



TRABAJO DE FIN DE GRADO

Proyecto de investigación

Calidad de Vida en pacientes
después del Cáncer de mama.

Reconstrucción autóloga versus
protésica.

Grado en Enfermería

Autor: Aitana PLAZA RAIMUNDO
Tutor: Patricia MARTÍNEZ JAIMEZ
Fecha de presentación: 22/05/2018

“Prohibida la reproducción total o parcial de este texto por medio de imprenta, fotocopia, microfilm u otros, sin permiso previo expreso de la Universidad Internacional de Catalunya”

AGRADECIMIENTOS

Me gustaría dar las gracias a mi familia por comprender la cantidad de horas de dedicación que ha supuesto este trabajo.

Quisiera agradecer a la unidad de la mama del Hospital General de Catalunya la gran vocación docente que tuvieron conmigo que me permitió aprender muchísimo sobre el proceso de la enfermedad, las pruebas complementarias y su interpretación, los tipos de cáncer de mama, los tratamientos de estos, etc. En especial a Montse Santos, enfermera gestora de casos de la unidad de mama del HUGC, ya que no solo me enseñó muchísimos conceptos sino que aprendí muchísimo la parte humana de la profesión y de lo importante que es en este tipo de pacientes, también me mostró los tipos de unidades existentes en Catalunya y lo diferentes que llegan a ser entre ellas.

Gracias de todo corazón.

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS	II
ÍNDICE	III
INDICE DE TABLAS	V
ÍNDICE DE IMÁGENES	V
ÍNDICE DE GRÁFICOS	V
ABREVIATURAS	VI
RESUMEN.....	VII
I. INTRODUCCIÓN	9
II. APROXIMACIÓN TEÓRICA AL FENÓMENO DE ESTUDIO.....	11
1. Definición de cáncer y cáncer de mama.....	11
2. Epidemiología del cáncer de mama	11
3. Tipos de cáncer de mama, sus definiciones e incidencia	12
4. Tratamientos del cáncer de mama.....	14
5. Estrategias del Servei Català de salut.....	25
6. Historia de los tratamientos.....	28
7. Eficacia de los tratamientos.....	29
9. Últimas tendencias	29
10. Definición de los conceptos a evaluar	29
10. Papel enfermero	34
11. Estudios hechos hasta ahora que midan la calidad de vida como criterio de eficacia.....	35
III. JUSTIFICACIÓN	36
V. HIPÓTESIS.....	37
VI. OBJETIVOS	37
VII. METODOLOGÍA.....	38
1. Diseño	38
2. Población.....	38

3.	Criterios de inclusión	38
4.	Criterios de exclusión.....	39
5.	Muestra.....	39
6.	Tipo de muestreo.....	39
7.	Procedimiento	39
8.	Variables	39
1.	Variable dependiente.....	39
2.	Variables independientes:	40
VIII.	RESULTADOS QUE SE ESPERAN	41
IX.	LIMITACIONES	42
X.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	43
XI.	IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA	43
XII.	IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN	44
XIII.	CONCLUSIONES.....	44
	BIBLIOGRAFIA.....	46
	REFLEXIÓN PERSONAL	54
	ANEXOS.....	LV
9.	Cuestionario EORTC QLQ-BR23.....	LXV
10.	Cuestionario de Imagen Corporal MBSRQ ®.....	LXVI
11.	Cuestionario LOPSS12 Satisfacción con los cuidados enfermeros	LXVIII
12.	Escala de autoestima de Rosenberg.....	LXX
13.	Cuestionario Sociodemográfico	LXXI
14.	Consentimiento informado.....	LXXIII
15.	Hoja de información.....	LXXV
16.	Anexo sobre la historia de los tratamientos del CM:	LXXVII
17.	Check list ético	LXXVIII

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Limitaciones y ventajas de los dos grandes grupos de técnicas.

ÍNDICE DE IMÁGENES

Imagen 1: TRAM

Imagen 2: DIEP

Imagen 3: SGAP

Imagen 4: TUG

Imagen 5: Reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho

Imagen 6: Lipomodelado

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Algoritmo 1A Valoración del CM (cáncer de mama). Fuente: Oncología de mama.

Actualización 2008 Generalitat de Catalunya

Gráfico 2: Algoritmo 1B Valoración inicial del CM. Fuente: Oncología de mama. Actualización

2008 Generalitat de Catalunya

Gráfico 3: Algoritmo 2 Estadificación y tratamiento del CM. Fuente: Oncología de mama.

Actualización 2008 Generalitat de Catalunya

ABREVIATURAS

BGC : Biopsia ganglio centinela

CC: cirugía conservadora

CDI: Carcinoma ductal infiltrante

CM: Cáncer de mama

CVRS: Calidad de vida relacionada con la salud

FR: factores de riesgo

GC: ganglio centinela

HER 2+: Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano sobre expresado

HER 2 -: Receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano no sobre expresado

HR +: Responden a hormonas

HR -: No Responden a hormonas

IA: inhibidores de la aromatasa

SESPM: Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria

RESUMEN

Introducción

En 2015 se contabilizaron en el mundo 571.000 defunciones por cáncer de mama (CM) [1] y entre las mujeres entre 20 a 59 años es el cáncer más mortífero [2]. En España la incidencia del CM es del 29% de todos los cánceres, en 2015 se diagnosticaron 27.747 mujeres, basándonos en esto se calcula que 1 de cada 8 mujeres padecerá CM en algún momento de su vida [3]. Por ahora conocemos la calidad de vida de las pacientes tras la reconstrucción mamaria a corto plazo, con este estudio se pretende conocerla a largo plazo.

Objetivo

Conocer la influencia del tipo de tratamiento reconstructivo del cáncer de mama sobre la calidad de vida de las mujeres que presentan esta patología tras 5 años de la reconstrucción.

Metodología

Es un estudio descriptivo, transversal. Se estudiará la calidad de vida de las pacientes reconstruidas tras 5 años de la reconstrucción. La muestra serán pacientes mastectomizadas y reconstruidas en el hospital Sant Pau. El tamaño de esta muestra será calculada mediante la calculadora GRANMO. Para acceder a los participantes se requiere la participación de los profesionales de la unidad de la mama del hospital y de la unidad de cirugía plástica y reconstructiva. En nuestra muestra encontraremos dos grupos, mujeres con reconstrucción mamaria autóloga y mujeres con reconstrucción mamaria protésica.

Para la realización del estudio necesitaremos del cuestionario de calidad de vida EORTC QLQ-BR23, el cuestionario de imagen corporal MBSRQ, el cuestionario de satisfacción con los cuidados LOPSS 12, y el cuestionario de autoestima de Rosenberg junto a un cuestionario sociodemográfico de las pacientes. Todos ellos medidos en un solo tiempo.

Palabras Clave: Reconstrucción mamaria, calidad de vida, calidad de vida a largo plazo.

ABSTRACT

Introduction

In 2015, 571,000 deaths from breast cancer (CM) were recorded worldwide [1] and among women aged 20 to 59 years it is the deadliest cancer [2]. In Spain the incidence of CM is 29% of all cancers, in 2015 27,747 women were diagnosed, based on this it is estimated that 1 in 8 women will suffer CM at some point in their life [3] For now we know the quality of life of patients after breast reconstruction in the short term, with this study is intended to know in the long term.

Objective

To know the influence of the type of reconstructive treatment of breast cancer on the quality of life of women who present this pathology after 5 years of reconstruction.

Methodology

It is a descriptive cross-sectional study. The quality of life of the reconstructed patients after 5 years of reconstruction will be studied. The sample will be mastectomized and reconstructed patients at the Sant Pau hospital, the size of this sample will be calculated using the GRANMO calculator. To access the participants requires the participation of the professionals of the breast unit of the hospital, and of the plastic and reconstructive surgery unit. In our sample we will find two groups, women with autologous mammary reconstruction and women with prosthetic breast reconstruction.

To carry out the study, we will need the EORTC QLQ-BR23 quality of life questionnaire, the MBSRQ body image questionnaire, the LOPSS 12 satisfaction questionnaire, and the Rosenberg self-esteem questionnaire along with a sociodemographic questionnaire of the patients. All of them measured in a single time.

Keywords: Breast reconstruction, quality of life, long-term quality of life.

I. INTRODUCCIÓN

El cáncer es el principal causante de muertes en el mundo, en 2015 según la OMS causó 8.8 millones de defunciones [1]. En concreto se contabilizaron en el mundo 571.000 defunciones de cáncer de mama (CM) [1] y entre las mujeres entre 20 a 59 años es el cáncer más mortífero [2], por todo ello es un problema de salud pública [4]. En España la incidencia del CM es del 29% de todos los cánceres, en 2015 se diagnosticaron 27.747 mujeres, basándonos en esto se calcula que 1 de cada 8 mujeres padecerá CM en algún momento de su vida [3].

Actualmente la mortalidad de CM ha descendido mucho por los programas de cribado y mejoras de los tratamientos [3,5]. Por ejemplo la OMS propone como estrategia para el cáncer de mama la detección precoz y su prevención pero con dos estrategias distintas según si el país es desarrollado o en vías de desarrollo [6]. En los países en vías de desarrollo propone conocer bien los signos y síntomas, realizar exploraciones clínicas en zonas concretas que permitan el diagnóstico precoz [6]. En los países desarrollados recomiendan las mamografías progresivas y unos planes a largo plazo que requieren una inversión económica importante, por esto no se recomiendan las mamografías en los países en vías de desarrollo [6]. Hablando de supervivencia media global se estima en un 89,2% según la Sociedad española de oncología médica, pero dependiendo del estadio en el diagnóstico aumenta o disminuye [3]. Cerca del 90% de las afectadas están libres de la enfermedad a los 5 años del diagnóstico [7]. Este proceso de los últimos años de la enfermedad sugiere que en 10 años la mortalidad del CM decrecerá en Europa, y en España se observaron patrones similares de evolución en algunas regiones [5,8]. Aun así en 2014 fallecieron 6213 mujeres por CM en España y la edad media de la defunción fue de 70 años [5]. La tasa de mortalidad por CM en mujeres en 2016 fue de 17,6 por cada 100.000 habitantes [7]. Para interpretar los datos de evolución se requiere tener en cuenta los factores demográficos como la esperanza de vida, ya que se detectó relación de la edad con el riesgo de padecer cáncer [8]. Se predice que España será uno de los países con la población más envejecida en 2050 con 40% de población mayor a 60 años [8], y tan solo el 10% de las mujeres diagnosticadas de cáncer en España actualmente son menores de 40 años [3], por ello el estudio del CM como uno de los 4 cánceres más incidentes en mujeres permitirá planificar los tratamientos y programas de prevención requeridos en el futuro [8].

La etiología del CM es desconocida aún, pero se conocen múltiples factores de riesgo y la mayoría se relacionan con antecedentes reproductivos que modulen la exposición hormonal y la edad [3,9,10]. La capacidad metastásica y supervivencia es distinta según los tipos de cáncer. Según esto encontramos en primer lugar HER2 positivo o negativo. Como otra clasificación tenemos tumores receptores de hormonas positivos, es decir que responden a los estrógenos o bien receptores de hormonas negativo, que no reaccionan a los estrógenos. Por último tenemos

las clasificaciones de CM primario o secundario según se originen en la mama o no; y dentro de la clasificación como neoplasias malignas primarias de la mama encontramos otros subtipos [11]. Como subtipo tenemos cáncer invasivo o cáncer no invasivo: aquellos no invasivos son aquellos que no se han extendido fuera del conducto mamario (ductal in situ) o fuera del lobulillo (lobulillo in situ) [3]. Y como invasivos encontramos: el carcinoma lobulillar, el ductal, medular, el sarcoma y el adenocarcinoma entre otros [3,5,11].

Los tratamientos del CM son múltiples y variados que permiten la adaptación a la multitud de tipos existentes que encontramos en la población, todos ellos causan consecuencias o secuelas. Tenemos a nivel farmacológico, la quimioterapia que existen muchas diferentes, la terapia hormonal, anticuerpos monoclonales para el tratamiento de los HER2 positivo o como terapia hormonal, y evidentemente la combinación de todos ellos. Además encontramos el tratamiento quirúrgico que inicialmente era la mastectomía radical incluyendo tejido axilar, y poco a poco van habiendo avances en las tumorectomías, que permiten eliminar menos tejido, manteniendo un margen de seguridad [3,5,8]. Además también contamos con la radioterapia que como tratamiento adyuvante mejora mucho la supervivencia de las pacientes pero es uno de los factores más decisivos para determinar una reconstrucción mamaria de un tipo u otro [12–15].

El pronóstico de vida de las pacientes con CM es bueno ya que la supervivencia después de 5 años post-tratamiento es mejor a otros cánceres [1–3,5]. Por ello su calidad de vida es importante después del tratamiento. La calidad de vida es una construcción multidimensional que se refiere a la calidad percibida de una persona de su funcionamiento físico, psicológico, social y existencial; engloba la salud física, psicológica, los niveles de independencia, relaciones sociales, entorno, y dominio espiritual [16]. Un buen resultado después de la reconstrucción tras resección del cáncer es un factor de mejor calidad de vida, y para un buen resultado es necesaria la apariencia simétrica [17]. Estos objetivos estéticos se consiguen mediante la reconstrucción mamaria y de ella existen dos grandes grupos: las reconstrucciones autólogas y las protésicas [18]. Los resultados de todas estas intervenciones en el pasado se han medido valorando la satisfacción, las recaídas, las consecuencias, la mortalidad etc., pero muy pocas veces valorando la calidad de vida. Por ello este estudio se centra en la medición de la calidad de vida en las pacientes reconstruidas, ya que la calidad de vida es un ítem que integra una gran cantidad de resultados del tratamiento del CM [16], pero además nos centramos al cabo de 5 años ya que hasta ahora el máximo estudio a largo plazo se han hecho a los 9 meses de la intervención [19]. Realmente la supervivencia actual a los 5 años es de un 90% por ello es un estudio hoy en día viable [5].

II. APROXIMACIÓN TEÓRICA AL FENÓMENO DE ESTUDIO

1. Definición de cáncer y cáncer de mama

El cáncer de mama consiste en la proliferación acelerada e incontrolada de células del epitelio glandular. Son células que han aumentado enormemente su capacidad reproductiva. Las células del cáncer de mama pueden diseminarse a través de la sangre o de los vasos linfáticos y llegar a otras partes del cuerpo. Allí pueden adherirse a los tejidos y crecer produciendo metástasis [3].

Este proceso por el que las células proliferan sin control, en el caso del cáncer de mama, por ahora, es de etiología desconocida, pero se conocen múltiples factores de riesgo y la mayoría se relacionan con antecedentes reproductivos que modulan la exposición hormonal y la edad [3,9,10]. Algunos de los factores hormonales son la nuliparidad, la aparición temprana de la menstruación, la menopausia tardía y la terapia hormonal sustitutiva. Otros factores incluyen antecedentes familiares, antecedentes de enfermedad proliferativa benigna de mama, densidad mamaria alta, exposición a radiaciones, mutaciones hereditarias relacionadas, el consumo de alcohol, obesidad. En pacientes con cáncer de mama invasivo, aumenta el riesgo de padecer un cáncer de mama contra-lateral; en pacientes con antecedentes de carcinomas ductales o lobulares, tienen más riesgo de padecer un segundo cáncer de mama [3,9].

2. Epidemiología del cáncer de mama

Según la OMS en 2015 el CM causó 571000 defunciones [1] y entre las mujeres de entre 20 y 59 años es el cáncer más mortífero [2], todo ello es un problema de salud pública [4]. Actualmente, la mortalidad de cáncer de mama ha descendido mucho por los programas de cribado y mejoras en los tratamientos [3,5]. Hablando de supervivencia media global, se estima en un 89,2%, según la Sociedad española de oncología médica, pero dependiendo del estadio, el diagnóstico aumenta o disminuye [3]. Aun así, en 2015 fallecieron 6213 mujeres por cáncer de mama en España [5].

En España la incidencia del cáncer de mama es del 29% de todos los cánceres, en 2015 se diagnosticaron 27.747 mujeres; en base a esto se calcula que 1 de cada 8 mujeres padecerá cáncer de mama en algún momento de su vida [3]; a nivel mundial el cáncer de mama supuso 1671149 nuevos casos. Si hablamos de prevalencia de una enfermedad, hemos de tener en cuenta que es una medida del número de pacientes con esa patología medido en un periodo de tiempo, esto conlleva que los cánceres con mejor supervivencia tienen una mayor prevalencia [20]. El cáncer de mama tiene un alto índice de supervivencia, esto supone que en 2012 era el segundo cáncer con más prevalencia, si contamos la prevalencia con una continuidad de 5 años [20], y en concreto en las mujeres supuso el de mayor prevalencia.

3. Tipos de cáncer de mama, sus definiciones e incidencia

La capacidad metastásica y supervivencia es distinta según los tipos de cáncer. Según esto, encontramos en primer lugar el tipo histológico del cáncer, seguido del grado histológico de Nottingham, la invasión linfovascular o no del tumor, la presencia de carcinoma *in situ* asociado a un cáncer de mama infiltrante, ser o no receptor de estrógenos, de progesterona, con marcadores de proliferación Ki67 elevado o no y por último el HER 2 positivo o no.

1. Tipo histológico: indica la agresividad potencial que tiene el tumor en base a su aspecto histológico que describe el grado de diferenciación o maduración de las células del tumor. Aquellas de grado I son las más diferenciadas, maduras y menos agresivas, y aquellas menos diferenciadas y más agresivas son las de grado III [3]. Además, también describe si las células son cancerígenas o no, si hay crecimiento atípico y que tipo de tejido mamario es.

Ejemplos de tipos histológicos más frecuentes: (más del 5% de prevalencia)

a) Carcinoma Ductal infiltrante (CDI): es el tipo más frecuente (80%) y deriva de las células de los conductos por donde fluye la leche [3,11]. Se caracteriza por una proliferación celular que forma túbulos rodeados por una sola hilera celular con distintos grados de atipia [21,22]. Estos túbulos están desprovistos de membrana basal y de la capa de células mioepiteliales que se disponen entre las células epiteliales y la membrana basal en los conductos mamarios normales [21,23]. Las células del CDI expresan E-cadherina, que puede determinarse inmunohistoquímicamente, lo que permite diferenciarlo de otros tipos histológicos [21,23].

b) Carcinoma Lobulillar infiltrante: es el segundo más frecuente que deriva de las células del lóbulo (donde se produce la leche) [3]. Se caracteriza por una proliferación de células pequeñas, con núcleo redondo y que se disponen en fila india y rodeando de forma concéntrica a conductos mamarios conservados [21,23]. Según el patrón arquitectural, se clasifica en sólido o clásico, alveolar y pleomórfico [21,23].

c) Carcinoma Mucinoso o coloideo: forma poco frecuente de carcinoma ductal invasivo, representa el 2-3% de todos los casos de CM [24,25]. En este tipo de cáncer, el tumor se forma a partir de células anómalas que “flotan” en acumulaciones de mucina, uno de los principales componentes de la sustancia viscosa y escurridiza conocida como moco [24]. Alguno de estos tumores pueden expresar marcadores neuroendocrinos [21,23].

d) Enfermedad de Paget del pezón: El carcinoma de Paget representa la infiltración de la piel del pezón por células de tipo glandular y puede asociarse o no a carcinoma mamario infiltrante o intraductal [21,23]. Crea una especie de úlcera o dermatitis en el tejido de la areola y/o el pezón mamario, y jamás cierra. Da lugar a un tipo de cáncer de mama poco frecuente en que se acumulan células cancerosas en el pezón o a su alrededor [23]. El cáncer, generalmente, afecta en primer lugar los conductos del pezón y luego se propaga hasta la superficie del pezón y la

areola [23]. El pezón y la areola por lo general se vuelven escamosos, se enrojecen, producen prurito y se irritan [11,26]. Representa menos del 5% de todos los CM [26].

e) **Carcinoma Medular:** es un subtipo poco común de carcinoma ductal invasivo (cáncer que comienza dentro del conducto lácteo y se propaga fuera de él) representa entre el 3 y el 5 % de todos los casos de cáncer de mama [11,27]. Se denomina carcinoma “medular” porque el tumor es una masa suave y pulposa que se parece a una parte del cerebro conocida como bulbo raquídeo o médula [27]. Es característica la presencia de linfocitos maduros y células plasmáticas junto con las células tumorales [21,23]. Es una lesión circunscrita, constituida por células con crecimiento sólido y alta atipia celular [21,23]. Su pronóstico es bueno pero su diagnóstico requiere la aplicación de unos criterios muy estrictos pues el CDI de alto grado, en ocasiones, puede mostrar las mismas características y su pronóstico es malo [21,23]. Los criterios diagnósticos del carcinoma medular son: patrón de crecimiento sincitial en más de un 75% del tumor, ausencia de estructuras glandulares, infiltrado linfoplasmocitario moderado o severo distribuido de forma difusa, pleomorfismo nuclear moderado o severo y márgenes circunscritos [21,23]. La presencia de carcinoma intraductal o focos de necrosis han de hacer sospechar un CDI de alto grado. Estos hallazgos histomorfológicos coinciden con el patrón descrito en el carcinoma similar al tipo basal (triple negativo) [21,23].

f) **Carcinoma Inflamatorio:** altamente infrecuente, pero muy agresivo y de mal pronóstico [23,25], representa entre el 1 y 5% del total de casos de CM [28]. Se diferencia de otros tipos de CM por sus síntomas, el pronóstico y el tratamiento [29]. Los síntomas incluyen hinchazón, piel de color rojizo o morado, y hoyuelos o engrosamiento de la piel del pecho, piel de naranja [29]. A menudo, no se localiza y palpa una masa (protuberancia). El cáncer de seno inflamatorio tiene algunos de los síntomas de la inflamación, como hinchazón y enrojecimiento. Los síntomas son causados por células cancerosas que bloquean los vasos linfáticos en la piel [23,29].

- **Grado histológico de Nottingham:** Estos grados son similares a los descritos arriba en los grados de diferenciación. Se asignan números a las diferentes características (formación glandular, grado nuclear, y recuento mitótico) que se observan al microscopio y luego se suman para asignar el grado. Los números sumados van desde el 3 hasta el 9. Si suman entre 3-5 son grado 1 (bien diferenciado); 6-7 sería grado 2 (moderadamente diferenciado); y 8-9 sería un grado 3 (pobrementemente diferenciado) [30].
- **Invasión linfovascular:** la afectación ganglionar o no del tumor (invasión linfática primaria/inicial o no). Es decir si a los ganglios o vasos más cercanos al tumor les han llegado células cancerígenas del tipo que sea [30,31].
- **Presencia de carcinoma *in situ* asociado:** las clasificaciones de cáncer de mama primario o secundario según se originen en la mama o no; y dentro de la clasificación como

neoplasias malignas primarias de la mama encontramos otros subtipos como [11,31]:
Cáncer invasivo o cáncer no invasivo: aquellos no invasivos son los que no se han extendido fuera del conducto mamario (ductal in situ) o del lobulillo (lobulillo in situ) [3].

Estudio de factores pronóstico:

a) Receptor de Estrógenos: los tumores receptores de hormonas positivos, es decir, que responden a los estrógenos o bien receptores de hormonas negativo, que no reaccionan a los estrógenos, en el caso de que reaccionen significa que crecen estimulados por los estrógenos [30,31]. En caso de que sean positivo nos indica que va a responder a terapia hormonal bloqueando los estrógenos impidiendo recidivas.

b) Receptor de Progesterona: como receptores de hormonas positivos, también los encontramos que reaccionan a la progesterona, por lo general son menos casos y su reacción a la estimulación del crecimiento es menor [30,31]. En caso que sea positivo existen tratamientos que bloquean esta hormona, su producción o la respuesta celular [30].

c) Marcadores de proliferación: Ki 67: es un factor de proliferación celular. El patólogo determina el índice de proliferación de células cancerígenas bajo el microscopio. Es una medida de la velocidad de crecimiento del tumor, cuanto más índice de proliferación Ki-67 más rápido se están dividiendo las células [31].

d) HER2 positivo o negativo: que indica a nivel genético su agresividad y capacidad metastásica. El receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) se sobre expresa en 15-20% de todos los tumores y se asocia a enfermedades más agresivas (ganglios linfáticos afectados y alto grado nuclear) [32].

Además de todos estos conceptos que nos definen el pronóstico y tipo de cáncer encontrado, tenemos el BRACA 1 y 2 que define la asociación genética del tumor, si hay predisposición a un cáncer de ovario, si es posible que sea heredado el cáncer o que lo haya transmitido a sus descendientes. El BRACA 1 y 2 es el gen asociado al cáncer de mama, endometrio y ovarios.

El tipo más común de cáncer de mama en estos días, se da en mujeres postmenopáusicas con tumores receptores de hormonas positivos y receptor del factor de crecimiento epidérmico humano 2 negativo (HR+ HER2-) [33].

4. Tratamientos del cáncer de mama

1. Quirúrgicos:

a) Cirugía conservadora (CC): Es un tratamiento con intencionalidad radical y sus fines son: una mínima mutilación con un buen resultado estético, obtener una máxima información oncológica y un máximo control de la enfermedad local [21,23]. Para su aplicación son condiciones indispensables: el tratamiento con radioterapia adyuvante previo o posterior a la intervención y la aceptación por parte de la paciente [21,23]. La CC está contraindicada en

tumores multicéntricos, micro calcificaciones extensas, enfermedad de Paget de pezón con otra lesión mamaria, relación inadecuada tamaño mama-tumor, afectación de margenes y componente intraductal extenso [21,23]. Son contraindicaciones relativas la multifocalidad, la gestación, la lesión retro areolar y la edad avanzada [21,23].

La técnica quirúrgica implica la exéresis tumoral amplia (no fraccionada), con una mínima manipulación de la pieza quirúrgica y orientación espacial, incluyendo la fascia pectoral próxima en lesiones profundas [21,23].

- Tumorectomía: No incluye resección de piel, solo extirpación de la tumoración patológica con margen de seguridad [21,23].
- Segmentectomía: Extirpación amplia de un segmento mamario [21,23]. No incluye necesariamente extirpación de piel [21,23].
- Cuadrantectomía: Extirpación de un cuadrante de la mama, incluyendo la piel [21,23].

b) Mastectomía: Es la extirpación quirúrgica de la glándula mamaria: piel, complejo areola-pezón y todo el tejido glandular mamario, teniendo en cuenta su extensión en la 2a-3ª a 6a-7a costilla, y en la línea para-esternal hasta la línea axilar anterior [21,23]. A menudo, estos límites alcanzan la clavícula, la línea media esternal y el borde del dorsal ancho [21,23].

La mastectomía está indicada en caso de contraindicación de CC, imposibilidad de radioterapia adyuvante y por deseo expreso de la paciente [21,23].

c) Tratamiento quirúrgico de los ganglios:

Ganglio centinela: La definición original de Morton de que un ganglio centinela (GC) es “el primer ganglio linfático que recibe drenaje linfático aferente de un tumor primario” refleja adecuadamente el concepto de la diseminación en etapas del cáncer a través del sistema linfático y alude al ganglio que estaría inicialmente expuesto a recibir las metástasis del tumor primario [21,23]. La localización, exéresis y biopsia de los GC, supone la obtención de una muestra comparativamente mucho menor que la de la linfadenectomía, disminuyendo la morbilidad de la intervención radical y permitiendo un estudio histopatológico más minucioso [21,23]. La linfadenectomía supone la exéresis de un gran número de ganglios, no siempre de la totalidad, pero si la mayoría. Se realiza en caso de que la técnica GC este contraindicada (Antes o después de la terapia sistémica primaria del carcinoma local avanzado con afectación ganglionar, sospecha de afectación ganglionar en imagen y citología, en carcinoma inflamatorio).

d) Cirugía oncológica: no como un grupo de procedimientos encaminados a la mejora estética sino como una oportunidad para mejorar su calidad de vida mediante la resección adecuada de su proceso y un mínimo impacto en su imagen corporal [21,23]. Esta nueva cultura oncológica incorpora el resultado cosmético como parte integral del tratamiento oncológico y por ello parece lógico pensar que sus principios se incorporen también a las resecciones locales

(tumorectomías) y a la propia amputación de la mama (mastectomía) para mejorar las expectativas en la reconstrucción [21,23].

Esta visión oncoplástica en el tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, centra su atención en la preservación del contorno mamario, la disminución en la visibilidad de las cicatrices, la optimización de la mama para su irradiación y la similitud en los volúmenes mamarios [21,23]. Como consecuencia de esta nueva cultura, asistiremos a una baja tolerancia a la deformidad mamaria, la asimetría y a la radiodermatitis severa en mamas ptósicas [21,23].

e) Reconstrucción mamaria: El objetivo de la reconstrucción mamaria es conseguir una restauración morfológica, lo más similar posible a la mama natural, con el menor sacrificio anatómico y funcional para la mujer y con un resultado lo más duradero posible [21,23]. Actualmente, existen multitud de técnicas quirúrgicas la elección debe personalizarse a la paciente, según condiciones físicas, las características de su enfermedad, así como de sus deseos y expectativas [21,23]. Esto es importante, ya que muchas veces, deben combinarse distintas técnicas para conseguir resultados realmente satisfactorios [21]. En este sentido, la integración del Cirujano Plástico en el Equipo Multidisciplinar, permite una mayor oportunidad de ofrecer la reconstrucción adecuada y es una garantía de su ejecución en el momento óptimo para la mayoría de las pacientes [21,23]. La elección de la técnica quirúrgica de reconstrucción mamaria debe ser tomada de forma consensuada entre la paciente y el equipo médico (especialmente el cirujano plástico), habiendo facilitado siempre con anterioridad una correcta y comprensible información sobre las limitaciones, expectativas y riesgos de cada técnica [21,23]. Como hemos mencionado existen multitud de técnicas para la reconstrucción, según esto, la reconstrucción se puede agrupar en función del momento en el que se realice encontrando la reconstrucción diferida o inmediata.

e.1) Reconstrucción mamaria inmediata: Realizada en el mismo momento en que se efectúa la cirugía oncológica. Reduce la secuela física y psíquica de la amputación mamaria y reduce el número de cirugías a las que se somete a la paciente [21]. Si se prevé radioterapia postoperatoria, puede contraindicarse alguna técnica concreta, o adaptarla a la estrategia reconstructiva a este evento [12,21].

e.2) Reconstrucción diferida: Se realiza en un tiempo posterior a la cirugía oncológica de la mama: Los tiempos varían en función de las características clínicas, psíquicas y sociales de cada paciente. En líneas generales, se acepta un mínimo de 6 meses una vez finalizada la quimioterapia o un mínimo de 1 año si se ha recibido radioterapia [21]. No obstante estos lapsos de tiempo son individualizables, sin necesidad de ser excesivamente dogmáticos [21,23].

Por otro lado, podemos agrupar las técnicas en 3 grupos sin depender del tiempo, solo en relación al tipo de técnica quirúrgica. Encontrando 3 opciones:

I) Técnicas basadas en expansión tisular y/o uso de implantes mamarios:

I a) Implantes mamarios directos: Pueden emplearse cuando los colgajos cutáneos pectorales remanentes tras la mastectomía son de buena calidad [21,23]. En general es una técnica con indicaciones limitadas, que permite la reconstrucción en un solo tiempo, pero que tiene un riesgo quirúrgico de extrusión del implante mayor que otras técnicas y parece tener una mayor incidencia de contractura capsular [21,23]. Hoy en día, la dificultad para obtener buenos resultados si la cirugía oncológica ha sido correcta hacen que sea poco utilizada [21].

I b) Implante expansor definitivo tipo Becker: Técnica que utiliza un implante de gel de silicona con un compartimento rellenable de suero salino mediante una válvula a distancia [21]. Tiene menor riesgo de extrusión por dar menos tensión al cierre cutáneo y permite la reconstrucción en un solo tiempo quirúrgico [21,23]. Es una técnica que tiene unas indicaciones limitadas ya que los resultados a medio y largo plazo son pobres [21,23].

I c) Expansión tisular: Se basa en colocar un implante rellenable, con una válvula a la que se puede acceder de manera percutánea. Se coloca el expansor en el primer tiempo quirúrgico [21,23]. A las 2-3 semanas de implantarlo, en función del estado de los tejidos de cobertura y la cicatriz, se inicia el proceso de expansión que finaliza en un periodo de 3 a 6 meses [21,23]. Una vez finalizada la expansión, unos 2 o 3 meses más tarde se realiza la segunda intervención de recambio del expansor por el implante definitivo [21,23].

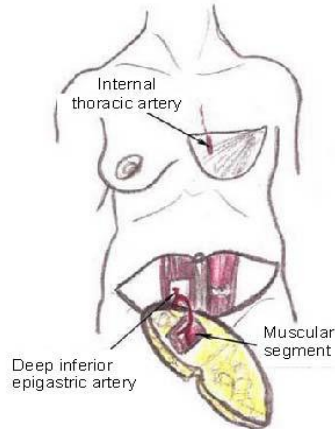
II) Técnicas basadas en tejido autólogo: En nuestro contexto, en sanidad pública el uso de tejido autólogo sigue aumentando su frecuencia [21]. Por ejemplo la reconstrucción tisular con expansión más prótesis y lipofilling (relleno con grasa autóloga) es un método seguro y, según algunos autores, capaz de obtener resultados altamente satisfactorios [21,34–36]. En caso de precisar radioterapia tras una reconstrucción inmediata, algunos autores combinan la sustitución del expansor con lipofilling, refiriendo, buenos resultados [21,34–36]. Esta técnica también se utiliza como opción tanto en la simetrización de la mama sana como para aumentar el grosor del tejido en la mama reconstruida [21,23]. También tiene indicación en la reconstrucción diferida de aquella mujer que ha sido irradiada o tiene colgajos cutáneos finos [21].

II a) TRAM: El TRAM consiste en utilizar el exceso de piel y grasa infra umbilical junto con el musculo recto abdominal, trasladándolo al tórax mediante un túnel subcutáneo desde el abdomen hasta el tórax, por encima de las costillas [18,21]. El musculo recto del abdomen se secciona en la parte inferior. El suministro vascular necesario para nutrir a la grasa y la piel del abdomen son a expensas de los vasos epigástricos profundos superiores que vascularizan el recto abdominal, pero no son su pedículo dominante. Una vez transferido al tórax, este tejido se remodela para crear la nueva mama [18,21]. Al seccionar el musculo, suele ser preciso reconstruir la pared abdominal de la paciente mediante una malla sintética de refuerzo [21,23]. La debilidad de la pared abdominal tras la extracción del músculo y la fascia muscular o la denervación dan mayor riesgo de hernia de la pared abdominal y protuberancias [18]. Existe la

variante de colgajo TRAM libre en que se extirpan piel y grasa y parte de la musculatura y se transfiere mediante microcirugía al tórax, anastomosándola a vasos receptores locales, con similares inconvenientes, aunque la cantidad de musculo sacrificada es menor [18,21].

Imagen 1: Reconstrucción mamaria

con colgajo TRAM [15]

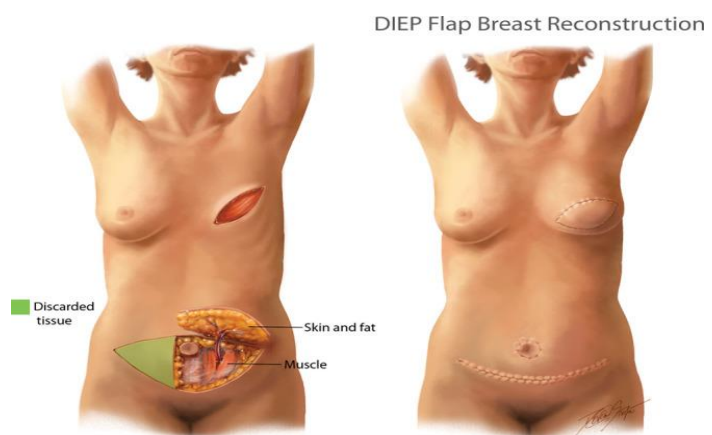


Los avances en el conocimiento anatómico de los territorios cutáneos y el perfeccionamiento de la técnica microquirúrgica alcanzados [34], nos han llevado a la microcirugía basada en vasos perforantes, ofreciéndonos nuevas posibilidades de reconstrucción mamaria. De estas nuevas técnicas destaca el DIEP y el SGAP [21,23,37].

II b) DIEP (Deep Inferior Epigastric Perforator): Con el DIEP, únicamente se utilizan la piel y el tejido graso subcutáneo vascularizados a través de unos vasos perforantes que los conectan con la arteria y vena epigástrica inferior profunda [18,21,23,34,38]. Se preserva la totalidad del musculo con su fascia, su inervación motora y su circulación colateral, manteniendo una buena funcionalidad de la musculatura y conservando íntegra la estructura de la pared abdominal [18,21,23,34,38]. El tejido abdominal se traslada y se revasculariza micro quirúrgicamente [37].

Imagen 2: Reconstrucción

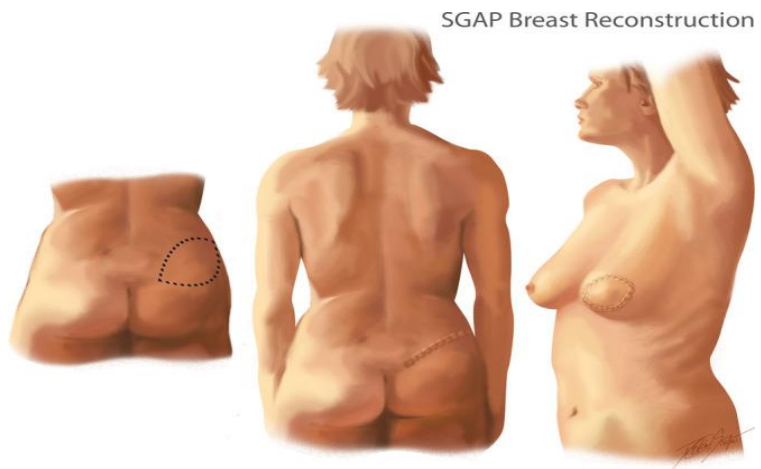
mamaria con colgajo DIEP [39]



II c) SGAP (Superior Gluteal Artery Perforator). El colgajo SGAP se ha descrito en la literatura como un colgajo adipo-cutáneo exitoso durante más de una década, y se han notificado modificaciones del diseño del colgajo para capturar perforantes septo cutáneos para evitar la deformidad del sitio del donante [18,21,34,38–40]. Esta técnica es una alternativa para aquellas pacientes que no tienen tejido abdominal apropiado por ello no se puede aplicar el DIEP. Es un

procedimiento poco común debido a la dificultad técnica [39,40]. No se conocen los resultados a largo plazo por la novedad de la técnica [39,40].

Imagen 3: Reconstrucción mamaria con colgajo SGAP [39]



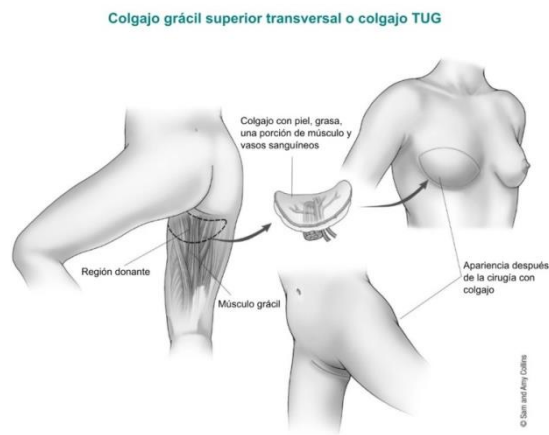
II e) IMAp: Una alternativa infrecuente al DIEP o SGAP es el colgajo IMAp (internal mammary artery perforator), solo posible en mujeres con mamas muy hipertróficas [21,23]. Se aprovecha la mitad inferior de la mama sana, que se reduce, para reconstruir la mama mastectomizada. Es una técnica más sencilla a las dos anteriores requiriendo menos especialización del equipo quirúrgico.

II f) SIEA (Superficial Inferior Epigastric Artery): El colgajo SIEA proporciona la misma piel y grasa abdominal para la reconstrucción que el colgajo DIEP, pero causa menos morbilidad en el sitio del donante, ya que no se debe hacer incisión en la fascia abdominal y no se realiza disección del vaso a través del músculo recto del abdomen. Existe un riesgo mínimo o nulo de una hernia abdominal posterior e incluso menos dolor abdominal que con otros colgajos abdominales [37]. Sin embargo, el colgajo SIEA está limitado por la variabilidad en su anatomía vascular y el territorio de la piel. La arteria y la vena epigástricas inferiores superficiales son la arteria epigástrica inferior superficial y la arteria circunfleja ilíaca superficial ingresa y solo se enlazan al tronco femoral común el 60 por ciento de las veces [37], por ello muchas veces se ha de emplear más tiempo y esfuerzo en la disección para al final conseguir una arteria de calibre insignificante que no asegura la mejor coincidencia de tamaño con la arteria mamaria interna.

II g) PAP (Profunda Femoris Artery) [23] Un colgajo relativamente nuevo en el arsenal de reconstrucción mamaria el cual constituye una alternativa más al abdomen [41]. Es un colgajo del muslo transversal lateral, que es una variante del miocutáneo el colgajo de muslo antero-lateral, basado en perforantes procedentes de la rama descendente de la arteria circunfleja femoral lateral [42].

II h) TUG (Transverse Upper Gracilis) o TMG (transverso del musculo gracilis) [21]: Aunque el abdomen constituye la principal zona donante utilizada para el diseño de colgajos destinados a la reconstrucción mamaria, en ocasiones, esta piel no es suficiente o no es adecuada para este fin [43]. En estos casos, se requieren zonas donantes alternativas como el TMG [43]. El colgajo TMG representa una buena opción técnica, equiparable a los colgajos abdominales, para pacientes con mamas de pequeño o moderado tamaño que precisan una reconstrucción con tejidos autólogos [43]. La valoración de los resultados por las pacientes suele ser buena [43], pero sigue siendo un tipo de reconstrucción mamaria poco usada y en estudio. Su principal limitación tiene que ver con las posibles secuelas en la zona donante y su volumen limitado de piel y grasa.

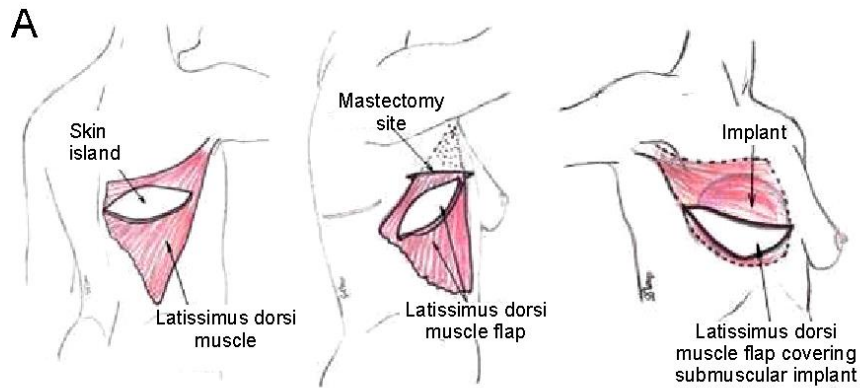
Imagen 4: Reconstrucción mamaria con colgajo TUG [44]



II i) TAP (Thoracodorsal artery perforator) [21]: Las publicaciones sobre este colgajo son escasas, posiblemente porque rara vez se utiliza como resultado del alto nivel de habilidad necesario para su preparación [45]. La transferencia como un colgajo libre es un procedimiento delicado que implica la preparación del vaso transmuscular y la transposición como un colgajo de isla está limitada por el alcance [45]. Este procedimiento debe ser realizado por microcirujanos experimentados, después del entrenamiento en cadáveres y después de la obtención de imágenes Doppler color preoperatorias para determinar la ubicación precisa de los perforadores principales [45]. El uso de este colgajo de perforante está indicado en casos donde es necesario un pedículo vascular largo para una transferencia apropiada de tejido libre, y donde el aspecto estético y la minimización de la morbilidad del sitio del donante son más importantes que un riesgo potencialmente alto de falla [45].

II j) Dorsal ancho (latissimus Dorsi): Consiste en un colgajo miocutáneo del dorsal ancho con una isla de piel y grasa hacia el pecho [21,46–48], es la técnica más usada en UK, este hecho hace que sea una técnica bien establecida o incluso una rutina en muchas unidades [46,47].

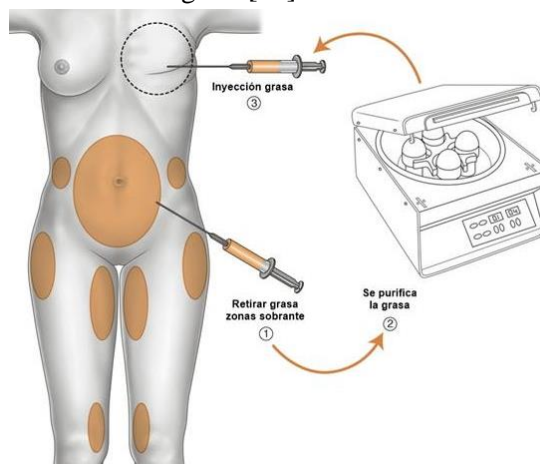
Imagen 5: Reconstrucción mamaria con colgajo dorsal ancho. [15]



II k) Lipomodelado: Injerto de grasa, lipofilling. [22]: La transferencia de grasa autóloga (lipofilling, técnica de Coleman, lipomodelado), es un procedimiento que ha ido adquiriendo un amplio predicamento en los últimos tiempos [22]. La principal crítica al uso de grasa es su seguridad oncológica que conlleva un control estricto posterior cuando se utiliza en cirugías conservadoras dado que la tasa global de recurrencias locales espontaneas se ha estimado en el 1.5% [22]. Además es preciso un cribado radiológico previo y al año de la lipotransferencia para la detección de imágenes anómalas radiológicas, se han descrito: 15% de quistes oleosos, 20% de necrosis grasa un proceso pseudo-tumoral [22].

Las indicaciones del lipomodelado incluyen: aumento del volumen mamario, mejora de la morfología, mejora de la proyección, mejora de la consistencia y mejora del contorno [22]. Se ha descrito la realización de reconstrucción solo con transferencia grasa en caso de mamas pequeñas o medias, en 3-4 sesiones en no radiadas y en 4-6 sesiones en pacientes radiadas [22]. Además de la reconstrucción también es una técnica usada en las técnicas conservadoras para conseguir que la mama quede con un resultado similar al original [22].

Imagen 6: Reconstrucción mamaria mediante lipomodelado. [49]



III) Técnicas combinadas:

III a) Dorsal ancho con expansor y/o implantes: una técnica muy usada durante los 80 y 90 por su fiabilidad, baja complejidad y buenos resultados [21,23,48]. Consiste en un colgajo del musculo dorsal ancho junto a piel y grasa al que se asocia un expansor tisular o un implante mamario [21,46,47]. El colgajo se tuneliza a través de la axila trasladándose la paleta cutánea al

tórax [21,23]. El expansor o el implante se suelen colocar por debajo del musculo para conseguir el volumen y proyección de la mama reconstruida [21,23,48].

Se suele utilizar en los casos que no se puede realizar una reconstrucción con DIEP y así como en pacientes irradiadas en las que no es aconsejable realizar expansión tisular de los tejidos expuestos a la radioterapia [21,23].

III b) Colgajo toraco-dorsal lateral con prótesis: Se trata de un colgajo fascio-cutáneo de trasposición, con eje horizontal, pediculado un par de centímetros por delante de la vertical trazada por el pliegue axilar anterior, y cuyo eje es tangente al borde inferior del surco sub-mamario [21,23]. Todo este pedículo acompañado de una prótesis da un resultado óptimo.

La elección de una u otra técnica depende de muchos factores, pero hemos de tener en cuenta la siguiente tabla:

	Implantes	Tejido Autólogo
Limitaciones	<p>Duración limitada y variable.</p> <p>No evolución armónica con el resto del cuerpo (no varían con los cambios corporales de incremento o pérdida de peso, o paso del tiempo).</p> <p>Simetría temporal respecto a la mama natural contralateral.</p> <p>Riesgo de contractura capsular.</p> <p>La sensación sobre todo en pacientes delgadas, de frialdad en la zona.</p> <p>El tacto diferente frente a la mama contralateral, la limitación para obtener una ptosis glandular normal.</p>	<p>Mayor dificultad técnica para el equipo quirúrgico (curva de aprendizaje más larga).</p> <p>Cicatriz en zona donante.</p> <p>Tiempos quirúrgicos largos, y más riesgo de complicaciones.</p> <p>El colgajo cutáneo es de color distinto, tanto la piel como el tejido tienen una textura más gruesa y el tamaño es limitado.</p>
Beneficios	<p>Sencillez técnica para el cirujano.</p> <p>No provoca nuevas cicatrices.</p> <p>Menos intervenciones con excelentes resultados,</p> <p>Uso del tejido adyacente por ello color similar, textura similar y sensación similar.</p> <p>Salvaguarda tejido autólogo para</p>	<p>Resultados naturales en términos de apariencia y definitivos, más durabilidad y tacto más similar.</p>

	futuras intervenciones.	
Complica-ciones potenciales	Hematoma, seróma, extrusión del implante, infección, rotura del implante, contracturas capsulares que aumenta si se requiere radioterapia adyuvante post-operatoria.	Puede existir perdida de volumen por atrofia muscular secundaria Cicatriz en la zona donante con posible asimetría del contorno de la espalda o del abdomen.
Contra-indicaciones	Presencia de tejido irradiado previo, cobertura cutánea deficiente por piel muy fina o alterada por distintas enfermedades cutáneas o del tejido conjuntivo, mama contralateral muy grande (relativa: puede reducirse la mama sana), índice de masa corporal elevado y ausencia o alteración del musculo pectoral mayor.	Cobertura cutánea deficiente por piel muy fina o alterada por distintas enfermedades cutáneas o del tejido conjuntivo. Bajo índice de masa corporal ya que no se obtendrá tejido suficiente de las zonas donantes para reponer el volumen. Mama contralateral muy grande, o mamas originalmente grandes (relativo ya que se puede reducir la contralateral o en el caso de bilateral que ambas mamas queden de un tamaño menor)

Tabla 1. Limitaciones y ventajas de los dos grandes grupos de técnicas. [21,22]

2. Hormonal:

En el caso de que los tumores sean hormonales existen tres tratamientos para anular el efecto estimulante de los estrógenos. El primer tratamiento son los inhibidores de la aromatasa (IA) que bloquean la producción de estrógenos a partir de las grasas, que son los estrógenos principales en la menopausia y postmenopausia. El mecanismo de acción de los IA es la inhibición de la conversión de andrógenos a estrógenos, que resulta en una disminución $\geq 90\%$ de los estrógenos circulantes en pacientes postmenopáusicas [21,23]. En cambio, en presencia de actividad ovárica, tienen una actividad sub-óptima, o incluso estimuladora [21]. Debe asegurarse, pues, el estado menopáusico antes de indicarlos, y no prescribirlos indiscriminadamente en presencia de una mera amenorrea quimio inducida [21,23].

La segunda línea son los bloqueantes del receptor celular de estrógeno que estaría indicado para las mujeres premenopáusicas. Si hablamos de fármaco GOLD estándar diríamos que el tamoxifeno es el pilar fundamental de la terapia hormonal en pacientes pre-menopáusicas, ya que reduce en un 30 y 24% en los riesgos de recurrencia y muerte respectivamente [21].

Por último encontramos la Supresión o ablación de la función ovárica, la supresión de la función ovárica puede obtenerse mediante maniobras ablativas definitivas (ooforectomía, irradiación ovárica) o reversibles (análogos LHRH (hormona luteinizante)) [21,23]. La ablación como monoterapia se ha asociado a una reducción del 30% en los riesgos anuales de recurrencia y muerte, ambos estadísticamente significativos, en ausencia de quimioterapia [21,23]. Por otro lado, la Supresión con agonistas LHRH en monoterapia se ha asociado a una reducción del riesgo de recurrencia y muerte del 28 y 18%, respectivamente, sin significación [21,23].

Sin embargo, la cuestión de mayor interés hoy en día, que es conocer si la unión de supresión o ablación ovárica y quimioterapia en ausencia, y sobre todo, en presencia de tamoxifeno, aporta algún beneficio, continua sin respuesta [21,23].

En conclusión: El tratamiento con tamoxifeno (20 mg/día) durante 5 años constituye el tratamiento hormonal estándar para las pacientes pre-menopáusicas RH+ [21,23].

3. Quimioterapia:

Indicado en caso de afectación ganglionar, en caso de presencia de factores de riesgo (FR) [21,23]. Se consideran FR según la conferencia de Sant Gallen 2011 la edad <35 años, tamaño tumoral >2cm, grado histológico 2-3, receptores hormonales (RH) negativos, sobreexpresión/amplificación de HER2 y la presencia de invasión vascular o linfática [21,23]. Esta clasificación inicial era un poco básica y englobaba en un mismo grupo muchos sub tipos de la enfermedad, por ello se desarrolló una nueva agrupación más sencilla [21,23]:

- Luminal A: RE y/o RP positivos, HER2 negativo, Ki 67 \leq 14%
- Luminal B 1: (HER2 negativo) RE y/o RP positivo, HER2 negativo, Ki 67 > 14%
- Luminal B 2: (HER2 positivo) RE y/o RP positivo, HER2 positivo, cualquier Ki 67
- HER2 (no luminal): HER2 positivo, RE y RP negativos
- Triple negativo: HER2, RE y RP negativos

Según esta nueva clasificación: Los tumores luminales A, son los de mejor pronóstico, y constituye el grupo menos quimiosensible [21]. Los tumores luminales B, son tumores más agresivos, con peor pronóstico y mayor quimiosensibilidad que los luminales A [21]. Los tumores HER2 positivos son de mayor agresividad biológica y junto con los triples negativos, son los tumores de peor pronóstico, si bien la incorporación del trastuzumab en el tratamiento adyuvante de dichos tumores mejoro significativamente el pronóstico de los mismos [21,23]. Los tumores triple negativos son agresivos, más quimiosensibles y de mal pronóstico [21].

Actualmente existen además firmas génicas para evaluar el pronóstico de las pacientes con tumores luminales. Las más desarrolladas son el Oncotype DX RS y el MammaPrint [21,23]. Están basadas en un panel de 21 genes mediante el cual se obtiene una puntuación en escala continua, denominada Recurrence Score (RS) [21]. En función de la misma las pacientes son divididas en 3 grupos pronóstico: <18 puntos, recurrencia a los 10 años de 6.8%, 18-30 puntos

14.3% y >30 puntos 30% [21]. Las pacientes con un RS bajo serían candidatas a hormonoterapia (HT), aquellas con un RS alto recibirían quimioterapia (QT) y HT, las pacientes con RS intermedio esta aún pendiente determinar un protocolo a seguir [21,23].

4. Radioterapia:

La radioterapia sigue siendo un pilar básico del tratamiento del cáncer de mama, con indicación en todas las fases de la enfermedad. Su uso más extendido es como adyuvante a la cirugía, reduciendo la recidiva loco regional en dos tercios, mejorando la supervivencia [21,23].

La pasada década nos llevó de la radioterapia estándar en dos dimensiones a la conformada y actualmente estamos implementando la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) y la radioterapia guiada por imagen (IGRT), que permiten una mejor distribución de la dosis y una mayor precisión en su administración [21]. Con esto se pretende reducir aún más la toxicidad tardía, que es la responsable de los limitados beneficios en términos de supervivencia obtenidos en el pasado con la radioterapia como consecuencia de la toxicidad cardíaca [21,23].

5. Biológico adyuvante:

Los avances en el conocimiento de las características biológicas de las células tumorales, han permitido la identificación de diferentes dianas y vías moleculares y con ello el desarrollo de nuevos fármacos biológicos capaces de bloquearlas. Fármacos que a su vez tienen un perfil de toxicidad diferente al que clásicamente han presentado los agentes quimioterápicos.

El receptor HER2 se encuentra amplificado en aproximadamente un 25% de las pacientes con cáncer de mama, confiriendo un aumento del riesgo de metástasis y una reducción del tiempo a la progresión y de la supervivencia global [21]. Los anticuerpos monoclonales anti-HER2 han sido la primera estrategia terapéutica dirigida utilizada en el tratamiento del cáncer de mama HER-2 positivo [21,23].

5. Estrategias del Servei Català de salut

Desde el Servei Català de salut se tiene el programa de detección precoz del cáncer de mama que se inicia a los 50 años con mamografías de screening cada dos años, este programa acaba cuando la mujer cumple los 70 años [50,51].

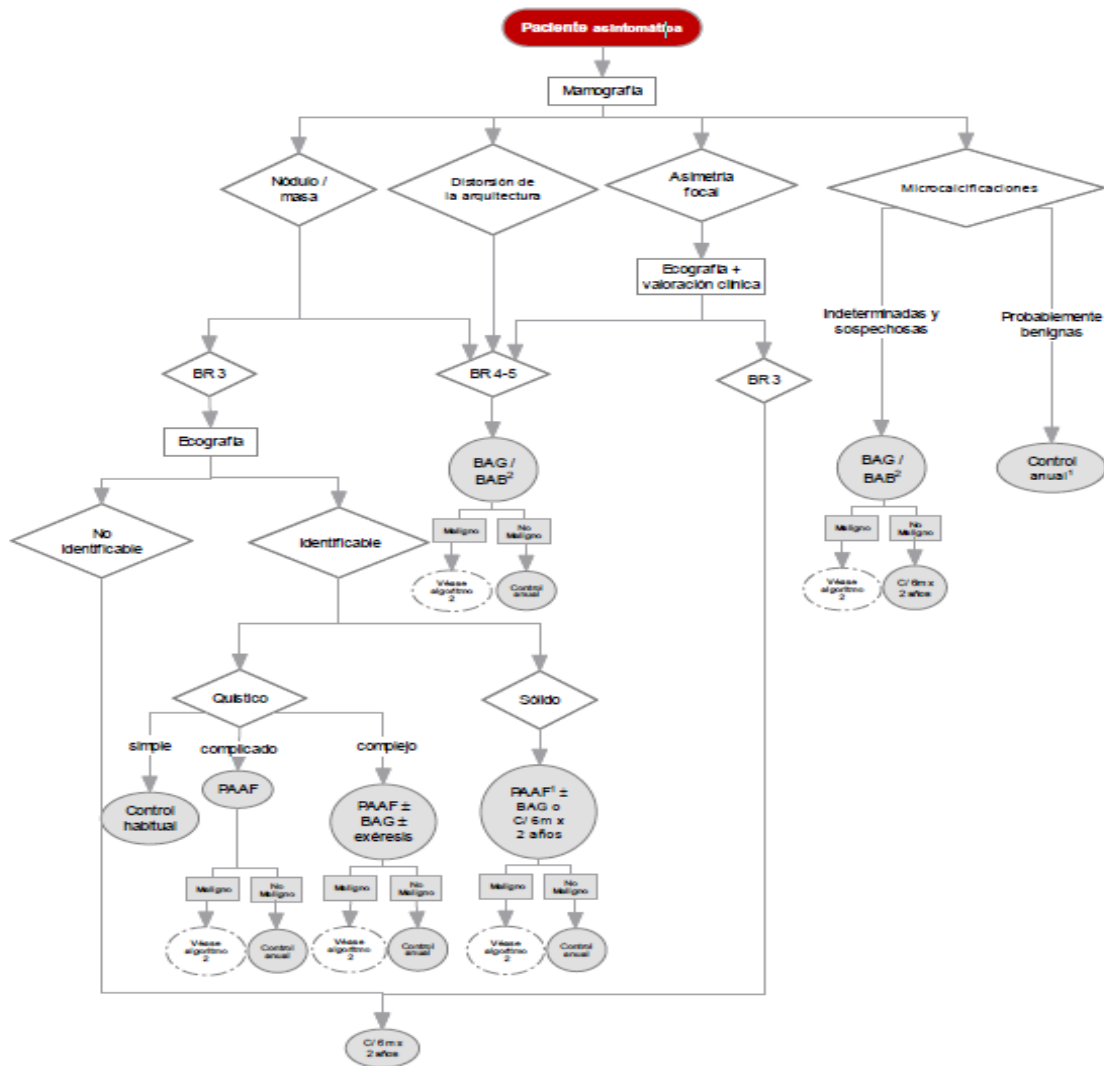
Se recomienda que el estudio de pacientes con sospecha de cáncer de mama incluya: valoración clínica, estudio de imagen y diagnóstico citohistológico [51]. Cuando la lesión a estudiar es palpable, se debe realizar la exploración radiográfica antes de ninguna punción diagnóstica, para no modificar las características morfológicas del tumor [51]. En pacientes menores de 35 años con lesiones palpables, se aconseja iniciar el estudio con una ecografía [51].

El estudio citohistológico tiene como objetivo la caracterización tisular de la lesión, con la obtención de una muestra celular mediante punción con aguja fina (PAAF), o histológica por biopsia percutánea con aguja gruesa (BAG) o biopsia asistida por vacío (BAV) [51]. La BAG

tiene mayor sensibilidad y especificidad que la PAAF en el diagnóstico de lesiones mamarias y la BAV proporciona una mayor sensibilidad y especificidad que las otras técnicas para microcalcificaciones y distorsiones del parénquima [51].

Desde el Servei se proponen los siguientes algoritmos para la decisión del tratamiento óptimo del cáncer de mama:

ALGORITMO 1A. VALORACIÓN INICIAL DEL CÁNCER DE MAMA



1 Valorar estudio citohistológico según antecedentes personales, familiares y situación clínica.
 2 En caso de resultado no concordante entre la sospecha radiológica y el resultado histológico, se repetirá el estudio histológico y se valorará la práctica de resonancia magnética.

Grafico 1 Fuente: Oncología de mama. Actualización 2008 Generalitat de Catalunya. [51].

ALGORITMO 2. ESTADIFICACIÓN Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE MAMA

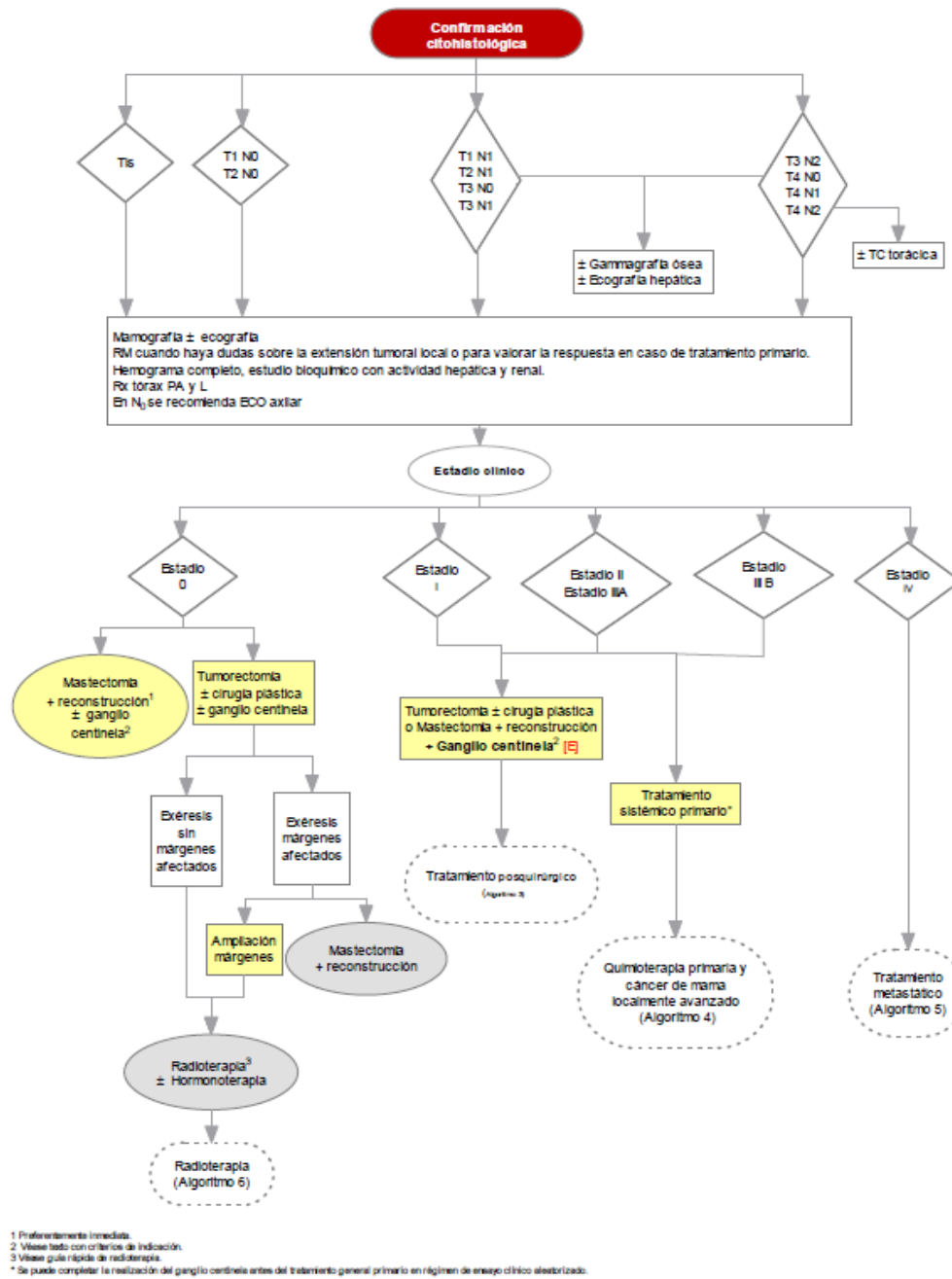
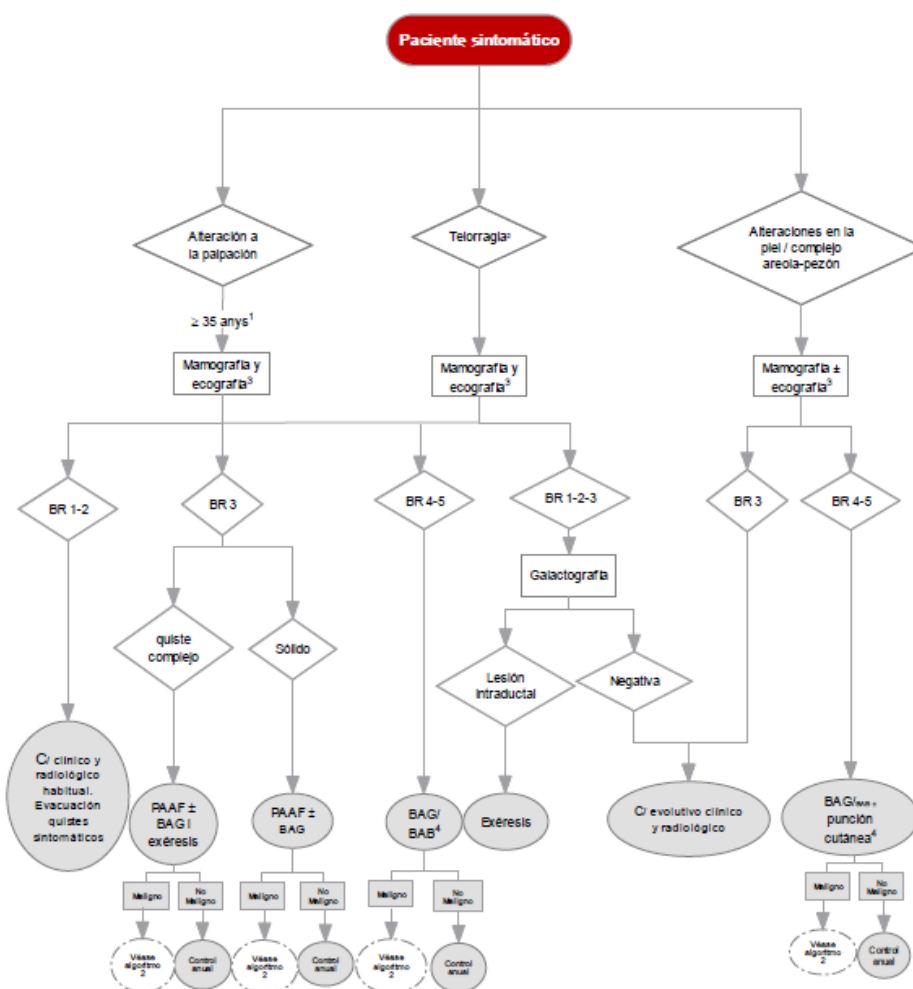


Grafico 3 Fuente: Oncología de mama. Actualización 2008 Generalitat de Catalunya. [51].

ALGORITMO 1B. VALORACIÓN INICIAL DEL CÁNCER DE MAMA



1 < 35 años. Ecografía Inicial. BR 1-2, c/ habitual; BR 3, c/ 6m o PAAF; BR 4-5, Incluir mamografía
 2 Telorragia con criterios de estudio.
 3 En todos los casos se valorará el grado de sospecha clínica y la necesidad de estudios complementarios (estudio citohistológico o resonancia magnética) si las pruebas de imagen habituales dan resultados negativos.
 4 En caso de resultados no concordantes entre la sospecha radiológica y el resultado histológico se repetirá el estudio histológico y se valorará la práctica de una resonancia magnética.

Grafico 2 Fuente: Oncología de mama. Actualización 2008 Generalitat de Catalunya. [51].

6. Historia de los tratamientos

A principios de los años 80, las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tenían unas posibilidades de recaída del 70%, en la actualidad la no recaída se aproxima a casi un 90% [5]. Este beneficio se ha alcanzado por medio de mejoras que en conjunto los avances han conseguido aumentar la supervivencia en un 20% entre los años 70 y la actualidad [5].

Si hablamos en concreto de la reconstrucción mamaria los primeros intentos de reconstruir una mama se remontan a finales del siglo XIX, pero hay que esperar hasta la década de los setenta

del siglo XX para que se desarrollen progresivamente las diversas técnicas empleadas en la actualidad [42]. (Para más información consultar el anexo16).

7. Eficacia de los tratamientos

Todos estos tratamientos se miden según la esperanza de vida y supervivencia de las pacientes a los 5 años del diagnóstico. Si aparecen metástasis, recaídas, etc.

En concreto en el caso de las reconstrucciones y los tratamientos quirúrgicos miden los resultados estéticos, si la zona cicatriza correctamente, si aparecen complicaciones o no, si la paciente está satisfecha con los resultados estéticos, si se ha eliminado completamente la lesión o quedan restos que irradiar, re-seccionar o tratar, etc. Para hacer una valoración correcta de estas condiciones se hace un seguimiento exhaustivo de la paciente, se le hacen ecografías rutinarias muy seguidas durante el primer año de la intervención, se valora la herida que no presente signos ni síntomas de infección, se comprueba que cicatriza correctamente, se evalúa a la paciente psicológicamente y se realizan pruebas de imagen [5,20,31,51]. Toda esta evaluación lleva bastante tiempo y a veces no se valoran criterios que se recomiendan como la satisfacción de la paciente con los resultados por esto si demostramos que la calidad de vida es un criterio óptimo para evaluar con una sola herramienta todos los criterios, reduciremos la carga de horas y trabajo ya que todo quedaría resumido en una sola encuesta y un solo indicador. Además el hecho de que actualmente se midan de formas distintas los resultados hace que no se puedan hacer estudios comparativos entre varios grupos evaluados por varios centros [52], por ello si todos evaluáramos igual se podrán hacer mayor número de estudios.

9. Últimas tendencias

Últimamente se tiende a realizar tumorectomías y después de ésta radioterapia, un tratamiento positivo en el hecho de que la paciente conserva la mama, una parte muy importante de la identidad como mujer. Pero a pesar de estos beneficios, se están encontrando muchas recidivas por ello a lo mejor no es la mejor tendencia a elegir [22].

10. Definición de los conceptos a evaluar

- Calidad de vida en el cáncer de mama y cuestionarios de medición

Por ahora no hay un acuerdo general respecto a la definición precisa de calidad de vida, pero algunas ideas claves serían: La calidad de vida es un concepto multidimensional, se refiere a la calidad percibida de una persona de su funcionamiento físico, psicológico, social y existencial; engloba la salud física, psicológica, los niveles de independencia, relaciones sociales, entorno, y el dominio espiritual [16]. Es un concepto que comprende componentes objetivos y subjetivos [53]. Un concepto que no sólo incluye el estado de salud sino también la economía, educación, medio ambiente, legislación y sistema de salud [53], todos los aspectos tienen un peso distinto para cada persona, por ello es difícil encontrar una escala válida y única.

La mayoría de las pacientes con cáncer de mama no fallecen por causa del CM, esto supone que las mujeres deben volver a su vida normal una vez acabado el tratamiento, ajustando su vida a las secuelas [53], además serán sometidas a un programa de seguimientos que causara ansiedad, sobre todo por el miedo a recaer, por suerte con el tiempo disminuye, e incluso se plantearán nuevas situaciones que afrontar como un nuevo embarazo, volver al mundo laboral,...

El cáncer de mama debido al aumento de la supervivencia se puede considerar una experiencia vital con un gran impacto emocional y especialmente son críticos momentos como el diagnóstico, la intervención quirúrgica y el inicio de la quimioterapia; paradójicamente el siguiente momento crítico es el final del tratamiento causando un estrés psicológico [53].

Toda esta experiencia vital siempre se había medido de forma biomédica, la morbimortalidad, el intervalo libre de enfermedad, la supervivencia, la respuesta tumoral y la recidiva [53], pero cada vez está cogiendo más peso la evaluación física, psíquica y social y para englobar estas medidas la CV es un concepto altamente útil.

Para medir CV existen diferentes instrumentos como el SF 36 que se trata de un cuestionario aplicado a la población general y específica, para obtener resultados más específicos de CV en pacientes con CM, se desarrollaron instrumentos como el EORTC QLQ C-30, EORTC-BR-23, FACT-B, BREAST-Q entre otros [19]. Pero como GOLD estándar se considera actualmente el EORTC QLQ C-30, la 3ª versión del cuestionario elaborado por la organización europea para la investigación y tratamiento del cáncer [19,20,38], por mi parte creo que mejor utilizare el EORTC-BR-23 ya que tiene más apartados centrados en la cirugía mamaria, y en la reconstrucción, además de que de esta versión si se dispone de traducción al español, sin embargo si quisiéramos centrarnos en la cirugía conservadora deberíamos utilizar la versión C-30 [54].

La escala de calidad de vida EORTC-BR-23 esta validada correctamente con una alfa de Cronbach de entre 0,53 y 0,98 determinando que la escala es fiable [55], y consta con 23 ítems dirigidos a evaluar la CV, el estado físico, emocional, social y funcionamiento global de los pacientes diagnosticados de cáncer de mama [53]. Las preguntas se refieren a la última semana desde la fecha en que se encuesta. El BR-23 se estructura en 5 dominios funcionales: funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, cognitivo y social, 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor, náuseas y vómitos), y 1 escala de estado global de salud, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico) [53]. Ningún ítem se repite y la escala se agrupa en 2 áreas, la de síntomas y la de funcionamiento [53]. Todos los ítems se valoran entre 1 y 4 (1 en absoluto, 2 un poco, 3 bastante, 4 mucho), excepto en la escala de salud global que se valoran de 1 a 7 (1 pésima, 7 excelente) [53]. La puntuación se estandariza de 0 a 100 que determina el nivel de afectación, determinando un valor alto como mejor en la escala de salud global, pero en la escala de

síntomas indica mayor presencia de síntomas y por ello peor estado, además en las escalas de funcionamiento sexual y el ítem del disfrute es inversa a la de salud global [53].

- Calidad de vida en relación a la salud (¿Es un indicativo de salud?)

Es un concepto que relaciona salud, estado de salud y calidad de vida agrupando elementos del individuo y externos que interaccionan con el cambiando el estado de salud o influyendo [53].

El concepto de salud más aceptado es el de la OMS que define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de la enfermedad [53]. El concepto estado de salud contiene todos aquellos elementos que forman parte integral de la persona y excluye los que existen de manera independiente a la persona aunque puedan interaccionar con el individuo [53]. Se define la CVRS como el valor asignado a la duración de la vida, modificado por la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y por la disminución de las oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud [53]. Es un concepto amplio influido por la salud física del paciente, los síntomas de la enfermedad, los efectos del tratamiento, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, y otros elementos de su entorno [53], por ello un concepto multidimensional muy útil para valorar de forma rápida al completo al paciente.

Razones por las que se evalúa CVRS: la importancia de evaluar la experiencia, preocupaciones y puntos de vista de los pacientes; y en segundo lugar, nuevas herramientas de medición del CVRS que evalúan nuevos procesos antes no evaluados por ejemplo la competencia funcional.

- Imagen corporal y cuestionarios de medición

La imagen corporal es según Schilder (1935) la imagen del cuerpo que nos formamos en nuestra mente, es decir la apariencia que le atribuimos a nuestro cuerpo [56]. La mayoría de cuestionarios que miden esta dimensión son: BDDE (Body Dysmorphic Disorder Examination), BSQ (Body Shape Questionnaire), BIAQ (Body Image Avoidance Questionnaire), CIMEC (Cuestionario de Influencias del Modelo Estético Corporal). Pero el MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) es la medida más completa y multidimensional que existe actualmente y por ello es su GOLD estándar [56].

Este cuestionario debe ser incluido en nuestro estudio ya que el 40% de las mujeres con cáncer de mama padecen una mastectomía y esto supone un cambio en su imagen física y por ello un cambio en su imagen corporal, por esto es necesario evaluar su imagen corporal, evaluar los cambios, y comprobar si la reconstrucción es una solución real y práctica para mejorar la imagen corporal de las mujeres [46]. El cuestionario a incluir es el MBRSQ validado al español en por la Universidad Ramón Llull en el 2009 [56]

La escala de imagen corporal MBSRQ (Multidimensional Body Self Relations Questionnaire) Presenta una fiabilidad global (consistencia interna) con alfas de 0.55 a 0.93[57]. Se trata de un inventario auto administrado de 69 ítems agrupados en 10 sub-escalas que miden evaluación y

orientación de las apariencias[57] La evaluación refleja lo mal o lo bien que se siente sobre cada área y las sub-escalas de orientación reflejan el grado de atención prestada a los diversos aspectos de la imagen corporal y cómo activamente una persona mantiene o mejora la apariencia de su cuerpo[57]. Las sub-escalas son las siguientes: Evaluación de la apariencia (mide los sentimientos de atractivo físico o la falta de atractivo, y la satisfacción o insatisfacción con los que uno observa, contiene 6 ítems), Orientación de la apariencia (mide el grado de inversión en la apariencia, contiene 12 ítems), Evaluación del estado físico (mide la sensación de estar físicamente apto o no apto, contiene 3 ítems), Orientación del estado físico (mide el grado de inversión de estar en buena forma física contiene 13 ítems), Evaluación de la salud (mide los sentimientos de la salud física y/o la ausencia de enfermedad, contiene 6 ítems), Orientación de la salud (mide el grado de inversión en un estilo de vida saludable, contiene 8 ítems), Orientación de la enfermedad (mide el grado de reactividad a ser o enfermarse, contiene 5 ítems), sub-escala de satisfacción de aéreas corporales (mide la satisfacción con aspectos diferenciados de la apariencia, contiene 9 ítems), sub-escala de preocupación por el peso (mide la ansiedad hacia la grasa corporal, el conocimiento del peso corporal, la dieta y restricción alimentaria, contiene 4 ítems) y sub-escala de auto-clasificación del peso (mide cómo una persona percibe y etiqueta su peso, que van desde muy bajo peso al sobrepeso, contiene 2 ítems) [56]. La correlación de Pearson test-retest es de $r=0.85$ [57].

Es una escala tipo Likert con 12 ítems en un rango de 1 a 7, las opciones de respuesta varían según los ítems: del ítem 1 al 57 desde Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo, el ítem 58 desde Nunca a Muy a menudo, los ítems 59 y 60 desde Muy por debajo del peso normal a Obeso/a, y del ítem 61 al 69 desde Muy insatisfecho/a hasta Muy satisfecho/a [57].

- Autoestima y cuestionarios de medición

El cáncer de mama supone una experiencia de vida altamente estresante, muchas pacientes llegan a padecer estrés, depresión y otros problemas psicosociales [58].

Todos estos aspectos deben ser controlados tras finalizar el tratamiento, una buena forma de predecir si un paciente padece de depresión, por ejemplo, es la evaluación de su autoestima. Además, el cambio de la imagen corporal debido al CM, puede ocasionar cambios en la autoestima. Por esto debemos valorar la dimensión de la autoestima en estas pacientes.

Como cuestionario GOLD estándar de esta dimensión encontramos el test de Rosenberg [59].

La escala de autoestima de Rosenberg consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia [59]. Su valoración es la siguiente: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1, y de los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4 [59]. Dando como resultados:

- De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada Considerada como autoestima normal[59].

- De 26 a 29 puntos: Autoestima media No presenta problemas de Autoestima graves, pero es conveniente mejorarla [59].
- Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos [59].

La escala ha sido traducida y validada al castellano, con fiabilidad correcta de 0.8 de alfa de Conbrach, y de consistencia interna presenta un coeficiente de Pearson de 0.8.15 [59].

- Satisfacción con los resultados estéticos y cuestionarios de medición

Existen múltiples cuestionarios que miden la satisfacción de las pacientes en relación a la actuación enfermera, al proceso de ingreso hospitalario, ... En muchos estudios se menciona la satisfacción de la paciente con el tratamiento como sub-apartado de la evaluación de la calidad de vida [38,60,61]. Suponiendo esto, y considerando que para comparar realmente la calidad de vida de un grupo versus el otro necesitamos la evaluación completa de las pacientes, nos planteamos que, si la satisfacción es un ítem de calidad de vida, debería ser evaluada con un cuestionario específico para cáncer de mama como para la evaluación de la calidad de vida.

Siguiendo esto la recerca bibliográfica nos muestra un cuestionario específico (BRECON-31) diseñado en Canadá y que no ha sido traducido ni validado al español [60]. Es un cuestionario valido con alta fiabilidad, y que podría considerarse un estándar de la satisfacción en el cáncer de mama tras la reconstrucción [60]. También existe como cuestionario MBROS-S pero no existen estudios de su validez y fiabilidad [62]. La principal limitación de los cuestionarios MBROS es la posibilidad de sesgo y confusión inherente en el uso de un diseño de cohorte prospectivo en lugar de un diseño aleatorio [62]. Por último encontramos el BREAST-Q [61] mide la satisfacción y la calidad de vida relacionada con la cirugía en pacientes sometidos a mastectomía con y sin reconstrucción [62]. Los estudios de validación que examinan la validez convergente y discriminante de la nueva medida, relativa a múltiples medidas existentes, se han completado con éxito recientemente [62]. El problema de esta escala es que como la canadiense tampoco está validada al español.

En conclusión se decide utilizar la escala de medición de la satisfacción con los cuidados en general ya que es la única validada al español. El GOLD estándar para la satisfacción del paciente con los cuidados de enfermería desde 1994 es el cuestionario LOPSS-12 de 12 ítems valorados del 1 al 7 desde totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo[63,64], por ello es el que formará parte del estudio.

La escala de satisfacción es LOPSS12, escala de satisfacción del paciente con los cuidados enfermeros, la escala original consta de 41 ítems pero la adaptación al español consta con 12 ítems[63]. Las respuestas son por puntos des de totalmente de acuerdo hasta totalmente en desacuerdo divididos en 7 niveles distintos [63]. La escala tiene validez de contenido y constructo con una alfa de Cronbach de 0.82, y una correlación de 0.95, por ello una escala

válida para su uso y adaptada al español [63]. La interpretación de la escala considera que a menor puntuación más satisfacción.

10. Papel enfermero

○ Unidad de la mama

Las unidades de la mamá son muy distintas entre ellas, dependen mucho de las necesidades del centro, de las pacientes, del tipo de hospital en el que se encuentren ubicadas o incluso la enfermera que la gestiona. Actualmente en fecha de 2018, existen 30 unidades de la mamá acreditadas por la SESPM (Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria), y 8 en proceso de acreditación [65].

El rol enfermero en estas unidades es autónomo, docente, un rol de gestión y un rol investigador ya que participa en estudios de la unidad, realiza jornadas que dan visibilidad a la profesión y a la unidad, etc. Es un papel imprescindible para la acreditación de una unidad.

La gestora de casos de la unidad de la mama garantiza la continuidad de los cuidados, favorece la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, ofrece canales de información para solucionar dudas, facilita la comunicación bidireccional con todos los componentes de la unidad, gestiona y coordina los servicios para conseguir un tratamiento precoz. Es un servicio que ofrece un apoyo individualizado, asistencial, prestando una atención integral, mediante la atención, gestión y coordinación. La enfermera da soporte a la información médica, soluciona dudas del diagnóstico y tratamiento. Controla todos los circuitos terapéuticos por los que ha de pasar la paciente anticipándose y gestionando las visitas, controlando las pruebas realizadas y está pendiente de los resultados de estas. Establece una relación de ayuda y continuidad durante todo el proceso, ofrece calidad. Es un punto de referencia y apoyo, la persona de referencia para las pacientes y los familiares además de para el resto de los profesionales del equipo. Evalúa las secuelas psicológicas en la paciente y da atención psicológica y acompañamiento. Realiza curas, hace seguimiento de las pacientes, gestiona las visitas, revisa la programación, organiza, atiende, revisa las autorizaciones, acompaña durante las pruebas, etc.

Es un rol que permite el canal directo de comunicación entre paciente y profesional con un vínculo de confianza que hace posible el intercambio fluido de información. La enfermera es el vehículo de la información entre los profesionales implicados. Todos estos procesos en los que está implicado este rol enfermero permiten bajar el nivel de ansiedad y favorecer la curación.

○ Calidad de vida

La fatiga, la ansiedad, el dolor, el estrés, la depresión, la alteración de la imagen corporal, la alteración del aspecto social de la persona, la alteración de las relaciones sexuales, el linfedema, la actividad física limitada, la alteración del sueño y la osteoporosis son inadaptaciones o patologías que alteran y disminuyen la calidad de vida en el cáncer de mama en relación a la

salud [66,67]. Enfermería, mediante una intervención basada en el proceso enfermero, pretende detectar y dar solución de independencia a las necesidades hasta la obtención del máximo nivel de automanejo, mejorando así la calidad de vida de las personas. Enfermería pretende formar a las pacientes, ayudarlas a mantener un peso adecuado, a continuar con la actividad física, respetando el reposo relativo postquirúrgico, evitar el consumo de alcohol y otras drogas, dar recomendaciones dietéticas, mejorar la adherencia al tratamiento, mejorar su autocuidado durante el proceso, desde el cuidado de piel y mucosas en radioterapia y quimioterapia, hasta la autocura de las heridas, la mejora de la imagen corporal mediante la oncoestética [66,67],...

Se puede concluir que enfermería en la calidad de vida supone un aumento de esta en las pacientes gracias a fomentar el autocuidado y dar apoyo psicológico, todo se consigue mediante el proceso de atención de enfermería, pero no hay estudios concluyentes, por esto este estudio podría comprobar el efecto real de enfermería en la calidad de vida.

11. Estudios hechos hasta ahora que midan la calidad de vida como criterio de eficacia.

En nuestra revisión podemos determinar que múltiples ensayos demuestran la supervivencia equivalente entre mastectomía y cirugía conservadora de la mama [54]. Respecto a la calidad de vida y la satisfacción, existen 5 tipos de mediciones válidas, donde 3 se centran en problemas del tratamiento no quirúrgico (EORTC QLQ BR-23, FACT-B, HBIS), 1 (BIBCQ) no aborda las preocupaciones estéticas tras la reconstrucción y el último (BREAST-Q) se desarrolla solo para pacientes mastectomizadas y reconstruidas pero sin tener en cuenta la terapia conservadora [54]. En general, se observan dos limitaciones clave: 1) los problemas específicos de cirugía de pacientes con cirugía conservadora de mama no estaba bien representados y 2) las medidas se desarrollan en gran medida sin la ayuda de nuevos métodos psicométricos que pueden mejorar su utilidad clínica [54]. La satisfacción en las mujeres mastectomizadas en general fue de 3,36 sobre 7, la calidad de vida según EORTC QLQ-BR23 en las reconstruidas no es mayor a las no reconstruidas, pero la imagen corporal si es mejor, especialmente antes de los 60 años, y pacientes obesas [48]. Además, conforme antes evalúes la imagen corporal y el puntaje de actividad sexual mejora en las pacientes reconstruidas. Se puede concluir que la calidad de vida no mejora a corto plazo, pero si la imagen corporal y la satisfacción, por ello es necesario nuestro estudio, para comprobar cómo afecta la reconstrucción a largo plazo (5 años) [48].

Otros estudios comparan los tipos de reconstrucción aloplástica (protésica) (implantes de silicona o de solución salina) en relación a la calidad de vida y la satisfacción [38]. En estos estudios los implantes de silicona dan lugar a mayor satisfacción, y en relación a la calidad de vida, los implantes de silicona tienen una función física general mayor y los implantes de solución salina dan más efectos secundarios sistémicos, concluyendo que daban mejores resultados los implantes de silicona a nivel de satisfacción, pero no de estado de salud global

[38]. Por otro lado en relación a la reconstrucción autóloga, se compara frente a la no reconstrucción [16]. La satisfacción de estas pacientes con la reconstrucción mamaria tuvo una puntuación media alta de 14,44 sobre 20 y la mayoría votó afirmativamente por tener la misma reconstrucción nuevamente si se les ofreciera y recomendaría la reconstrucción a otros pacientes [16]. Según esto las mujeres egipcias con cáncer de mama mostraron una mejor calidad de vida y resultados de satisfacción con la imagen corporal después de la reconstrucción mamaria inmediata [16].

III. JUSTIFICACIÓN

Los estudios que evalúan la calidad de vida en pacientes con cáncer de mama o reconstruidas por lo general son revisiones sistemáticas de la literatura, estudios retrospectivos transversales o "patient reported study". En el caso de las revisiones sistemáticas todas ellas desencadenan en una guía de actuación. Los estudios retrospectivos no siempre consiguen una fiabilidad elevada ya que por mucho que consultes la historia clínica de la paciente, si quieres evaluar la calidad de vida, que es un criterio en parte subjetivo, puede que la paciente no recuerde bien como se sentía. Y por último los estudios patient reported suelen ser cualitativos. Nuestro estudio pretende ser cuantitativo ya que mediremos valores subjetivos objetivándolos en escalas numéricas. Además, la intención es hacer un estudio transversal que permita medir el estado de las pacientes en un solo momento tras la reconstrucción.

La evidencia científica nos muestra lo necesario que es este estudio ya que ningún estudio hasta ahora mira las pacientes más allá de los 5 años, todos son máximo 8 meses, por ello el estudio es para ver realmente a largo plazo si mejora la calidad de vida de las pacientes el tratamiento y ver cuál de ellos es más eficaz.

Como ya hemos mencionado anteriormente, el CM es una patología limitante reduciendo la calidad de vida, afectando a muchas perspectivas, por ello creemos que es importante incurrir en demostrar qué tratamientos mejoran ciertos aspectos de estas pacientes y promoverlos.

Además, ninguno de los estudios hechos hasta ahora compara las reconstrucciones autólogas versus las protésicas en relación a la calidad de vida, solo se han llegado a comparar tipos de autólogas entre ellas o tipos de protésicas entre ellas. Probablemente relacionado por las discordancias entre los distintos centros, ya que, aunque existan unidades acreditadas y personal altamente formado, no todas las pacientes tienen acceso a todos los tipos de tratamiento hoy en día existentes. Por desgracia, generalmente en nuestro país escasea la formación en cirugía mamaria autóloga, haciendo que se le aconseje a la mayoría de pacientes la cirugía protésica. Si la evidencia científica consiguiera demostrar que el tratamiento autólogo es mejor, probablemente se formarían más profesionales.

El hecho de conocer cuál de los dos tratamientos es mejor permitiría actualizar las guías de práctica clínica, y actuar con visión de futuro, teniendo en cuenta cómo afecta a largo plazo cada una de las acciones realizadas en la paciente.

Por otro lado, nuestra muestra sería catalana, el Servei Català considera realmente esta patología un problema de salud ya que plantea una guía exclusiva para este, y toda una línea de detección precoz del CM. Por ello realmente nuestros resultados permitirían que la oncología de práctica clínica de la Generalitat se actualizara teniendo en cuenta evidencia real de su población, evaluando la calidad de vida de estas pacientes, demostrando qué tratamiento es más eficaz y añadiendo las nuevas técnicas hasta ahora no contempladas en la guía.

Los motivos que nos llevaron a crear este proyecto han sido: Poder incidir en la mejora de la calidad de vida en el CM. Pretendemos ayudar a realizar mejoras en el desarrollo de un modelo de asistencia dirigido a las pacientes que han sobrevivido a un cáncer de mama.

Además, sería una forma de optimizar recursos para el sistema de salud actual ya que el plan que proponemos es una única intervención que solución con un método la reconstrucción mamaria, y suponga menos re-intervenciones. Eliminando los costes indebidos por la aplicación incorrecta de métodos reconstructores, por la no evaluación o contemplación de todos los posibles.

Por ello es necesaria una evaluación de la calidad de vida de estas pacientes, junto a otros criterios como la satisfacción con el tratamiento, la autoestima de las pacientes y la imagen corporal, encontrando que factores afectan a estas pacientes, mejorando su estado.

V. HIPÓTESIS

La calidad de vida en pacientes con reconstrucción autóloga será mejor a las mujeres con reconstrucción protésica.

VI. OBJETIVOS

General

Conocer la influencia del tipo de tratamiento reconstructivo del cáncer de mama sobre la calidad de vida de las mujeres que presentan esta patología tras 5 años de la reconstrucción.

Específicos

- Comparar la calidad de vida en mujeres que han recibido reconstrucción autóloga con pacientes que han recibido reconstrucción protésica.
- Describir la calidad de vida en mujeres que han finalizado el tratamiento para el cáncer de mama tras la reconstrucción.
- Conocer qué variables influyen en la calidad de vida de las pacientes reconstruidas.
- Demostrar que la calidad de vida por si sola es un criterio de eficacia de los tratamientos.

- Describir los cambios que presenta una mujer con CM y recibe reconstrucción mamaria autóloga y los cambios en las que reciben reconstrucción mamaria protésica.

VII. METODOLOGÍA

1. Diseño

Estudio observacional descriptivo transversal para determinar la calidad de vida de las pacientes con reconstrucción mamaria y posterior comparación de resultados de calidad de vida en pacientes con reconstrucción mamaria autóloga versus protésica tras 5 años de la reconstrucción. Para la determinación de la calidad de vida se utilizará la escala EORTC-BR-23 que es la 2ª versión del cuestionario elaborado por la organización europea para la investigación y tratamiento del cáncer [19,20,38] ya que la 3ª versión no es tan específica en relación a la reconstrucción mamaria. Además, se compararán los resultados de calidad de vida con los de satisfacción, imagen corporal y autoestima ya que son los principales criterios evaluados en otros estudios por ser cuestiones fundamentales en la eficacia de la reconstrucción [16,38,48,54,61,62,68]. Se les entregaran las encuestas a las pacientes en una visita de seguimiento, planificada telefónicamente mediante el personal de la unidad después de 5 años de la reconstrucción mamaria.

2. Población

La población de estudio serán mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, intervenidas de reconstrucción mamaria en el Hospital Sant Pau al menos 5 años antes del momento de recolección de los datos.

El hospital Sant Pau es el hospital de referencia de alrededor del 25% de la población de Barcelona, se encuentra geográficamente en el centro de Barcelona y atiende a 500.000 habitantes de los distritos del Eixample, Horta-Guinardó, Gràcia, Sant Martí, y Sant Andreu [69]. La muestra serían mujeres atendidas en el hospital de Sant Pau aún que éste no esté acreditado por la SESPM, pero al ser un centro público dispone de un elevado número de pacientes [69]. En 2015 se realizaron alrededor de 225 mastectomías [69].

3. Criterios de inclusión

- Pacientes intervenidas de cáncer de mama no metastásico con mastectomía y reconstrucción mamaria en el Hospital San Pau entre los años 2010 y 2016 (suponiendo que el estudio se realiza en 2020, acotando a máximo 10 años tras la reconstrucción).
- Pacientes mayores de 18 años en el momento de la cirugía (para asegurarnos que la paciente escoge el tipo de reconstrucción).
- Pacientes que consientan realizar el estudio

4. Criterios de exclusión

- Mujeres con cáncer de mama metastásico.
- Pacientes fallecidas.

5. Muestra

Estará compuesta por todas las pacientes intervenidas de reconstrucción mamaria en el Hospital Sant Pau de Barcelona 5 años antes a la recolección de datos y que cumplan criterios de inclusión para formar parte del estudio entre los años 2010 y 2016.

Estimación del tamaño de la muestra

La muestra de validación se medirá mediante la calculadora del tamaño muestral GRANMO, creada por el IMIM (Institut de Recerca Hospital del Mar). GRANMO es un programa de cálculo de tamaño muestral de libre utilización [70,71]. Este programa fue desarrollado hace más de dos décadas por el Consorcio URLEC, más concretamente por los grupos de investigación en Riesgo Cardiovascular y Nutrición y en Epidemiología y Genética Cardiovascular del Programa de Investigación en Procesos Inflamatorios y Cardiovasculares del IMIM-Hospital del Mar [70].

6. Tipo de muestreo

Para obtener la muestra se aplicará un muestreo de conveniencia, partiendo de historias clínicas del hospital de la unidad Funcional de Mama y Servicio de Cirugía Plástica y Reparadora.

7. Procedimiento

Primero se solicitará la aprobación del CER de la Universidad Internacional de Catalunya y CEIC del Hospital de Sant Pau. A continuación, se establecerá el primer contacto con la Unidad de Mama y Servicio de Cirugía Plástica del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. Se informará a todo el equipo sobre el objetivo del estudio e invitará a participar a todos los miembros de la Unidad de Mama y Servicio de Cirugía Plástica que estén interesados en la recolección de datos.

Durante el período de 6 meses se realizará la recogida de datos necesaria para la realización del estudio, con la colaboración del personal que serán los encargados de citar aquellas pacientes que cumplan los criterios de inclusión tras 5 años de la reconstrucción mamaria. En este momento se les hará una revisión y entrega de las encuestas mencionadas.

8. Variables

1. Variable dependiente

Calidad de vida: Puntuación EORTC-BR-23. Sistema de puntuación del 1 al 4 en algunas preguntas y en otras del 1 al 7 estandarizadas dando una mínimo de 0 y máximo de 100 [62].

2. Variables independientes:

Variables socio-demográficas:

- Edad: Variable cuantitativa continua que se presenta en años.
- Estado civil: Variable cualitativa nominal (Soltera, casada, separada/divorciada, viuda).
- Nivel de estudios: Variable cualitativa ordinal (sin estudios, educación primaria, educación obligatoria, ciclo formativo de grado medio, ciclo formativo de grado superior, estudios universitarios, máster y doctorado)
- Trabajo: Variable cualitativa dicotómica (trabaja o no).
- Ámbito de trabajo: Variable cualitativa nominal (ama de casa, autónoma, operaria, técnica, supervisora, empresaria)

Datos clínicos:

- **Características del tumor:**
- Tamaño del tumor: Variable cuantitativa continua que se mide en milímetros.
- Tipo de tumor: Variable cualitativa nominal (se seleccionan estos tipos porque al menos representan un 5% de los tipos de tumores) (carcinoma in situ, carcinoma ductal infiltrante, carcinoma lobulillar infiltrante, carcinoma Mucinoso infiltrante, Enfermedad de Paget, Carcinoma Medular, carcinoma inflamatorio, u otros).
- Estadio tumoral: Variable cualitativa nominal (0, I, II, III, IV).
- Estado ganglios: Variable cualitativa dicotómica (positivos/negativos).
- Localización del tumor: Variable cualitativa nominal (1 cuadrante, 2 o multicéntrico).

Tratamiento recibido:

- Tipo de cirugía: Variable cualitativa dicotómica (Mastectomía + Reconstrucción / Mastectomía con Reconstrucción diferida)
- Tipo de Reconstrucción: Variable cualitativa nominal (Reconstrucción protésica/ Reconstrucción autóloga/ Mixta)
- Complicación postcirugía: Variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Tipo de complicación: Variable cualitativa continua.
- Radioterapia: Variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Quimioterapia: Variable cualitativa dicotómica (si/no).
- Tratamiento hormonal: Variable cualitativa dicotómica (si/no).

Variables para la comparación:

- Nivel de satisfacción: Puntuación del test LOPSS12 con 12 ítems con respuesta tipo Likert en un rango de 1 a 7. Presenta sentencias negativas o positivas con las cuales el paciente debe especificar su grado de acuerdo, y el valor 1 corresponde siempre al mayor grado de satisfacción [72].
- Imagen corporal: Puntuación del test MBSRQ escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta. El MBSRQ cuenta con diez sub-escalas:
 - 1) Evaluación de la apariencia. Puntajes altos indican sentimientos de satisfacción con la apariencia [57].
 - 2) Orientación de la apariencia Puntajes altos indican que da más importancia a la forma en que él o ella se ve, presta atención a su apariencia, y se involucra en comportamientos de aseo extensos [57].
 - 3) Evaluación del estado físico. Puntajes altos indican mayor sensación de estar en buen estado físico [57].
 - 4) Orientación del estado físico. Puntajes altos muestran más valor al estado físico y participan activamente en actividades para mejorar o mantener su estado físico [57].
 - 5) Evaluación de la salud. Puntajes altos indican mayor sensación de presentar un buen estado de salud y poca vulnerabilidad ante la enfermedad [57].
 - 6) Orientación de la salud. Puntajes altos indican mayor conciencia de la salud y mayor involucramiento en una vida sana [57].
 - 7) Orientación de la enfermedad. Puntajes altos indican mayor atención a los síntomas de enfermedad física y tienden a buscar atención médica [57].
 - 8) Satisfacción de áreas corporales. Puntajes altos indican mayor satisfacción con la mayoría de las áreas de su cuerpo [57].
 - 9) Preocupación por el peso. Puntajes altos indican mayor atención al peso corporal [57].
 - 10) Auto clasificación del peso. Puntajes altos indican una Auto clasificación con un peso corporal mayor, el cual va de bajo peso a obesidad [57].
- Nivel de Autoestima mediante la escala de Rosenberg con un sistema de puntuación del 1 al 4 con una puntuación máxima de 40 y mínima de 10[59].

VIII. RESULTADOS QUE SE ESPERAN

Las pacientes reconstruidas con tejido autólogo tendrán mejores resultados de calidad de vida que las pacientes reconstruidas de forma protésica.

La calidad de vida será considerada un criterio óptimo de eficacia de los tratamientos y permitirá eliminar el resto de evaluaciones para la eficacia de los tratamientos, reduciendo costes, y tiempo de dedicación de los profesionales.

En la calidad de vida influirán, la imagen corporal, el autoestima de las pacientes, la satisfacción de estas con la reconstrucción, y puede que en parte influya el estado socioeconómico favorable, es decir, pacientes que vivan acompañadas, con un grupo social que las apoye y les dé una base de soporte en caso de necesidad, que dispongan de un colchón económico que permita alargar la baja y que en caso de tener trabajo se les conceda la baja durante el tratamiento y mantengan a *posteriori* su puesto habitual.

IX. LIMITACIONES

No disponemos de ninguna escala específica de satisfacción en cáncer de mama que tenga en cuenta la reconstrucción mamaria, traducida al español, todas ellas son en inglés y validadas para la población de América del norte y Canadá. Para este estudio, finalmente, se ha decidido evaluar la satisfacción con los cuidados. Esto puede llevar a una no correlación del cuestionario de satisfacción con el de calidad de vida, impidiendo el resultado que queremos.

Otra opción, en respecto a la satisfacción es la evaluación de la satisfacción de las pacientes mediante los cuestionarios específicos. Para ello, previamente hemos de traducir y validar una de las dos escalas validas la BREAST-Q o la BRECON-31 al español, pasando el proceso de adaptación. Quizás esta sería una línea de mejora a trabajar de cara a la implementación del estudio.

Por otro lado, el hecho de ser un estudio transversal conlleva una serie de limitaciones propias. Un estudio transversal, es un estudio estadístico y demográfico, observacional y descriptivo, que mide a la vez la prevalencia de la exposición y del efecto en una muestra poblacional en un solo momento temporal; es decir, permite estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado. Los estudios transversales, frente a los estudios longitudinales, confunden los efectos de edad y pueden no diferenciar si la causa de un cambio está en las diferencias de edad o en las diferencias en el momento del nacimiento. Los estudios de prevalencia permiten: La descripción de un fenómeno de salud. La identificación de la frecuencia poblacional de un fenómeno de salud. La generación de hipótesis de trabajo o hipótesis exploratorias. Permiten estudiar varias variables resultado como enfermedad y exposición. Proporcionan la estimación de la prevalencia de la enfermedad en general y en grupos específicos. El hecho de que no hay seguimiento hace que tengan poco coste económico y poco tiempo de ejecución. Son de fácil diseño. Son un buen paso inicial en la elaboración de un estudio de cohorte. Dan un buen control de la selección de los sujetos de estudio.

Inconvenientes de un estudio transversal: Imposibilidad de determinar si la exposición precede a la enfermedad, es decir, imposibilidad para establecer direccionalidad de asociaciones. La información de la exposición es muy vulnerable a errores de medición, especialmente si es recogida retrospectivamente. Existe ambigüedad temporal si se recogen exposiciones actuales.

Imposibilidad de distinguir entre factores de riesgo y factores pronósticos. Los investigadores saben cuántos han pasado la enfermedad y que factores están relacionados, pero no si esos van a ayudar a reducir el tiempo de exposición a la enfermedad, alargarlo, provocar la enfermedad o prevenirla. Imposibilidad de identificar relaciones causales entre los factores estudiados, puesto que mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente). Posible sesgo de supervivencia: Los casos observados pueden tener una mayor supervivencia, puesto que los fallecidos no suelen entrar en el estudio. No es eficaz para estudiar enfermedades raras, letales o de corta supervivencia. Problemas derivados del estudio de casos prevalentes: muestra no representativa de todos los casos.

Hablando en concreto de mi trabajo, puede haber confusiones temporales a la hora de las pacientes contestar las encuestas, deberíamos de indicar de forma precisa que queremos la contestación actual y no del momento de la intervención. Podemos tener sesgo de supervivencia, ya que aquellas pacientes que no sobrevivan a los 5 años no formarán parte del estudio, y esto puede hacer que la muestra no sea representativa. Y por último podemos tener mejoras en la calidad de vida no relacionadas a la reconstrucción en el periodo de los 5 años, que no son controladas.

También deberíamos tener en cuenta que este estudio dispondrá de una muestra reducida y sesgada debido a que nos centramos en un solo hospital, y solo incluye mujeres que han sufrido una mastectomía ya que son las únicas que se reconstruyen.

X. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Hemos de tener en cuenta que este trabajo al ser experimental y tratando con personas, se debe pedir una acreditación por el CEIC/CER (comité de ética en la recerca) de la universidad y hospital Consentimiento informado, en el cual, se les explicará a los participantes el objetivo de la investigación y se solicitará su participación voluntaria. Junto a una hoja de información.

En los anexos se encuentra la hoja de información y el consentimiento informado, y un check list de criterios éticos involucrados.

XI. IMPLICACIONES PARA LA PRÁCTICA

El hecho de que se considere que la calidad de vida es un criterio por si solo válido para la evaluación de resultados, implicaría que, por parte de enfermería y medicina, la medición de la eficacia fuera mucho más ágil y rápida de lo que es ahora, y además, teniendo siempre en cuenta la parte de la paciente, cosa que no siempre se mantiene. Es decir, la opinión de la paciente sobre el tratamiento y sus resultados.

Por otro lado, el estudio permitiría la actualización de las guías de práctica clínicas actuales incluyendo los nuevos tratamientos y justificando mejor porque elegir uno u otro en cada caso,

este hecho obligaría a formar a muchos cirujanos en las técnicas autólogas, en caso de que nuestra hipótesis fuera cierta, mejorando la accesibilidad a los distintos tratamientos, cosa que actualmente no se da, ya que cada cirujano promociona el tratamiento que mejor sabe hacer.

Por último permitiría revisar la guía de aplicación de la reconstrucción mamaria, demostrando cuál de los tipos es el mejor en relación a la calidad de vida de la paciente a largo plazo.

XII. IMPLICACIONES PARA LA INVESTIGACIÓN

En relación a la investigación, el hecho de tener datos a largo plazo permitiría crear nuevos estudios considerando qué tipo concreto de reconstrucción mamaria autóloga o protésica sería el eficaz. Supone una revisión de los principales cuestionarios en relación al CM, reafirmando los como GOLD estándar.

Supone la creación de nuevas líneas de investigación con la validación y traducción de un cuestionario específico en satisfacción con los cuidados en el CM. Y por consecuencia la realización de nuestro estudio con cuestionarios específicos.

Supondría tener datos que no solo comparan las reconstrucciones tras CM, sino los parámetros de Calidad de vida VS Satisfacción con los cuidados, imagen corporal y autoestima. Permitiendo realizar nuevos estudios con un solo cuestionario.

Sería un valor de referencia de calidad de vida tras 5 años de reconstrucción, dato hasta ahora no obtenido.

Este estudio permitiría abrir líneas de estudio en relación a los cuidados de enfermería en estas pacientes para comprobar cómo afecta nuestra actuación en la calidad de vida de ellas, siendo un indicador de calidad. Y dando valor al papel enfermero en este proceso.

XIII. CONCLUSIONES

Como conclusiones tras realizar este trabajo: en relación con el objetivo general, al no obtener resultados, no puedo determinar la influencia de la reconstrucción sobre la calidad de vida tras 5 años, ya que es un proyecto de investigación, ni comparar los resultados de los dos grupos. Por otra parte, es algo que no se ha valorado hasta ahora, y que podría determinar futuros protocolos o guías de práctica clínica. Al conocer cómo interfiere la reconstrucción mamaria en estas pacientes, a la vez conoceríamos una variable de influencia, además de otras posibles dentro de nuestro cuestionario sociodemográfico (edad, tipología del CM, reconstrucción usada, hijos o no, etc).

Considero que, sin la realización del estudio de este campo, solo con la búsqueda bibliográfica puedo afirmar que la calidad de vida es un gran criterio de eficacia. En contraposición, sí que es cierto que requiero de datos para hacer una correlación y poder hacer una firme sentencia determinado la calidad de vida como criterio único, gracias a ser el mejor criterio de eficacia.

El hecho de que el estudio permita valorar a las pacientes a largo plazo, nos demostraría cómo cambian estas mujeres en un periodo extenso (5 años), pudiendo comparar este dato con los datos que se tienen actualmente en relación a los 8 meses posteriores a la reconstrucción.

Puedo concluir que es un estudio que se debe realizar, y después de éste, serán necesarios muchos más empoderando el rol enfermero y dando datos objetivos que demuestran que nuestra labor es esencial en estas pacientes.

BIBLIOGRAFIA

1. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. World Heal Organ [Internet]. 2017 [cited 2017 Nov 26]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer. World Heal Organ [Internet]. 2015 [cited 2017 Nov 26]; Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs334/es/>
3. Sociedad Española de Oncología Médica. Cáncer de mama [Internet]. 2017 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <https://www.seom.org/es/info-sobre-el-cancer/cancer-de-mama?showall=1>
4. Meneses-Echavez JF, Gonzalez-Jimenez E, Correa-Bautista JE, Valle JS-R, Ramirez-Velez R. [Effectiveness of physical exercise on fatigue in cancer patients during active treatment: a systematic review and meta-analysis]. *Ef del Ejerc Fis en la fatiga pacientes con cancer durante el Trat Act Revis Sist y metaanálisis* [Internet]. 2015;31(4):667–81. Available from: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=medl&NEWS=N&AN=25945977>
5. Sociedad Española de Oncología Médica. Los Avances en Cáncer de Mama [Internet]. 2016 [cited 2017 Dec 1]. Available from: <https://www.seom.org/los-avances-en-cancer-de-mama>
6. Organización Mundial de la Salud. Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. World Health Organization. World Health Organization; 2014 [cited 2018 Jan 5]. Available from: <http://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
7. Madrid GM. La mortalidad por cáncer de mama en España es la más baja de Europa. *Gac Med Villahermosa* [Internet]. 2016 [cited 2018 Jan 4]; Available from: http://www.gacetamedica.com/hemeroteca/la-mortalidad-por-cancer-de-mama-en-espana-es-la-mas-baja-de-europa-BALG_987143
8. Clèries R, Buxó M, Martínez JM, Espinàs JA, Dyba T, Borràs JM. Contribution of changes in demography and in the risk factors to the predicted pattern of cancer mortality among Spanish women by 2022. *Cancer Epidemiol* [Internet]. 2016 Feb [cited 2017 Dec 1];40:113–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877782115002805>
9. Falavigna M, Lima KM, Giacomazzi J, Paskulin D d'Avila, Hammes LS, Ribeiro RA, et al. Effects of lifestyle modification after breast cancer treatment: a systematic review protocol. *Syst Rev* [Internet]. 2014;3(1):72. Available from: <http://systematicreviewsjournal.biomedcentral.com/articles/10.1186/2046-4053-3-72>
10. Franceschini G, Terribile D, Magno S, Fabbri C, Accetta C, Di Leone A, et al. Update

- on oncoplastic breast surgery. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2012;16(11):1530–40.
11. Albrektsen G, Heuch I, Thoresen S. Histological type and grade of breast cancer tumors by parity, age at birth, and time since birth: a register-based study in Norway. *BMC Cancer* [Internet]. 2010;10(1):226. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/226>
 12. Billig J, Jagsi R, Qi J, Hamill JB, Kim HM, Pusic AL, et al. Should Immediate Autologous Breast Reconstruction Be Considered in Women Who Require Postmastectomy Radiation Therapy? A Prospective Analysis of Outcomes. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2017;139(6):1279–88. Available from: <http://insights.ovid.com/crossref?an=00006534-201706000-00001>
 13. Razdan SN, Cordeiro PG, Albornoz CR, Ro T, Mehrara BJ, McCarthy CM, et al. Cost-effectiveness Analysis Of Breast Reconstruction Options In The Setting Of Postmastectomy Radiotherapy Using The BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(3):510–7.
 14. Cooke AL, Diaz-abele J, Hayakawa T, Buchel E, Dalke K, Lambert P. Radiation Therapy Versus No Radiation Therapy to the Neo-breast Following Skin-Sparing Mastectomy and Immediate Autologous Free Flap Reconstruction for Breast Cancer : Patient-Reported and Surgical Outcomes at 1 Year d A Mastectomy Reconstruction Outcomes. *Radiat Oncol Biol* [Internet]. 2017;99(1):165–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijrobp.2017.05.001>
 15. Marín-gutzke M, Sánchez-olaso A, Marín-gutzke M, Reconstructive AS. Reconstructive surgery in young women with breast cancer To cite this version: HAL Id: hal-00567227. 2011;
 16. Denewer A, Farouk O, Kotb S, Setit A, Abd El-Khalek S, Shetiwy M. Quality of life among Egyptian women with breast cancer after sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction: A comparative study. *Breast Cancer Res Treat.* 2012;133(2):537–44.
 17. Kashiwagi K, Abe Y, Ishida S, Mineda K, Yamashita Y, Fukunaga Y. Reduction mammoplasty and mastopexy for the contralateral breast after reconstruction surgery following cancer resection : A report of 3 cases. 2016;63(Table 1):1–5.
 18. Macadam SA, Zhong T, Weichman K, Papsdorf M, Lennox PA, Hazen A, et al. Quality of Life and Patient-Reported Outcomes in Breast Cancer Survivors: A Multi-Center Comparison of Four Abdominally-Based Autologous Reconstruction. *Plast Reconstr Surg.* 2016;137(3):758–71.
 19. Jagsi R, Li Y, Morrow M, Janz N, Alderman A, Graff J, et al. Patient-Reported Quality of Life and Satisfaction with Cosmetic Outcomes After Breast Conservation and Mastectomy with and without Reconstruction: Results of a Survey of Breast Cancer

- Survivors. *Ann Surg.* 2016;261(6):1198–206.
20. SEOM. La cifras del cáncer en España. *Seom.* 2017;28.
 21. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Manual de Práctica Clínica en Senología. 2012 [cited 2018 Feb 16]; Available from: http://www2.sespm.es/file/doc/3420538/3420538-245.3361864-231.MANUAL_SESPM_2012_definitivo_10-2012.pdf
 22. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Manual de Práctica Clínica en Senología [Internet]. 2015. 420 p. Available from: <http://new.sespm.es/archivos/MANUAL-SESPM-2015.pdf>
 23. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Manual de Práctica Clínica en Senología. 2015. 420 p.
 24. © 2018 Breastcancer.org. Carcinoma mucinoso de la mama [Internet]. Breastcancer.org. 2012 [cited 2018 Feb 10]. Available from: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/mucinoso>
 25. Sociedad Española de Oncología Médica, Argüelles D. Tipos histológicos de cancer mama. 2012;63. Available from: https://www.seom.org/seomcms/images/stories/recursos/PONENCIA_25_09_2013_Dr_Argüelles.pdf
 26. © 2018 Breastcancer.org. Enfermedad de Paget en el pezón [Internet]. 2012 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/paget>
 27. Breastcancer.org. Carcinoma medular de la mama [Internet]. 2016 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/medular>
 28. Cristofanilli M, Buchholz T, © 2018 Breastcancer.org. Cáncer de mama inflamatorio [Internet]. Breastcancer.org. 2017 [cited 2018 Feb 18]. Available from: <http://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/inflamatorio>
 29. American Cancer Society. Cáncer de seno inflamatorio [Internet]. American Cancer Society. 2017 [cited 2018 Feb 18]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/compreension-de-un-diagnostico-de-cancer-de-seno/tipos-de-cancer-de-seno/cancer-de-seno-inflamatorio.html>
 30. Sociedad Americana Contra El Cáncer, Asociación de Directores de Patología Anatómica y Quirúrgica. Cómo entender su informe de patología: cáncer de seno [Internet]. 2017 [cited 2018 Feb 11]. Available from: <https://www.cancer.org/es/tratamiento/como-comprender-su-diagnostico/pruebas/como-comprender-su-informe-de-patologia/patologia-del-seno/patologia-del-seno.html>
 31. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Guías de práctica clínica en cáncer ginecológico y mamario. 2017;51. Available from: <https://www.ocez.net/archivos/vocalia/313-prevencion->

- 2014.pdf%5Cnhttp://www.sego.es/Content/pdf/oncoguias/Cervix_2013.pdf
32. Korner EJ, Morris A, Allen IE, Hurvitz S, Beattie MS, Kalesan B. NatHER: protocol for systematic evaluation of trends in survival among patients with HER2-positive advanced breast cancer. *Syst Rev* [Internet]. 2015;4:1–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-015-0118-z>
 33. Zhang J, Huang Y, Wang C, He Y, Zheng S, Wu K. Efficacy and safety of endocrine monotherapy as first-line treatment for hormone-sensitive advanced breast cancer: A network meta-analysis. *Med (United States)*. 2017;96(33):1–6.
 34. Allen RJ, Treece P. Deep inferior epigastric perforator flap for breast reconstruction. *Ann Plast Surg*. 1994 Jan;32(1):32–8.
 35. Serra-Renom JM, Muñoz-Olmo JL, Serra-Mestre JM. Fat Grafting in Postmastectomy Breast Reconstruction with Expanders and Prostheses in Patients Who Have Received Radiotherapy: Formation of New Subcutaneous Tissue. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2010 Jan [cited 2018 Feb 20];125(1):12–8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00006534-201001000-00003>
 36. Serra-Renom JM, Fontdevila J, Monner J, Benito J. Mammary reconstruction using tissue expander and partial detachment of the pectoralis major muscle to expand the lower breast quadrants. *Ann Plast Surg*. 2004 Oct;53(4):317–21.
 37. Granzow JW, Levine JL, Chiu ES, Allen RJ. Breast reconstruction using perforator flaps. *J Surg Oncol* [Internet]. 2006 Nov 1 [cited 2018 Feb 20];94(6):441–54. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jso.20481>
 38. Macadam SA, Ho AL, Cook EF, Lennox PA, Pusic AL. Patient Satisfaction and Health-Related Quality of Life following Breast Reconstruction: Patient-Reported Outcomes among Saline and Silicone Implant Recipients. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2010 Mar [cited 2018 Jan 13];125(3):761–71. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006534-201003000-00001>
 39. Hur K, Ohkuma R, Bellamy JL, Yamazaki M, Manahan MA, Rad AN, et al. Patient-Reported Assessment of Functional Gait Outcomes following Superior Gluteal Artery Perforator Reconstruction. *Plast Reconstr Surg Glob Open* [Internet]. 2013 Aug [cited 2018 Feb 21];1(5):e31. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=01720096-201308000-00002>
 40. Howard MA, Mehrara B. Emerging trends in microsurgical breast reconstruction: deep inferior epigastric artery perforator (DIEP) and the superior gluteal artery perforator (SGAP) flaps. *Int J Surg*. 2005 Jan 1;3(1):53–60.
 41. Marré D, Gantz JT, Villalón J, Roco H. RECONSTRUCCIÓN MAMARIA: ESTADO

- ACTUAL DEL TEMA. Rev Chil cirugía [Internet]. 2016 Apr [cited 2018 Feb 26];68(2):186–93. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262016000200014&lng=en&nrm=iso&tlng=en
42. Navarre (Spain). Departamento de Salud. FJ. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria [Internet]. Vol. 28, Anales del Sistema Sanitario de Navarra. Gobierno de Navarra, Departamento de Salud; 2005 [cited 2018 Feb 26]. 7-18 p. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400002
 43. Delgado Martínez J, Rodrigo Palacios J, Albiñana García-Dihinx F, Velasco Velasco R, González Peirona E. Reconstrucción mamaria con colgajo miocutáneo transversal de gracilis libre: experiencia en 6 casos. Cirugía Española [Internet]. 2011 Mar 1 [cited 2018 Feb 26];89(3):182–7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X11000066>
 44. La Sociedad Americana Contra El Cáncer. Reconstrucción del seno usando sus propios tejidos (procedimientos de colgajo) [Internet]. American Cancer Society. 2017 [cited 2018 Feb 27]. Available from: <https://www.cancer.org/es/cancer/cancer-de-seno/cirugia-reconstructiva/opciones-de-reconstruccion-del-seno/reconstruccion-del-seno-usando-sus-proprios-tejidos.html>
 45. Schwabegger AH, Ninković M, Piza-Katzer H, Bodner G. Thoracodorsal artery perforator (TAP) flap: report of our experience and review of the literature. Br J Plast Surg [Internet]. 2002 Jul 1 [cited 2018 Feb 26];55(5):390–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0007122602938786>
 46. Winters ZE, Haviland J, Balta V, Benson J, Betambeau N. Integration of patient-reported outcome measures with key clinical outcomes after immediate latissimus dorsi breast reconstruction and adjuvant treatment. 2013;240–51.
 47. Winters ZE, Afzal M, Balta V, Freeman J, Rayter Z, Cook J, et al. Patient-reported outcomes and their predictors at 2- and 3-year follow-up after immediate latissimus dorsi breast reconstruction and adjuvant treatment. 2016;524–36.
 48. De Gournay E, Bonnetain F, Tixier H, Loustalot C, Dabakuyo S, Cuisenier J. Evaluation of quality of life after breast reconstruction using an autologous latissimus dorsi myocutaneous flap. Eur J Surg Oncol [Internet]. 2010 Jun 1 [cited 2018 Jan 13];36(6):520–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S074879831000096X>
 49. Navarro D. Lipofilling: eliminar la grasa de donde sobra y aumentar el pecho - Blog Instimed [Internet]. INSTIMED. 2017 [cited 2018 Mar 13]. Available from: <http://www.instimed.es/blog/lipofilling-eliminar-grasa-donde-sobra-aumentar-pecho/>
 50. Generalitat de Catalunya. Programa de detecció precoç de càncer de mama. Càncer

- [Internet]. [cited 2018 Jan 15]. Available from: http://cancer.gencat.cat/ca/professionals/deteccio_precoc/cancer_de_mama/
51. Generalitat de Catalunya. OncoGuía de mama. Actualización 2008. 2008;
 52. Chung KC, Momoh AO. A Systematic Review of Morbidity Associated with Autologous Breast Reconstruction Before and After Exposure to Radiation Therapy- Are Current Practices Ideal? 2014;21(5):1732–8.
 53. Aznar AR. Calidad de vida en pacientes intervenidas de cáncer de mama. 2011;0–98.
 54. Chen CM, Cano SJ, Klassen AF, King T, McCarthy C, Cordeiro PG, et al. Measuring Quality of Life in Oncologic Breast Surgery: A Systematic Review of Patient-Reported Outcome Measures. *Breast J* [Internet]. 2010 Nov 1 [cited 2018 Jan 13];16(6):587–97. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1111/j.1524-4741.2010.00983.x>
 55. Smith AB, Cocks K, Parry D, Taylor M. A Reliability Generalisation of the EORTC QLQ–BR23. [cited 2018 Jan 13]; Available from: <https://pdfs.semanticscholar.org/2e43/b4d5e5bba65d6a6a2b2a03467399e6732ed7.pdf>
 56. Botella García L, Cid D, Rabert ER, Ruiz JB. Evaluación Psicométrica de La Imagen Corporal: Validación de la versión española del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (mbsrq). 2009;3.
 57. Velázquez López HJ, Vázquez Arévalo R, Mancilla Díaz JM, Ruíz Martínez AO. Propiedades psicométricas del Multidimensional Body Self Relations Questionnaire (MBSRQ) [Internet]. Vol. 5, *Revista mexicana de trastornos alimentarios*. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación; 2014 [cited 2018 Mar 19]. 107-114 p. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232014000200005
 58. Ganz PA, Yip CH, Gralow JR, Distelhorst SR, Albain KS, Andersen BL, et al. Supportive care after curative treatment for breast cancer (survivorship care): Resource allocations in low- and middle-income countries. A Breast Health Global Initiative 2013 consensus statement. *Breast*. 2013;22(5):606–15.
 59. Rosenberg. escala rosenberg.
 60. Temple-Oberle CF, Cook EF, Bettger-Hahn M, Mychailyshyn N, Naeem H, Macdermid J. Development of a breast reconstruction satisfaction questionnaire (BRECON-31): Principal components analysis and clinimetric properties. *J Surg Oncol* [Internet]. 2012 Dec 1 [cited 2018 Jan 13];106(7):799–806. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/jso.23114>
 61. Pusic AL, Klassen AF, Scott AM, Klok JA, Cordeiro PG, Cano SJ. Development of a New Patient-Reported Outcome Measure for Breast Surgery: The BREAST-Q. *Plast*

- Reconstr Surg [Internet]. 2009 Aug [cited 2018 Jan 13];124(2):345–53. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006534-200908000-00001>
62. Kanatas A, Velikova G, Roe B, Horgan K, Ghazali N, Shaw RJ, et al. Patient-reported outcomes in breast oncology: A review of validated outcome instruments. *Tumori*. 2012;98(6):678–88.
 63. Cabrero García J, Richart Martínez M, Reig A, Rrer F. VALIDEZ DE CONSTRUCTO DE TRES ESCALAS DE SATISFACCIÓN DEL PACIENTE MEDIANTE LA ESTRATEGIA DE MATRICES MULTIRRASGO-MULTIMÉTODO 1. 1995 [cited 2018 Mar 22];21. Available from: <https://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/validez-de-constructo-de-tres-escalas.pdf>
 64. Araceli González-Valentín M, Padín López S, de Ramón Garrido E. Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2005 Jun 1 [cited 2018 Jan 13];15(3):147–55. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862105711013>
 65. Fundación Española de Senología y Patología Mamaria. Unidades de mama - SESPM [Internet]. 2018 [cited 2018 Feb 26]. Available from: <https://www.sespm.es/saum/#>
 66. Ruiz Carreño P. Estudio sobre la Calidad de Vida en Mujeres Supervivientes al Cáncer de Mama. UNIVERSIDAD DE MURCIA; 2015.
 67. Silverio González A. Calidad De Vida En La Mujer Con Cáncer De Mama Sometida a Mastectomía [Internet]. Universidad de Oviedo; 2016. Available from: <http://digibuo.uniovi.es/dspace/bitstream/10651/38208/3/Alicia Silverio.pdf>
 68. Hu ES, Pusic AL, Waljee JF, Kuhn L, Hawley ST, Wilkins E, et al. Patient-Reported Aesthetic Satisfaction with Breast Reconstruction during the Long-Term Survivorship Perio. *Plast Reconstr Surg* [Internet]. 2009 Jul [cited 2018 Jan 13];124(1):1–8. Available from: <http://content.wkhealth.com/linkback/openurl?sid=WKPTLP:landingpage&an=00006534-200907000-00001>
 69. © Fundació de Gestió de Sanitària l'Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, www.santpau.cat. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau 2016 [Internet]. Barcelona: Hospital de la Santa Creu i Sant Pau; 2017. Available from: <http://www.santpau.cat/documents/20195/173456/Memoria+FGS+2016.pdf/9a6b4cc2-ce2f-42d5-b3cb-743f7357c7d1>
 70. Software públic-GRANMO - IMIM Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques [Internet]. [cited 2018 Apr 26]. Available from: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/granmo.html>
 71. IMIM, Marrugat J, Vila J, Antaviana. Calculadora [Internet]. IMIM. 2012 [cited 2018

- Feb 5]. Available from: <https://www.imim.cat/ofertadeserveis/software-public/granmo/>
72. García Juárez M. del R, López Alonso SR, Orozco Cózar M. J, Caro Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez Borrego M. J, et al. Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gac Sanit* [Internet]. 2011 Nov 1 [cited 2018 Apr 6];25(6):474–82. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911111001610>
73. Bruno Dagnino U. Actualización en reconstrucción mamaria. *Rev Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2010 Jan 1 [cited 2018 Apr 22];21(1):51–5. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S071686401070506X>

REFLEXIÓN PERSONAL

Creo que el hecho de hacer un trabajo final de grado permite conocer mucho más el mundo de la investigación, y permite que en un futuro se conozca todo el trabajo que lleva hacer un solo estudio. Además de acercar el mundo de la investigación a los alumnos, permite ampliar conocimientos sobre un área de la salud, dentro de nuestro gran mundo profesional.

Esto último, en mi caso, el cáncer de mama, me permite conocer el papel de enfermería en este ámbito, un papel fundamental que ayuda muchísimo a las pacientes.

Creo, de hecho, que debería existir algún postgrado, aunque fuera para enfermería, ya que la mama es una patología muy extensa, muy parecidas entre ellas y que requiere de mucho estudio y experiencia conocerla, y no solo eso, sino que la cura de este tejido y sus cuidados son altamente distintos a cualquier otra parte del cuerpo. Este postgrado permitiría más visibilidad de la importancia de enfermería en la patología mamaria y permitiría que todas las unidades que existen en España tuvieran al menos un representante enfermero que gestionara los casos.

Me encantaría poder poner en práctica este proyecto de investigación y convertirlo en un trabajo de campo real. Además, me gustaría poder hacer un segundo estudio, conocer si el papel de enfermero en la unidad de la mama permite mejorar la calidad de vida de las pacientes.

De hecho he aprendido muchísimo en relación a la patología mamaria ya que al inicio tenía un concepto muy escaso. Todo ello gracias a la revisión de la literatura y a una de las prácticas hechas durante el curso de 4º.

ANEXOS

Anexos sobre la búsqueda.

Se realizaron búsquedas en Pubmed, a excepción de las dos guías de práctica clínica que fueron buscadas mediante Google académico donde se encontraron la página de la SEOM y la SESPM, junto a la guía de la SESPM y de la Generalitat de Catalunya. Otra de las excepciones fue la página web de la OMS, y un artículo en relación al sarcoma que fue sugerido por la aplicación de Mendeley en su buscador Scielo. De hecho mediante Mendeley se gestionaron los artículos encontrados en carpetas según temática.

Organización artículos según temática, si describen algún punto del guión del marco teórico.

Búsquedas en Pubmed:

Recent queries in pubmed		
Search	Query	Items found
Búsqueda en relación al SGAP		
#4	"Search (sgap) AND breast Filters: Free full text"	2
#3,	"Search (SGAP) AND breast Filters: Free full text"	0
#2,	"Search (sgap) AND breast"	36
#1	"Search (SGAP) AND breast"	0
Búsqueda en relación a la imagen corporal		
#119	Search (breast neoplasm) AND self perception Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	11
#118	Search (breast neoplasms) AND self concept Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	10
#117	Search (breast neoplams) AND self concept Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#116	Search (breast neoplasms) AND self concept Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	191
#115	Search (breast neoplams) AND self concept Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0

#114	Search (breast neoplasm[Title]) AND self concept Schema: all Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#113	Search (breast neoplasm[Title]) AND self concept Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#112	Search (breast neoplasm[Title]) AND self concept Schema: all Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#111	Search (breast neoplasm[Title]) AND self concept Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
Búsqueda en relación a la eficacia y consecuencia de los tratamientos del cáncer de mama		
#75	Search (((breast neoplasm) AND therapy) AND effectiveness AND (systematic[sb] AND free full text[sb] AND ("2010/01/01"[PDat] : "2017/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang]))) Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	85
#57	Search ((breast neoplasm) AND therapy) AND effectiveness Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	85
#50	Search (("Breast neoplasm") AND therapy) AND consequences Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	11
#49	Search (("Breast neoplasm") AND therapy) AND consequences Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
Búsqueda en relación a la reconstrucción mamaria y otros tratamientos asociados		
#23	Search (((((breast neoplasm)) AND mastectomy) OR chemotherapy) OR radiotherapy) AND (breast reconstruction) Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	15
#22	Search (((((breast neoplasm)) AND mastectomy) OR chemotherapy)	16

	OR radiotherapy) AND (breast reconstruction) Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	
#21	Search ((breast neoplasm)) AND mastectomy Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	82
#20	Search ((breast neoplasm)) AND mastectomy Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1996
#19	Search ((breast neoplasm)) AND mastectomy Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English	1969
#18	Search ((breast neoplasm)) AND mastectomy Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans	2077
Búsqueda en relación a los tratamientos del cáncer de mama		
#17	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Full text; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans	1
#16	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans	3
#15	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Free full text; Full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans	1
#14	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans	1
#13	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Schema: all Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; Spanish	0
#12	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; Spanish	0
#11	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1
#7	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters: Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	3
#6	Search ("breast neoplasm") AND therapy AND types Filters:	3

	Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	
#5	Search ("breast neoplasm") AND therapy) AND types Filters: Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	3
#4	Search ("breast neoplasm") AND therapy) AND types Filters: Humans; English; Spanish	3
#3	Search ("breast neoplasm") AND therapy) AND types Filters: Humans; English	3
#2	Search ("breast neoplasm") AND therapy) AND types Filters: Humans	3
#1	Search ("breast neoplasm") AND therapy) AND types	5
#49	Search ("breast neoplasm") AND therapy Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	5
#48	Search ("breast neoplasm") AND therapy Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	33
Búsqueda en relación a los tipos de cáncer de mama		
#44	Search ("breast neoplasm") AND types Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	2
#43	Search ("breast neoplasm") AND types Schema: all Filters: Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#42	Search ("breast neoplasm") AND types Filters: Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#41	Search ("breast neoplasm") AND types Schema: all Filters: Systematic Reviews; Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#40	Search ("breast neoplasm") AND types Filters: Systematic Reviews; Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#39	Search ("breast neoplasm") AND tipos Filters: Systematic Reviews;	0

	Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	
Búsqueda en relación a la epidemiología del cáncer de mama		
#37	Search ("breast neoplasm") AND Survival Filters: Systematic Reviews; Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1
#33	Search ("breast neoplasm") AND "mortality" Filters: Systematic Reviews; Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1
#36	Search ("breast neoplasm") AND "mortality" Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1
#35	Search ("breast neoplasm") AND "mortality" Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	9
#34	Search ("breast neoplasm") AND "mortality" Filters: Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1
#41	Search ("breast neoplasm") AND epidemiology Filters: Systematic Reviews; Review; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	2
#40	Search ("breast neoplasm") AND epidemiology Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	2
1ª Búsqueda en relación al CM		
#39	Search breast neoplasm Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	1546
#38	Search breast neoplasm Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	39888
#37	Search breast neoplasm Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English	39667
#36	Search breast neoplasm Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans	40648

#35	Search breast neoplasm Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31	43290
#34	Search breast neoplasm Filters: Free full text	85394
#33	Search breast neoplasm	297540
Búsqueda en relación al CM y el autoestima		
#98	Search (breast neoplasm) AND self concept Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	10
#97	Search (breast neoplasm[Title]) AND self esteem Schema: all Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#96	Search (breast neoplasm[Title]) AND self esteem Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#95	Search (measurement) AND breast neoplasm Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	43
Búsqueda en relación a la calidad de vida		
#86	Search (((quality of life) AND measurement AND (systematic[sb] AND free full text[sb] AND ("2010/01/01"[PDat] : "2017/12/31"[PDat]) AND Humans[Mesh] AND (English[lang] OR Spanish[lang])))) AND breast cancer Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	12
#85	Search (quality of life) AND measurement Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	260
#84	Search (quality of life) AND evaluation Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	940
Búsqueda en relación a Resultados estéticos y satisfacción del paciente		
#122	Search ((esthetic outcome) AND patient satisfaction) AND breast reconstruction Filters: Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	6
#121	Search ((esthetic outcome) AND patient satisfaction) AND breast	0

	reconstruction Schema: all Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	
#120	Search ((esthetic outcome) AND patient satisfaction) AND breast reconstruction Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0
#112	Search ((breast neoplasms) AND patient satisfaction) AND outcomes Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	13
#111	Search ((breast neoplams) AND patient satisfaction) AND outcomes Filters: Systematic Reviews; Free full text; Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31; Humans; English; Spanish	0

Se encontraron inicialmente 300.969 artículos en Pubmed, y mediante los criterios de inclusión quedaron en 72 artículos, que fueron seleccionados una vez revisado el abstract de cada uno decidí si añadirlos o no, según cumplieran con mis necesidades para la definición de los conceptos del estudio.

Como como criterios de inclusión en Pubmed se utilizaron:

- Free full text
- Systematic Reviews
- Publication date from 2010/01/01 to 2017/12/31
- Humans
- English or Spanish

Y cómo palabras clave:

- SGAP
- Breast neoplasms
- Patient satisfaction
- Breast reconstruction
- Esthetic outcome
- Quality of life
- Measurement
- Self-concept
- Epidemiology
- Mortality
- therapy
- types
- mastectomy
- consequences
- Self-perception

Todas ellas escogidas como Mesh de la temática.

Anexo sobre el calendario de actividades programadas.

Fecha de realización	Actividad
7/09/2017	1ª Sesión de TFG: presentación de la asignatura.
13/09/2017	Planteamiento de la pregunta de investigación
14/09/2017	2ª Sesión de TFG: la pregunta de investigación, los buscadores Boléanos, estrategias de búsqueda.
19/09/2017	Entrega de documento Autoría TFG a Queralt
21/09/2017	Asistencia a formación sobre la revisión de la literatura + Búsqueda de los Mesh, palabras clave, y primeras búsquedas bibliográficas en Pubmed
28/09/2017	3ª Sesión de TFG: Estructura de una introducción, estructura de redacción de la revisión de la literatura, justificación del proyecto, Hipótesis, objetivos. + Tutoría Grupal + Descarga gestor bibliográfico Mendeley, e inicio practicar a usarlo
29/09/2017	Búsquedas bibliográficas en Pubmed para contextualizar el tema
1/10/2017	Prácticas con Mendeley en otros trabajos académicos
3/10/2017	Búsquedas bibliográficas en Pubmed para contextualizar el tema
5/10/2017	4ª Sesión TFG: Redacción estructurada de: Metodología, Resultados Discusión, Conclusiones y Anexos + Email a Tutora con la decisión final del tema si comparación de reconstrucción con no reconstrucción o reconstrucción autóloga versus protésica. Tema final seleccionado: diferencias de calidad de vida entre reconstrucción protésica y autóloga tras 5 años de la reconstrucción mamaria.
13/10/2017	Reflexión para definir el tipo de metodología a emplear según estudios encontrados (Se predefine estudio descriptivo retrospectivo), planteamiento de la hipótesis y objetivos.
16/10/2017	Email de planificación de la 1ª tutoría individual de TFG
19/10/2017	Resumen de los artículos encontrados en la revisión inicial
27/10/2017	Confirmación lugar 1ª tutoría individual de TFG
3/11/2017	1ª Tutoría individual: Objetivos: Revisión de la literatura, Aprendizaje de nuevos gestores bibliográficos (Mendeley), definición de la metodología

	de la investigación (se modifica a estudio descriptivo transversal en que coger a todas las mujeres reconstruidas tras 5 años de esta en el momento del alta o posterior), keywords e historial de búsqueda, Plantear hipótesis y objetivos. Conseguidos
14 y 15/11/2017	Inicio redacción introducción y plantear guion de redacción de la revisión de la literatura.
20/11/2017	Email planificación 2ª Tutoría TFG
6,7 y 8/12/2017	Redacción introducción
22/12/2017	2ª Tutoría individual de TFG: Objetivos: tener lista la introducción del trabajo, y un guion de la revisión de la literatura. Conseguidos
27 y 28/12/2017	Modifico guion de la revisión e introduzco los cambios pactados en la introducción.
3,4 y 5/01/2018	Inicio redacción Marco Teórico /revisión de la literatura (Definición de cáncer de mama, Epidemiología del cáncer de mama, Mortalidad y supervivencia e Incidencia, Definición de los conceptos a evaluar: Calidad de vida en el cáncer de mama y cuestionarios de medición, Calidad de vida en relación a la salud (¿es un indicativo de salud?), Imagen corporal y cuestionarios de medición, Autoestima y cuestionarios de medición)
20 y 21/01/2018	Redacción Marco Teórico (Mortalidad y supervivencia e Incidencia, Tipos de cáncer de mama, sus definiciones y la incidencia de cada tipo , Tratamientos del cáncer de mama)
22/01/2018	Email planificación 3ª Tutoría TFG
26/01/2018	3ª Tutoría individual de TFG: Objetivos: modificación del guion de la revisión de la literatura, modificación de la introducción, y adelantar algún otro punto del trabajo. Los objetivos de modificación del guion de la revisión de la literatura quedan conseguidos, la modificación de la introducción también, y adelantar algún otro punto del trabajo, se decidió adelantar la revisión de la literatura, que quedó a medias.
17/02/2018	Redacción Marco Teórico: papel enfermero, metodología,...
19/02/2018	Redacción Marco Teórico: Tratamientos no quirúrgicos
20/02/2018	Redacción Marco Teórico: Reconstrucción autóloga
26/02/2018	Finalizar redacción Marco Teórico
27/02/2018	Email planificación 4ª Tutoría individual TFG
28/02/2018	Redacción del calendario de actividades
6 /03/2018	4ª Tutoría individual TFG Objetivos: acabar la revisión de la literatura

	con el papel de la enfermera incluido, y adelantar la justificación. Objetivos cumplidos.
7/03/2018	Modificación estética del trabajo para que cumpla la normativa, reducción de páginas.
10/03/2018	Reestructuración de la metodología y cumplimentación
19/03/2018	Redacción de la validez y descripción de las escalas
31/02/2018	Revisión de las correcciones y adaptación del trabajo a estas. Reducción de los puntos de tipologías del cáncer de mama y redacción del procedimiento en metodología.
	Email planificación 5ª tutoría
05/04/2018	Redacción de las consideraciones éticas del trabajo
6/04/2018	Planificada 5ª Tutoría que se anula. Envió de los avances a la tutora.
7/04/2018	Revisión de la metodología
10/04/2018	Cumplimentación de los anexos
11/04/2018	5ª Tutoría Individual: Objetivos: Redacción de la metodología y revisión del trabajo conseguidos.
19/04/2018	Añadir los cuestionarios en los anexos.
22/04/2018	Redacción: explicación de la búsqueda, abstract, historia de la reconstrucción.
03/05/2018	Tras la cantidad de faltas encontradas por la tutora decido enviar el trabajo a un familiar para la revisión.
08 y 09/05/2018	Revisión del trabajo por completo, entrega del trabajo a la tutora.
14/05/2018	Confección de las diapositivas de la defensa.
15/05/2018	6ª tutoría individual: Objetivo: trabajo finalizado con los comentarios aplicados al trabajo.
16/05/2018	Última revisión del trabajo escrito, cambio de formato a PDF. Continuar con la presentación del power point, revisión del trabajo des de las posibles preguntas que el tribunal me pueda hacer.
17/05/2018	Ajuste del trabajo según el formato formal UIC y envío para impresión.
19/05/2018	Entrega del trabajo al compañero para la evaluación entre iguales
22/05/2018	Entrega del trabajo a Secretaria
23/05/2018	Última tutoría para la preparación de la defensa.

Reflexionando en relación al calendario, por lo general fue seguido casi siempre, comentar que hubiera deseado poder adelantar mucho más el trabajo y para finales de marzo haberlo podido tener acabado. Pero por cuestiones de tiempo no ha sido posible, a pesar de ello estoy contenta

ya que al menos he tenido tiempo suficiente para poder revisar al completo el trabajo e incluso pediré a otros que lo hicieran para asegurarme la corrección del trabajo cosa que ni siquiera me planteo en un inicio.

Otros Anexos

9. Cuestionario EORTC QLQ-BR23

CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA PARA CANCER DE MAMA

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
1. ¿Tuvo la boca seca?	1	2	3	4
2. ¿Tenía la comida y la bebida un sabor diferente al habitual?	1	2	3	4
3. ¿Le dolieron los ojos, se le irritaron o le lloraron?	1	2	3	4
4. ¿Se le cayó algo de pelo?	1	2	3	4
5. Conteste a esta pregunta sólo si le cayó algo de pelo: ¿Se sintió preocupado por la caída del pelo?	1	2	3	4
6. ¿Se sintió enferma o mal?	1	2	3	4
7. ¿Ha tenido subidas repentinas de calor en la cara o en otras partes del cuerpo?	1	2	3	4
8. ¿Tuvo dolores de cabeza?	1	2	3	4
9. ¿Se sintió menos atractiva físicamente a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
10. ¿Se sintió menos femenina a consecuencia de su enfermedad o tratamiento?	1	2	3	4
11. ¿Le resultó difícil verse desnuda?	1	2	3	4
12. ¿Se sintió desilusionada con su cuerpo?	1	2	3	4
13. ¿Estuvo preocupada por su salud en el futuro?	1	2	3	4

Durante las últimas cuatro semanas:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
14. ¿Hasta qué punto estuvo interesada en el sexo?	1	2	3	4
15. ¿Hasta qué punto tuvo una vida sexual activa? (con o sin coito)	1	2	3	4
16. Conteste a esta pregunta sólo si tuvo actividad sexual: ¿Hasta qué punto disfrutó del sexo?	1	2	3	4

Durante la semana pasada:

	En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho
17. ¿Sintió algún dolor en el brazo o en el hombro?	1	2	3	4
18. ¿Se le hinchó el brazo o la mano?	1	2	3	4
19. ¿Tuvo dificultad para levantar el brazo o moverlo a los lados?	1	2	3	4
20. ¿Ha tenido algún dolor en la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
21. ¿Se le hinchó la zona de su pecho afectado?	1	2	3	4
22. ¿Sintió que la zona de su pecho afectado estaba más sensible de lo habitual?	1	2	3	4
23. ¿Ha tenido problemas de piel en la zona de su pecho afectado (p.ej. picor, sequedad, descamación)?	1	2	3	4

10. Cuestionario de Imagen Corporal MBSRQ ®

Versión Española: Emma Ribas, Luis Botella y Jesús Benito (2008)

INSTRUCCIONES

A continuación encontrará una serie de preguntas acerca de cómo la gente piensa, siente o se comporta.

Indique por favor su grado de acuerdo con cada afirmación aplicada a Vd.

No hay respuestas verdaderas o falsas. Dé la respuesta que más se ajuste a usted mismo/a.

Use la escala que encontrará al principio del cuestionario para puntuar las afirmaciones.

Anote el número en la casilla que se encuentra a la izquierda de cada afirmación.

Por favor sea lo más sincero/a posible.

Gracias.

1	2	3	4	5
Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Indiferente	Bastante de acuerdo	Totalmente de acuerdo

Puntuación		
	1. Antes de estar en público siempre compruebo mi aspecto.	ISC
	2. Podría superar la mayoría de pruebas de estar en buena forma física.	ISC
	3. Para mí es importante tener mucha fuerza.	ISC
	4. Mi cuerpo es sexualmente atractivo.	AFA
	5. No hago ejercicio regularmente.	COMF-
	6. Sé mucho sobre las cosas que afectan a mi salud física.	ISC
	7. Me preocupa constantemente poder llegar a estar gordo/a.	ISC
	8. Me gusta mi aspecto tal y como es.	AFA
	9. Compruebo mi aspecto en un espejo siempre que puedo.	CAF
	10. Antes de salir invierto mucho tiempo en arreglarme.	ISC
	11. Tengo una buena capacidad de resistencia física.	ISC
	12. Participar en deportes no es importante para mí.	ISC-
	13. No hago cosas que me mantengan en forma.	COMF-
	14. Tener buena salud es una de las cosas más importantes para mí.	ISC
	15. Soy muy consciente de cambios en mi peso aunque sean pequeños.	CAF
	16. Casi todo el mundo me considera guapo/a.	ISC
	17. Es importante para mí que mi aspecto sea siempre bueno.	CAF
	18. Adquiero fácilmente nuevas habilidades físicas.	ISC
	19. Estar en forma no es una prioridad en mi vida.	ISC-
	20. Hago cosas que aumenten mi fuerza física.	COMF
	21. Raramente estoy enfermo.	ISC
	22. A menudo leo libros y revistas de salud.	ISC
	23. Me gusta el aspecto de mi cuerpo sin ropa.	AFA
	24. No soy bueno en deportes o juegos.	COMF-
	25. Raramente pienso en mis aptitudes deportivas.	ISC-
	26. Me esfuerzo en mejorar mi resistencia física.	COMF
	27. No me preocupo de llevar una dieta equilibrada.	ISC-
	28. Me gusta cómo me sienta la ropa.	ISC
	29. Presto especial atención al cuidado de mi pelo.	CAF
	30. No le doy importancia a mejorar mis habilidades en actividades físicas.	ISC-
	31. Trato de estar físicamente activo/a.	COMF
	32. Presto atención a cualquier signo que indique que puedo estar enfermo/a.	ISC
	33. Nunca pienso en mi aspecto.	ISC-
	34. Siempre trato de mejorar mi aspecto físico.	ISC
	35. Me muevo de forma armónica y coordinada.	CAF
	36. Sé mucho sobre cómo estar bien físicamente.	ISC
	37. Hago deporte regularmente a lo largo del año.	COMF
	38. Soy muy consciente de pequeños cambios en mi salud.	ISC
	39. Al primer signo de enfermedad voy al médico.	ISC

	<p><i>Use una escala del 1 al 5 para mostrar el grado de satisfacción o insatisfacción con cada una de las partes del cuerpo que aparecen a continuación</i></p> <p><i>1:Muy insatisfecho/a</i> <i>2:Bastante insatisfecho/a</i> <i>3:Punto medio</i> <i>4:Bastante satisfecho/a</i> <i>5:Muy satisfecho/a</i></p>	
	40. Parte inferior del cuerpo (nalgas, muslos, piernas, pies).	ISC
	41. Parte media del cuerpo (abdomen y estómago).	ISC
	42. Parte superior del cuerpo (pecho, hombros, brazos).	ISC
	43. Tono muscular (fuerza física, musculación).	ISC
	44. Peso.	ISC
	45. Aspecto general.	ISC

11. Cuestionario LOPSS12 Satisfacción con los cuidados enfermeros

Instrucciones: Voy a leer una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que están ingresadas en el hospital. Después debe indicarme su grado de acuerdo con dicha afirmación. A la hora de responder, piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

Las/os enfermeras/os que le atendieron en el hospital,

1) Me ayudaron a comprender mi enfermedad

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

2) Parecían más interesadas en terminar las tareas que en escuchar mis preocupaciones

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

3) Daban la impresión de que ocuparse de mí era lo primero

Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5

4) Deberían ser más amables

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

5) Tuvieron poca paciencia

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

6) Pocas veces consideraron mis opiniones y preferencias con respecto a los planes de mi cuidado

Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1

7) Daban consejos útiles	
Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5
8) Podía compartir con ellas mis sentimientos	
Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5
9) Tenía la sensación de que no podía hacerles preguntas libremente	
Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1
10) Me comprendían cuando les contaba mis problemas	
Totalmente de acuerdo	1
Bastante de acuerdo	2
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	4
Totalmente en desacuerdo	5
11) Deberían realizar su trabajo más a conciencia	
Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1
12) En ocasiones eran algo lentas en contestar a mis llamadas	
Totalmente de acuerdo	5
Bastante de acuerdo	4
Ni acuerdo ni desacuerdo	3
Bastante en desacuerdo	2
Totalmente en desacuerdo	1
TOTAL	

12. Escala de autoestima de Rosenberg

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Codificación proceso: 1.1.1.2.1.1.4. Autoestima (CIPE-a).

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Auto administrada.

Interpretación: De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada Considerada como la autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano La consistencia interna de la escala se encuentra entre 0.76 y 0.87 la fiabilidad es de 0.80.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSENBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente.				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a.				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a.				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a.				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a.				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo.				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona.				

13. Cuestionario Sociodemográfico

**CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO PARA
PACIENTES RECONSTRUIDAS**

Código de Investigación (A cumplimentar por Equipo investigador):
--

EDAD	
------	--

ESTADO CIVIL

Casado/a	
Soltero/a	
Divorciado/a	
Viudo/a	

ESTUDIOS

Ciclo Formativo de Grado medio	Auxiliar de enfermería	
	Otros ¿Cuáles?	
Ciclo Formativo de Grado superior	Técnico en laboratorio	
	Anatomía patológica	
	Documentación Sanitaria	
	Técnico en Radiología	
	Otros ¿Cuáles?	
Grados universitarios o Diplomaturas	Psicología	
	Fisioterapia	
	Otros ¿Cuáles?	

TRABAJO

¿Trabajas?	Si	No
------------	----	----

Ámbito del contrato	Sanidad	
	Educación	
	Otros ¿Cuál?	

DATOS CLÍNICOS

Tamaño del tumor en mm										
Tipo de tumor	Carcinoma In Situ		Carcinoma lobulillar infiltrante		Carcinoma a medular		Carcinoma inflamatorio			
	Otros		Enfermedad de Paget		Carcinoma Mucinoso infiltrante		Carcinoma ductal infiltrante			
Estadio tumoral	0		I		II		II		IV	
Estado de los ganglios	positivos			negativos						
Localización del tumor	1 Cuadrante		2 Cuadrantes		Multicentricos					

Tratamiento recibido

Tipo de cirugía	Mastectomía + Reconstrucción en una sola intervención			Mastectomía con Reconstrucción diferida			
Tipo de reconstrucción	Protésica		Autóloga		Mixta		
¿Aparecieron complicaciones tras la cirugía?			NO			SI	
¿Se le administró radioterapia?			NO			SI	
¿Se le administró quimioterapia?			NO			SI	
¿Se le administró terapia hormonal?			NO			SI	

14. Consentimiento informado

CÓDIGO PARTICIPANTE: FECHA RECOGIDA:

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en él, por favor lea este consentimiento cuidadosamente, y haga todas las preguntas que considere oportuno para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio.

TITULO DEL ESTUDIO:

Calidad de Vida en las pacientes con Cáncer de mama. Reconstrucción autóloga Vs Protésica

PROPOSITO:

Conocer la calidad de vida de las pacientes Reconstruidas a largo plazo.

PROCEDIMIENTOS:

Se les pedirá que respondan a cinco cuestionarios. Uno sobre datos sociodemográficos, otro cuestionario sobre la calidad de vida, otro sobre la imagen corporal, otro sobre la autoestima y otro sobre la satisfacción con los cuidados.

DURACIÓN:

El tiempo aproximado necesario, para la cumplimentación del formulario, será de 20 minutos.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

La participación en este estudio no comporta riesgos o incomodidades asociadas para usted.

POSIBLES BENEFICIOS:

Aunque no está probado que usted reciba ningún beneficio directo de su participación, los resultados del estudio podrían beneficiar a toda la profesión enfermera y en consecuencia a la calidad de los cuidados prestados por este colectivo.

CONFIDENCIALIDAD:

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que aporte al estudio será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el equipo investigador.

Se asignará un código a cada cuestionario, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

CON QUIEN HABLAR SI TIENE PREGUNTAS:

Si usted tiene preguntas o problemas asociados con esta investigación, podrá comunicarse con Aitana Plaza Raimundo, becaria de investigación del departamento de enfermería.

PARTICIPACION VOLUNTARIA: Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria. Puede decidir abandonar el estudio en cualquier momento, y ello no comportará ninguna penalización al respecto.

CONSENTIMIENTO:

He leído la información de esta hoja de consentimiento, o me la han leído de forma adecuada y explicado al completo. Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido contestadas.

Al firmar esta hoja de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales. Usted ha recibido una copia con toda la información que contiene este documento (hoja de información).

Nombre del participante completo (nombre y apellidos)

Firma del participante

Fecha de firma

Firma del Investigador Principal

15. Hoja de información

HOJA DE INFORMACIÓN

Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que decida participar en él, por favor lea este consentimiento cuidadosamente, y haga todas las preguntas que considere oportuno para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio.

TITULO DEL ESTUDIO:

Calidad de Vida en las pacientes con Cáncer de mama. Reconstrucción autóloga Vs Protésica

PROPOSITO:

Conocer la calidad de vida de las pacientes Reconstruidas a largo plazo.

PROCEDIMIENTOS:

Se les pedirá que respondan a cinco cuestionarios. Uno sobre datos sociodemográficos, otro cuestionario sobre la calidad de vida, otro sobre la imagen corporal, otro sobre el autoestima y otro sobre la satisfacción con los cuidados.

DURACIÓN:

El tiempo aproximado, necesario, para la cumplimentación del formulario, será de 20 minutos.

POSIBLES RIESGOS O INCOMODIDADES:

La participación en este estudio no comporta riesgos o incomodidades asociadas para usted.

POSIBLES BENEFICIOS:

Aunque no está probado que usted reciba ningún beneficio directo de su participación, los resultados del estudio podrían beneficiar a toda la profesión enfermera y en consecuencia a la calidad de los cuidados prestados por este colectivo.

CONFIDENCIALIDAD:

Según la Llei de Protecció de Dades 15/1999 (LOPD), la información que aporte al estudio será totalmente anónima y confidencial. Los documentos que sean utilizados en el estudio serán guardados en un espacio seguro, al cual solo tendrá acceso el equipo investigador.

Se asignará un código a cada cuestionario, por tanto, sus datos personales, no serán divulgados en ningún momento. La información obtenida solo se utilizará para cumplir el propósito nombrado en esta carta. Los datos que se recojan serán analizados en grupo, sin que se pueda identificar a los participantes del estudio.

Esta autorización, servirá hasta el final del estudio, a menos que quiera cancelarlo antes.

CON QUIEN HABLAR SI TIENE PREGUNTAS:

Si usted tiene preguntas o problemas asociados con esta investigación, podrá comunicarse con Aitana Plaza Raimundo, becaria de investigación del departamento de enfermería.

PARTICIPACION VOLUNTARIA:

Su participación en este estudio de investigación es totalmente voluntaria.

Puede decidir abandonar el estudio en cualquier momento, y ello no comportará ninguna penalización al respecto.

CONSENTIMIENTO:

He leído esta hoja de INFORMACIÓN y he firmado el documento de consentimiento.

Todas mis preguntas sobre el estudio y mi participación han sido contestadas.

Al firmar el documento de consentimiento, no se ha renunciado a ninguno de los derechos legales.

Usted recibirá una copia con toda la información que contiene este documento (hoja de información).

16. Anexo sobre la historia de los tratamientos del CM:

A principios de los años '80, las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama tenían unas posibilidades de estar libres de recaída a los 5 años tras el diagnóstico del 70%, en la actualidad la cifra se aproxima a casi un 90% [12]. Este beneficio no se ha alcanzado repentinamente, por ejemplo en los años '70 se obtuvieron los primeros resultados de los estudios que demostraban el beneficio de la quimioterapia administrada tras la cirugía [12]. También por aquella época se demuestra el éxito del tamoxifeno como tratamiento hormonal para el cáncer avanzado de mama, que poco después se comenzó a emplear en estadios precoces de la enfermedad [12].

En la década de los '80 el hecho del inicio del programa de detección precoz mejoro muchísimo la esperanza de vida ya que conseguíamos tratar a pacientes en estadios muy iniciales. La incorporación de nuevos tratamientos hormonales a comienzos del siglo XXI mejoró los resultados del tamoxifeno. El descubrimiento de tipos de cáncer con diferentes perfiles biológicos permitió en la década pasada incorporar anticuerpos monoclonales como el trastuzumab al tratamiento del cáncer de mama HER2 positivo, hasta entonces de mal pronóstico por su mayor agresividad (5,21).

Además, en estas tres décadas otro hecho de gran relevancia ha sido el incremento de cirugías conservadoras y menor intervención sobre la axila, evitando complicaciones y mejorando la calidad de vida de las mujeres con cáncer de mama [12]. En conjunto los avances han conseguido aumentar la supervivencia en un 20% entre los años 70 y la actualidad [12].

Si hablamos en concreto de la reconstrucción mamaria los primeros intentos de reconstruir una mama se remontan a finales del siglo XIX, pero hay que esperar hasta la década de los setenta del siglo XX para que se desarrollen progresivamente las diversas técnicas empleadas en la actualidad [49]. Tras comprobarse que la reconstrucción mamaria no influye negativamente sobre la enfermedad neoplásica, sino que es trascendental para la rehabilitación física y psicológica de la paciente, su desarrollo se ha visto favorecido por varios avances [49]. Avances: Técnicas de mastectomía menos agresivas que facilitan la cobertura cutánea; la introducción y progreso de las prótesis mamarias de silicona; la implantación submuscular de las prótesis, que previene complicaciones locales; la técnica de expansión tisular mamaria; y grandes avances en el conocimiento anatómico de los diversos colgajos disponibles, especialmente los musculocutáneos y los transferidos microquirúrgicamente [49].

A fines del siglo XX, en el contexto de los avances en la terapia que permiten resecciones tumorales con conservación de la mama, se desarrollan las técnicas oncoplásticas. Éstas intervienen cuando el volumen remanente de la mama tratada lo permite, reconstruir la mama operada y simetrizar la mama sana con técnicas de reducción mamaria [55].

También el método conocido como reconstrucción secuencial o diferida-inmediata, en que al tiempo de la mastectomía se deja un expansor inflado, el cual se vacía durante el periodo de

radioterapia, para continuar con expansiones posteriores a ésta y realizar la reconstrucción definitiva en un segundo tiempo [55]. A la paciente mastectomizadas se le puede ofrecer actualmente una reconstrucción mediante prótesis de silicona o bien una reconstrucción completamente autógena, destacando como avance más reciente la introducción de colgajos microquirúrgicos de perforantes[49].

17. Check list ético

	SI	NO
A. La investigación se hace con personas	x	
B. La investigación estudia temas relacionados con la dignidad o condición del ser humano		x
C. Se trata de una investigación sobre datos personales i/o sensibles	x	
D. Utilización de tejidos o muestras biológicas de origen humano.		x
E. Uso de datos personales (información genética, etc)	x	
F. Experimentación animal.		x
G. Utilización de agentes biológicos de riesgo para la salud humana i ambiental		x
H. Uso o liberación de organismos modificados genéticamente		x
I. Posibles conflictos económicos o legales		x
J. Posible afectación del patrimonio cultural o artístico		x
K. Implicación del principio de autonomía	x	
L. Implicación del principio de justicia		x
M. Implicación del principio de no maleficencia	x	
N. Implicación del principio de beneficencia	x	