribuciones que le otorga el art. 43 literal "k" del Estatuto de la Universidad de Cuenca, por unanimidad de votos de los miembros presentes en la sesión, **RESOLVIÓ:**

1. Acoger el pronunciamiento de la Comisión de Trabajos de Titulación contenido en el memorando UC-FCMD-2023-1172-M y memorando UC-FCMD-2023-1187-M, sobre el cumplimiento de procesos de investigación de protocolos; y consecuentemente aprobar los protocolos No. 1285-E, No. 1461-TM, No. 2816-M y 2800-M, el director y cronograma propuestos.
2. Disponer la notificación de la presente resolución a la Comisión de Trabajos de Titulación, para los fines legales y administrativos pertinentes y a través de la Secretaría de la Comisión de Trabajos de Titulación, se proceda con las notificaciones correspondientes a estudiantes y directores designados.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

Documento firmado electrónicamente

Abg. Ileana Karina Bustamante Gavilanes
SECRETARIA ABOGADA

Anexos:

- UC-FCMD-2023-1187-M alcance.pdf
- UC-FCMD-2023-1172-M.pdf
- nómina_de_protocolos_para_aprobacion_hcd_09-08-2023.doc
- nómina_de_protocolos_para_aprobacion_hcd_09-08-2023_alcance.doc

Copia:

Dra. Vilma Mariela Bojorque Iñiguez
Decana de la Facultad de Ciencias Médicas

Dr. Fernando Eugenio Castro Calle
Decano (e) de la Facultad de Ciencias Médicas

Dra. Mirian Sofía Huiracocha Tituven
Vocal Docente Principal al Consejo Directivo

Solicitud/autorización para realización del estudio en SOLCA Cuenca-Ecuador

Cuenca, 16 de agosto 2023

El departamento de Docencia del Instituto del Cáncer SOLCA, Núcleo de Cuenca

CERTIFICA

Que el proyecto solicitado por las estudiantes de la Universidad de Cuenca de la carrera de Medicina, JACQUELINE ANABEL MONTESEDOCA TAPIA con CI 0302055505 y MARÍA ELISA TORRES LAZO con CI. 0104679659 llamado "Análisis de la predisposición de las pacientes con cáncer de mama de la consulta externa de SOLCA – Cuenca durante el período agosto – octubre 2023, a la cirugía de reconstrucción oncológica." Fue autorizado para que se realice en SOLCA - Cuenca, bajo la dirección del Doctor Marx Bravo

Es cuanto informo en honor a la verdad.



Dr. Andrés Andrade G,

JEFE DE DPTO. DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
SOLCA, NUCLEO DE CUENCA

 Dr. Andrés Andrade
JEFE DE DOCENCIA