



Universidad Europea

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TRABAJO FIN DE MÁSTER UNIVERSITARIO EN ENFERMERÍA ONCOLÓGICA

**SATISFACCIÓN CON CALIDAD DE VIDA POSTERIOR A LA
RECONSTRUCCIÓN MAMARIA INMEDIATA EN MUJERES CON DIAGNÓSTICO
DE CÁNCER DE MAMA SOMETIDAS A MASTECTOMÍA RADICAL.**

REVISIÓN SISTEMÁTICA

Autor:

Dña. Jeny Paola Peñafiel Siguenza

Director:

Dr. David Martínez Rubio

Valencia, (2022-2023)

ÍNDICE

ABREVIATURAS.....	5
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	9
1. INTRODUCCIÓN.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	14
2.1 Cáncer de mama.....	14
2.2 Etiopatogenia.....	14
2.2.1 Clasificación histopatológica.....	14
2.2.2 Clasificación según su expresión genética.....	14
2.3 Señales de cáncer de mama.....	15
2.4 Diagnostico.....	15
2.5 Tratamiento.....	16
2.6 Reconstrucción mamaria.....	16
2.6.1 Tipos de reconstrucción mamaria.....	17
2.6.2 Métodos de reconstrucción mamaria.....	17
2.7 Complicaciones quirúrgicas.....	18
2.8 Calidad de vida general.....	19
2.8.1 Cuestionario de salud SF-36.....	19

2.8.2	Cuestionario Breast-Q.....	20
2.8.3	Cuestionario PROMIS-29.....	20
2.8.4	Cuestionario BIS.....	20
2.8.5	Cuestionario BIQLI-SP.....	21
3.	JUSTIFICACIÓN.....	22
4.	OBJETIVOS.....	23
5.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	24
5.1	Estrategia de búsqueda.....	24
5.2	Criterios de selección y elegibilidad.....	26
5.3	Extracción y gestión de los datos.....	26
6.	RESULTADOS.....	35
7.	DISCUSIÓN.....	37
8.	CONCLUSIONES.....	40
9.	BIBLIOGRAFÍA.....	41
ÍNDICE DE TABLAS		
Tabla 1	25

Tabla 2.....28

Tabla 3.....29

Tabla 4.....31

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....27

ABREVIATURAS

OMS: Organización Mundial de la Salud

CAM: cáncer de mama.

MR: mastectomía radical.

RMI: reconstrucción mamaria inmediata.

RMD: reconstrucción mamaria diferida.

CV: calidad de vida.

RM: reconstrucción mamaria.

ER: receptores estrogénicos.

PR: receptores progesterónicos.

CVRS: calidad de vida en relación a la salud.

RESUMEN

Introducción: El cáncer de mama es una proliferación acelerada e incontrolada de las células que forman la glándula mamaria; constituye el tipo de neoplasia con mayor prevalencia y mortalidad en mujeres a nivel mundial. La mastectomía radical forma parte de su tratamiento, involucrando cambios físicos y alteraciones psicológicas en la mayoría de mujeres; con el fin de mitigar estos impactos, la reconstrucción mamaria inmediata juega un papel muy importante en la satisfacción y la calidad de vida.

Objetivo: Describir el efecto de la reconstrucción mamaria inmediata sobre la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical.

Metodología: Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, estudios de cohortes retrospectivos y prospectivos, estudios observacionales, con los siguientes criterios: pacientes o sobrevivientes de cáncer de mama, cualquier método reconocido de reconstrucción unilateral o bilateral, calidad de vida valorada con máximo dos herramientas; se excluyeron los artículos de textos que correspondía a capítulos de libros, trabajos de grado o conferencias y estudios de acceso limitado.

Resultados: Las investigaciones fueron publicadas entre 2017 y 2023, realizados en Estados Unidos y Canadá [34,39], la mayor muestra fue incluida en el estudio prospectivo de Pusic, et al. [39], con 1.632 pacientes. Cabe recalcar que en 5 de los 8 artículos la reconstrucción mamaria inmediata se realiza a base de implantes [34,35,37,38,39].

Conclusiones: Reconstruir de forma inmediata una mama, luego de una mastectomía radical, ayuda a mejorar satisfactoriamente la calidad de vida relacionada con salud, al mejorar su aspecto físico minimiza el impacto psicológico, sin necesidad de experimentar una sensación de discapacidad o invalidez.

Palabras clave: mastectomía, imagen corporal, calidad de vida, cáncer de mama y reconstrucción mamaria.

ABSTRACT

SATISFACTION WITH QUALITY OF LIFE FOLLOWING IMMEDIATE BREAST RECONSTRUCTION IN WOMEN DIAGNOSED WITH BREAST CANCER UNDERGOING RADICAL MASTECTOMY.

Introduction: Breast cancer is an accelerated and uncontrolled proliferation of cells that form the mammary gland. It is the most prevalent and deadly type of neoplasm in women worldwide. Radical mastectomy is part of its treatment, involving physical changes and psychological alterations in the majority of women. In order to mitigate these impacts, immediate breast reconstruction plays a crucial role in satisfaction and quality of life.

Objective: To describe the effect of immediate breast reconstruction on the quality of life of women with breast cancer undergoing radical mastectomy.

Methodology: Randomized and non-randomized clinical trials, retrospective and prospective cohort studies, and observational studies were included, with the following criteria: patients or survivors of breast cancer, any recognized method of immediate unilateral or bilateral breast reconstruction, quality of life assessed using up to two tools. Text articles were excluded if they were chapters of books, degree papers or conferences, and studies with limited access.

Results: The investigations were published between 2017 and 2023, conducted in the United States and Canada [34, 39]. The largest sample was included in the

prospective study by Pusic et al. [39], with 1,632 patients. It is worth noting that in 5 out of the 8 articles, immediate breast reconstruction is performed using implants [34,35, 37, 38, 39].

Conclusions: Reconstructing a breast immediately, after a radical mastectomy, helps to satisfactorily improve the quality of life related to health, by improving its physical appearance it minimizes the psychological impact, without the need to experience a feeling of disability or invalidity.

Keywords: mastectomy, body image, quality of life, breast cancer, breast reconstruction.

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2020 a nivel mundial se diagnosticó cáncer de mama a 2,3 millones de mujeres, de las cuales 685.000 fallecieron por esta causa. Sin embargo, a finales del mismo año aproximadamente 7,8 millones de pacientes con similar diagnóstico permanecían aún con vida, situando entonces a este tipo de neoplasia como la de mayor prevalencia en el mundo (1). Se considera también que representa la quinta causa de muerte en mujeres (2).

En Estados Unidos durante el año 2022 se prevé diagnosticar 87.850 nuevos casos de cáncer de mama invasivo y 51.400 nuevos casos de cáncer de mama no invasivo (in-situ), convirtiéndose en la principal causa de muerte en mujeres, se estima que para este año morirán alrededor de 43.250 mujeres a causa de neoplasia mamaria, aunque las cifras disminuyen de forma constante. Aproximadamente el 13 % de las mujeres estadounidenses padecerán cáncer de mama invasivo, es decir 1 de cada 8 mujeres experimentarán esta enfermedad en el transcurso de su vida (3).

Mientras que, en España para el año 2022 se diagnosticó 34.750 mujeres con cáncer de mama (CAM), pero con una menor tasa de mortalidad, por consiguiente, la prevalencia a los 5 años fue de 144.233 en este año. El cáncer de mama se ha enmarcado durante mucho tiempo como un problema de salud muy importante, al ser uno de los más predominantes y principal causa de muerte, viéndose afectadas cada año más mujeres (4).

El cáncer de mama es una enfermedad no transmisible que se origina debido a una proliferación acelerada e incontrolada de las células que forman la glándula mamaria y constituye el tipo de neoplasia con mayor prevalencia y mortalidad en mujeres a

nivel mundial. Cuando esta población celular anormal llega a diseminarse hacia otros tejidos u órganos a través de la sangre o vasos linfáticos se denomina metástasis (5).

La edad y el género son los principales factores de riesgo invariables, incluidos también los antecedentes familiares, haber padecido cáncer de mama, la raza, exposición a las hormonas sexuales, antecedentes de radioterapia torácica por otra neoplasia. Por otra parte, los factores que se pueden modificar son los hábitos poco saludables, la obesidad, la exposición a radiación, consumo de alcohol y tabaco, terapia hormonal sustitutiva en la menopausia, entre otros (6).

En la actualidad existen algunos tipos de pruebas para detectar y diagnosticar CAM ante la presencia de bultos o nódulos en pacientes sintomáticas, también se puede encontrar masas o calcificaciones anormales mediante ecografías y mamografías, para confirmar el diagnóstico se realiza una biopsia que consiste en tomar una muestra del tejido para enviarlo a laboratorio y ser analizado.

Una vez confirmado el diagnóstico de CAM el médico puede realizar pruebas para determinar el tipo de tratamiento que se le va a recomendar a cada paciente, dependiendo del tipo de cáncer, número de estadiaje, edad de la paciente y sus expectativas. Es importante informar, educar y, sobre todo considerar la opinión de la paciente al decidir sobre su tratamiento (7,8).

Existen algunos tratamientos convencionales que se viene administrando para tratar CAM con fines curativos, como es la terapia anti hormonal, quimioterapia, radioterapia y cirugía (conservadora y mastectomía). Cabe recalcar que, el tratamiento puede ser neoadyuvante previo a la intervención quirúrgica y adyuvante después de la cirugía (9).

La mastectomía radical (MR) es un tipo de cirugía que involucra cambios físicos desfavorables y en muchas ocasiones conducen a las pacientes a presentar

alteraciones emocionales, afectivas, inclusive trastornos depresivos difíciles de manejar. Como alternativa para contrarrestar las secuelas físicas y psíquicas que produce el tratamiento de CAM, existen procedimientos quirúrgicos para reconstruir la mama afectada ya sea, reconstrucción mamaria inmediata (RMI) o reconstrucción mamaria diferida (RMD), analizado de forma individual para satisfacer la estética y recuperar el contorno del seno, así como una mejoría funcional de las pacientes con el objetivo de mejorar su calidad de vida. Existen diferentes tipos disponibles, y la elección depende de varios factores, como: la preferencia personal, la salud general, la anatomía individual y el tratamiento del cáncer, lo que puede ayudar a las mujeres a recuperar su confianza, mejorar su imagen corporal y facilitar a su proceso de recuperación física y emocional.

La calidad de vida (CV) se convierte en un aspecto crucial a considerar durante todo el proceso de diagnóstico, tratamiento y recuperación subjetiva de que una persona tiene sobre su bienestar físico, mental y social, así como su capacidad para llevar a cabo actividades diarias y disfrutar de la vida.

La reconstrucción mamaria (RM) independientemente de tipo que se realice puede causar efectos secundarios físicos, emocionales, cambios en la imagen corporal y alteraciones en las relaciones personales.

Sin embargo, es importante destacar que la calidad de vida no se limita únicamente a la ausencia de síntomas o efectos secundarios, también implica el apoyo emocional, psicológico y social que se brinda a las personas con CAM. El apoyo de familiares, amigos y profesionales de la salud pueden marcar una gran diferencia en la forma en que una persona enfrenta la enfermedad y se recupera.

Finalmente, la RM juega un papel muy importante en el manejo integral de las pacientes con CAM, ya que, de alguna forma ayuda a mejorar CV asociada, no

obstante, puede verse afectada en el futuro por otras secuelas de la enfermedad, cabe recalcar que la RM no influye en la supervivencia (10,11).

Para evaluar CV existen varios cuestionarios en diferentes contextos, proporcionando una visión integral, igualmente, permite evaluar el impacto de diferentes condiciones de salud en la vida de la persona, abordando diferentes dominios, como: el bienestar físico, emocional, social y funcional. Evalúan síntomas, efectos secundarios, función sexual, imagen corporal, nivel de fatiga, ansiedad, depresión y otros aspectos relacionados con la calidad de vida.

Al proporcionar una evaluación detallada de estos aspectos, los cuestionarios permiten a los profesionales de la salud identificar las necesidades individuales de cada paciente para adaptar los tratamientos y la atención de manera más efectiva. Su uso en la práctica clínica y la investigación ayuda a mejorar la atención y el bienestar de las mujeres afectadas por CAM (12).

2. MARCO TEORICO

2.1. **Cáncer de mama**

Producido por la mutación o proliferación descontrolada de células sanas que conforman la mama, dando lugar a la formación de un tumor, el mismo que adquiere la capacidad de extenderse a otras partes del cuerpo, proceso que se lo conoce como metástasis (13).

2.2. **Etiopatogenia**

Menos del 10% de CAM están asociados a mutación genética heredada como son: genes supresores BRCA1 o BRCA2, que son los encargados de inhibir el crecimiento anormal de células; comúnmente la mayoría de neoplasias se han relacionado con diversos factores que aumentan el riesgo, tales como: factores no modificables (edad, género, raza, menarquia, menopausia, factores ambientales y reproductivos, exposición a agentes radiactivos, antecedentes de cáncer y mamas densas), por otra parte, los factores modificables (mala nutrición, sedentarismo, obesidad, consumo de alcohol y tabaco, tratamiento hormonal) (14).

2.2.1. Clasificación histopatológica

- Carcinoma infiltrante o in-situ: (carcinoma ductal in-situ y carcinoma lobulillar in-situ) es considerado un factor de riesgo para desarrollar cualquier neoplasia de mama que puede progresar a un carcinoma invasor.
- Carcinoma infiltrantes o invasores: se produce cuando el carcinoma logra atravesar la membrana basal, convirtiéndose en una neoplasia maligna más frecuente con mayor tasa de mortalidad.
- Enfermedad de Paget del pezón: puede ser in-situ o invasor (15).

2.2.2. Según su expresión genética, se clasifica en 4 subgrupos:

- Luminal A: es de mejor pronóstico; están presentes receptores estrogénicos (ER), receptores progesterónicos (PR) positivos y HER2 negativo.
- Luminal B: están presentes ER, PR y HER2 positivo.
- HER2: presente en aproximadamente el 10-15% de los CAM.
- Basal: están presentes ER, PR y HER2 negativos, pertenece a la categoría de triple negativo (16).

2.3. Señales de cáncer de mama

Presencia de bultos, secreción por el pezón, cambios en el tamaño y forma, dolor en el seno o pezón, retracción o inversión del pezón, enrojecimiento o descamación, cambios en la textura de la piel, inflamación de ganglios linfáticos e inflamación completa o parcial de la mama (17).

2.4. Diagnóstico

Gracias a los avances tecnológicos y a la socialización con fines preventivos, en la actualidad las mujeres están más alertas ante cualquier signo de sospecha, para lo cual, existen muchas pruebas que nos llevan al diagnóstico de CAM.

- Exploración clínica: consiste en la autoexploración con el fin de buscar alguna alteración o cambio que sea signo de sospecha para acudir al médico.
- Ultrasonido mamario: se realiza mediante una máquina con ondas de sonido para producir imágenes.
- Mamografía: es una radiografía más detallada de la mama utilizando bajos niveles de radiación, está recomendada a mujeres en edades comprendidas entre los 45 a 69 años de forma bianual.
- Resonancia magnética: es un escaneo del cuerpo mediante un imán conectado a una computadora para obtener imágenes más detalladas.

- Biopsia: consiste en extraer una parte del tejido afecto o líquido de la mama para estudiarlo microscópicamente (18).

2.5. Tratamiento

El tratamiento engloba muchos cambios físicos, por ende, emocionales en cada mujer, debido a las terapias que no dejan de ser invasivos, provocando efectos devastadores no solamente desde el punto de vista físico y psicológico, sino, en todas las esferas holísticas del ser humano. El tratamiento puede ser neoadyuvante (previo a la cirugía) y adyuvante (posterior a la cirugía); los tratamientos convencionales son:

- a) Anti hormonal: dirigido únicamente (ER+) a mujeres con receptores de estrógenos positivos, tanto pre como posmenopáusicas, con o sin afección ganglionar.
- Tratamiento biológico dirigido: son anticuerpos monoclonales que han demostrado ser más eficaz que la quimioterapia sola, se administra de forma parenteral cada 21 días.
 - Quimioterapia: consiste en la administración de fármacos que tienen como objetivo eliminar células tumorales o metástasis a distancia, con más frecuencia desencadena efectos secundarios.
 - Radioterapia: consiste en irradiar el área afecta externa, generalmente se realiza un mes posterior a la cirugía, se aplica diariamente durante 5-6 semanas (de lunes a viernes).
 - Cirugía: puede ser conservadora, donde no se extirpa el tejido mamario en su totalidad, como también, mastectomía radical donde se extrae todo el tejido mamario, tanto, de una mama (mastectomía unilateral), como de las dos (mastectomía bilateral) (9,19).

2.6. Reconstrucción mamaria

La mastectomía involucra cambios físicos desfavorables y trastornos psicológicos difíciles de manejar, entre otros (10); la extirpación mamaria está asociada con una disminución de autoestima, evocando un sentimiento de pérdida, a menudo experimentan sensación de discapacidad. Para mitigar el impacto y mejorar la calidad de vida en el ámbito emocional e imagen corporal se ofrece la RM, un procedimiento quirúrgico con una demanda cada vez más alta debido a la incidencia de la enfermedad, por consiguiente, facilita la reintegración de la mujer en su entorno natural y social con una mejor autopercepción y autoestima, en un periodo de tiempo relativamente menor (20,21).

2.6.1. Tipos de reconstrucción mamaria

- Inmediata, es la que se realiza tras la mastectomía inicial, no se recomienda realizar cuando la paciente tiene riesgo de requerir radioterapia posmastectomía.
- Diferida o tardía, es la que se realiza tras un intervalo de tiempo, cuando la paciente se ha recuperado por completo para disminuir posibles daños estéticos a causa de radioterapia. (22).

2.6.2. Métodos de reconstrucción mamaria.

- Reconstrucción autóloga, consiste en usar el tejido del propio paciente conocido como colgajo; que incluye vasos sanguíneos, grasa, piel y en ocasiones tejido muscular, se sustrae de otra parte del cuerpo y se utiliza para la reconstrucción mamaria, lo cual permite mantener el músculo dominante; las técnicas de reconstrucción mamaria pueden ser:
 - colgajo recto abdominal transversal libre (TRAM)
 - colgajo perforante epigástrico inferior profundo (DIEP)

- colgajo libre de la arteria epigástrica inferior superficial (SIEA), que se utiliza generalmente en la reconstrucción mamaria diferida (23,24).
- Implantes mamarios, pueden ser de solución salina o de silicona para recrear el volumen del seno, son material esencial y seguro al momento de realizar técnicas reconstructivas, pero, al igual que la reconstrucción autóloga conlleva ventajas y desventajas como, requerir varias etapas quirúrgicas para lograr el resultado final, también se ven comprometidas posteriormente en el caso de radioterapia.
- Expansores de tejido: En este enfoque, se coloca un expansor de tejido debajo de la piel y el músculo del pecho para estirar gradualmente los tejidos, normalmente se realiza cada dos semanas o el tiempo que el cirujano considere según el caso, hasta alcanzar el tamaño acordado. Luego se produce la segunda etapa para reemplazar el expansor por un implante de silicona ya que, tiene un aspecto más natural que el líquido cubierto de silicona que contiene el expansor (22).

2.7. **Complicaciones quirúrgicas.**

La reconstrucción de mama es un procedimiento quirúrgico complejo; existen posibles complicaciones asociadas con este tipo de cirugía:

- Sangrado postoperatorio
- Vascularización que provoca la muerte celular
- Hematoma y seroma
- Infección
- Problemas con los implantes mamarios
- Problemas con el tejido autólogo

- Cambios en la sensibilidad
- Asimetría y resultados insatisfactorios (25).

2.8. **Calidad de vida general**

Para hablar de CV debemos tener en cuenta primero el concepto general de salud según la Organización Mundial de la Salud (OMS) que lo ha definido hace varias décadas y hasta la actualidad no se ha modificado, “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (26).

Se conoce CV al conjunto de condiciones que contribuyen al bienestar de cada individuo en su más profundo entender de relación personal, también se basa en la satisfacción con la vida y su entorno; para la evaluación de CV incluye áreas importantes como el área psicológica, espiritual, social y función física (27).

Por otra parte, que la calidad de vida en relación a la salud (CVRS) es la apreciación individual de cada ser humano, la percepción subjetiva que tiene cada individuo es producto de su cotidiana forma de vivir. La CVRS es un múltiple criterio multidimensional; concepto que se explica al incluir indicadores como el estado de ánimo, recursos de afrontamiento, autoestima, aspectos sociales también emocionales, sexuales, cognitivos y función física (28,29).

2.8.1. El cuestionario de salud SF-36 (Short From 36)

Es una escala global de mensuración de la CVRS, que consta de 36 preguntas comúnmente utilizada para evaluar los resultados de los tratamientos médicos; no obstante, este instrumento por su utilidad se emplea también para valorar CVRS en la población general como también, en los subgrupos específicos incluyendo a personas enfermas y sanas, dentro de la sub clasificación encontramos 8

dimensiones principales, resumidas de la siguiente manera: función física, rol físico, salud general, vitalidad, salud mental, dolor corporal, rol emocional y función social (30).

2.8.2. Cuestionario Breast-Q

Es un cuestionario de evaluación de resultados y calidad de vida relacionado con la cirugía de mama, fue desarrollado por la Dra. Andrea Pusic, se ha convertido en una herramienta ampliamente utilizada para medir los resultados y la satisfacción de las pacientes sometidas a cirugía de aumento, reducción o reconstrucción mamaria, cuyo objetivo es proporcionar una medida estandarizada y confiable de los resultados de la cirugía de mama desde la perspectiva de las pacientes. El cuestionario evalúa los siguientes dominios: satisfacción del aspecto físico con los senos, función física, función psicología, satisfacción sexual y calidad de vida en general (31).

2.8.3. PROMIS-29 (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System)

Una herramienta de evaluación que fue desarrollada por el Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos. Se utiliza para medir la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes adultos y está compuesto por 29 ítems agrupados en ocho dominios diferentes: dolor, fatiga, depresión, ansiedad, participación en actividades de la vida diaria, capacidad cognitiva, satisfacción con la participación social y satisfacción con el sueño.

2.8.4. S-BIS (La Escala de Imagen Corporal)

Es un instrumento para evaluación de imagen corporal en pacientes oncológicos. Incluye diez ítems que tratan dimensiones comportamentales, afectivas y cognitivas,

con una puntuación Likert (1 nunca, 4 mucho), el puntaje natural es de 0 a 30, mientras mayor sea el puntaje, menor satisfacción con la imagen corporal.

2.8.5. BIQLI-SP (The Body Image Quality of Life Inventory)

Herramienta utilizada para evaluar como la imagen corporal afecta la vida cotidiana. Consta de 19 ítems que abordan diferentes aspectos: la satisfacción corporal, afecto hacia el cuerpo, autoconciencia, evitación de las situaciones sociales e interferencia con actividades diarias. Cada ítem se califica en escala de 7 puntos que va desde muy insatisfecho hasta muy satisfecho (32).

3. JUSTIFICACION

La presente investigación se enfoca en la satisfacción y calidad de vida posterior a la reconstrucción mamaria inmediata, en mujeres que padecen cáncer de mama, debido a las afecciones que sufren tras perder una parte de su cuerpo, y enfrentarse a una enfermedad que involucra cambios en su estado general de salud, debido a los efectos secundarios negativos que provoca cada tratamiento, desencadenando con ello alteraciones psicológicas puesto que, afectan directamente a su imagen corporal. Las mamas son consideradas un símbolo de belleza femenina, por tanto, es importante conocer el impacto que tiene la reconstrucción mamaria inmediata sobre la calidad de vida y satisfacción de las mujeres.

Al evadir visualmente la mutilación y reintegrarse con normalidad en la cotidianidad de su vida, es menos probable que las alteraciones emocionales, baja autoestima por su aspecto físico, impacten negativamente la calidad de vida, de esta manera favorecer la adaptación al resto de su tratamiento y nuevas realidades de su imagen corporal.

Por otra parte, la información extraída puede servir para seguir socializando a todas las mujeres con diagnóstico de CAM, previamente a su cirugía de mastectomía radical, involucrando y considerando las expectativas de cada paciente, la reconstrucción inmediata puede tener varios beneficios significativos en términos satisfacción y calidad de vida, es importante tener en cuenta la idiosincrasia de cada mujer. Después de una reconstrucción de mama, la satisfacción y calidad de vida puede variar según factores, como: la técnica, el estado de salud general, la respuesta individual al procedimiento y el apoyo emocional disponible.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el efecto de la reconstrucción mamaria inmediata sobre la calidad de vida en las mujeres con cáncer de mama sometidas a mastectomía radical.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar demográficamente y oncológicamente a la población de estudio tras realizarse mastectomía con reconstrucción inmediata.
- Determinar los instrumentos que se emplean para valorar la satisfacción y calidad de vida en relación con la salud.
- Identificar de acuerdo a los resultados como influye la reconstrucción mamaria inmediata en la calidad de vida de las mujeres sometidas a mastectomía radical.

5. MATERIAL Y MÉTODOS

5.1. Estrategia de búsqueda

Para la revisión sistemática se usó la metodología **PICOT** (**P** mujeres con cáncer de mama, **I** reconstrucción mamaria inmediata, **O** calidad de vida), para establecer la pregunta de investigación que ayuda a verificar componentes claves para la búsqueda de estudios. Por otra parte, el diagrama de flujo **PRISMA** (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) (33), para involucrar cuatro fases: Identificación, detección, elegibilidad e inclusión.

En este proceso de búsqueda se utilizó la base de datos **PubMed**, filtrando con title/abstract, article type; clinical trial y randomized Controlled Trial, en idioma inglés publicados en los últimos 10 años. Para iniciar la búsqueda se empleó las palabras claves “mastectomía, imagen corporal, calidad de vida, cáncer de mama y reconstrucción mamaria”, con el operador booleano **AND** y **OR** (ver tabla 1). Por último, se emplea el administrador de referencias bibliográficas Mendeley para archivar e identificar artículos duplicados.

Tabla 1. *Búsqueda de estudios en base de datos PubMed.*

Número de búsqueda	Búsqueda	Resultados
# 1	(((("body image"[Title/Abstract])) OR ("self-image"[Title/Abstract])) AND (mammoplasty immediate [Title/Abstract]))	4 artículos
# 2	(((quality of life [Title/Abstract]) OR (self-image [Title/Abstract])) AND (mastectomy [Title/Abstract])) OR (mammoplasty immediate [Title/Abstract]))	85 artículos
# 3	(Breast cancer) AND (immediate reconstruction)	97 artículos
# 4	(Quality of life) AND (breast cancer with reconstruction immediate)	17 artículos
# 5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	4

5.2. Criterios de selección y elegibilidad

En la selección se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados y no aleatorizados, estudios de cohortes retrospectivos y prospectivos, estudios observacionales.

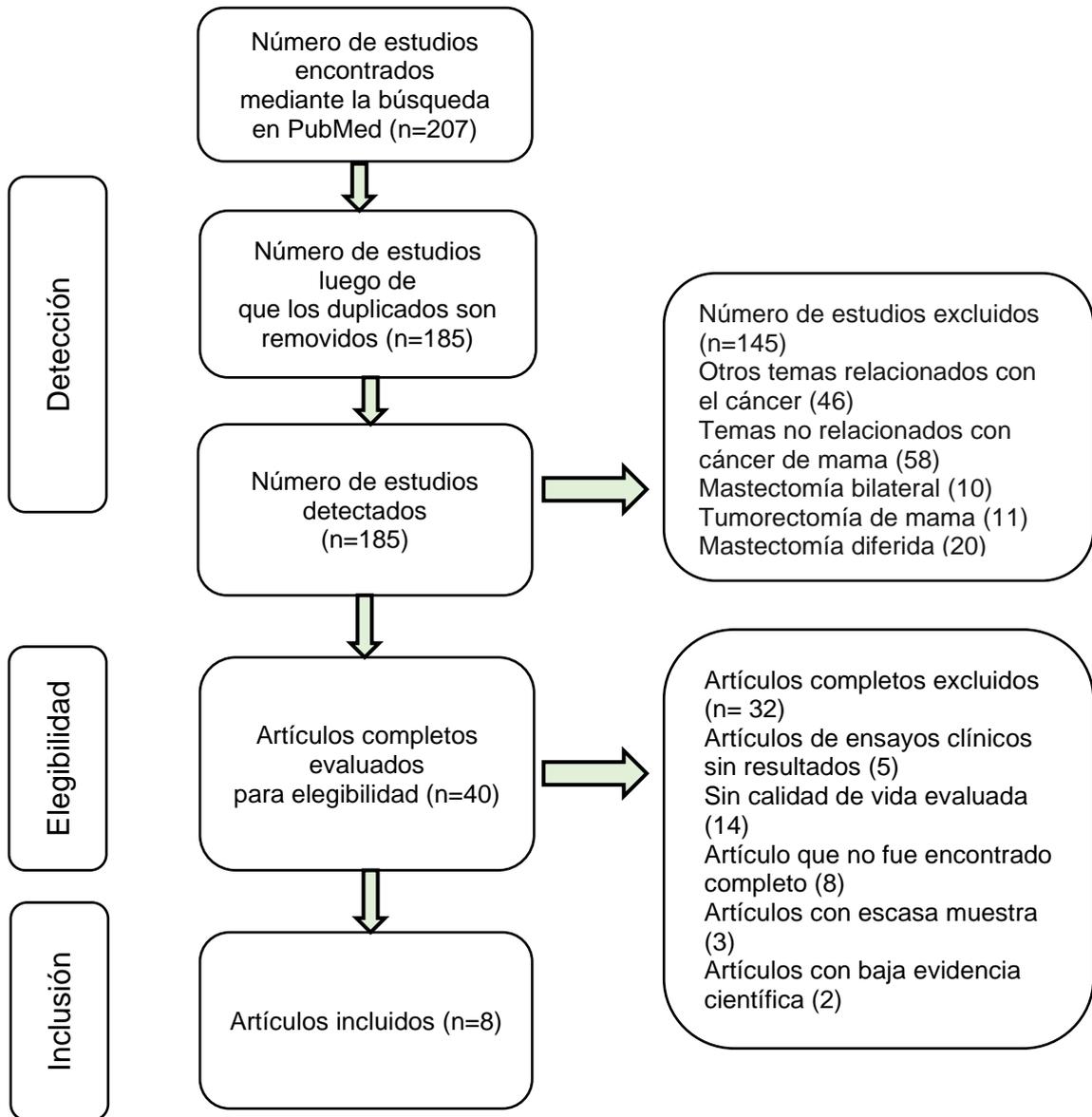
La elegibilidad de los estudios siguió los criterios de inclusión: pacientes o sobrevivientes de cáncer de mama, se consideró cualquier método reconocido de reconstrucción de una o ambas mamas realizado en el mismo momento de la mastectomía, calidad de vida valorada con máximo dos herramientas. Por el contrario, se excluyeron los artículos de textos que correspondía a capítulos de libros, trabajos de grado o conferencias y estudios de acceso limitado.

5.3. Extracción y gestión de los datos

Se encontraron 207 artículos; de ellos, se descartaron 22 porque estaban duplicados. Al leer los títulos de los 185 estudios detectados, se descartaron 145; los motivos principales fueron porque trataba de temas relacionados con el cáncer de mama sin reconstrucción, temas no relacionados CAM, tumorectomía de mama, mastectomía, y mastectomía diferida, otros eran artículos de acceso limitado.

De esta manera se obtuvieron 40 estudios para lectura de resumen y algunos completa, en cada artículo se identificó las siguientes variables independientes: autor, año de publicación, tipo de estudio, enfoque de estudio, país, número de participantes, edad de participantes, técnica reconstructiva, estadio del cáncer, tipo de neoadyuvancia, instrumentos empleados para valoración, rango de seguimiento, aspectos evaluados, resultados, satisfacción del paciente, por último, principales resultados y conclusiones, finalmente se incluyó 8 estudios. (ver figura 1).

Figura 1. Modelo **PRISMA** de la revisión sistemática de la literatura



6. RESULTADOS

Tabla 2. Artículos incluidos en la revisión sistemática

Autor	Año de publicación	País	Tipo de estudio
Pusic, et al. (34)	2017	Estados Unidos y Canadá	prospectivo febrero 2012 - julio 2015
Santosa, et al. (35)	2018	Estados Unidos y Canadá	ensayo clínico no aleatorizado febrero 2012 - julio 2015
Gargantini, et al. (36)	2019	Argentina	retrospectivo cuantitativo octubre de 2017 - julio 2018
Houvenaeghel, et al. (37)	2022	Francia	retrospectivo enero 2020 - enero 2022
Pačarić, et al. (38)	2022	Croacia	prospectivo enero 2018 – marzo 2020
Toesca, et al. (39)	2022	Italia	ensayo clínico aleatorizado marzo 2017 – diciembre 2018.
Gurrado, et al. (40)	2023	Italia	de cohorte retrospectivo enero 2018 - diciembre 2021
Nguyen, et al. (41)	2023	Vietnam	prospectivo junio 2019 - junio 2021

Tabla 3. Características iniciales y oncológicas de las poblaciones de estudios

Autor	Número de Participantes y Edad	Técnica reconstructiva	Quien interviene	Estadio del cáncer	Neoadyuvancia
Pusic, et al. (34)	1.632 pacientes (1.139 implante y 493 autólogo) >18 años	con implante y autólogo	N/A	N/A	Si, QT
Santosa, et al. (35)	2013 mujeres >18 años	con Implante y tejido autólogo	Cirujano plástico	N/A	N/A
Gargantini, et al. (36)	30 mujeres (RI=10, RD=10 y SR=10) 25-64 años	Inmediata, diferida	Cirujano plástico y oncólogo.	N/A	N/A
Houvenaeghel, et al. (37)	316 implantes (218 subpectorales y 98 prepectorales) >18 años	con implantes subpectoral y prepectoral.	Cirujano plástico	N/A	Si, QT 46 pacientes
Pačarić, et al. (38)	78 pacientes (37 de RI) mediana de 51	Inmediata basada en implantes y diferida.	Cirujano plástico	I y II	Si, QT
Toesca, et al. (39)	80 mujeres (40 mastectomía abierta y 40 robótica) >18 años	robótica con preservación del pezón con implantes de silicón permanente o expansores	Cirujano plástico	N/A	Si, QT en 21 mujeres

			tisulares y abierta.				
Gurrado, et al. (40)	96 pacientes (65 mastectomía en una etapa y 31 mastectomía en dos tiempos) 29-81 años		Implante de prótesis en una etapa y dos etapas	N/A		N/A	Si, QT
Nguyen, et al. (41)	30 pacientes 29-73 años		intermedia con colgajo DIEP.	Cirujano oncólogo plástico.		I, II y III y	Si, QT

Abreviaturas: RI: reconstrucción inmediata; RD: reconstrucción diferida; SR: sin reconstrucción; N/A: no aplica; QT: quimioterapia.

Tabla 4. Resumen de los resultados informados por pacientes en instrumentos empleados

Autor	Instrumentos empleados para valoración	Rango de seguimiento	Aspectos evaluados	Resultados	Satisfacción del paciente
Pusic, et al. (34)	BREAST-Q	30 días antes y 1 año después de la cirugía	BREAST-Q 1. satisfacción con los senos 2. bienestar psicosocial 3. bienestar sexual 4. bienestar físico (pecho, parte superior del cuerpo y abdomen)	1. Mayor satisfacción en RA 2. Mayor satisfacción en RA 3. Mayor satisfacción en RA 4. el bienestar con el tórax no se restauró por completo en RCI, ni el bienestar de abdomen en la RA	Mayor satisfacción en pacientes con RA
	PROMIS-29		PROMIS-29 1. depresión, ansiedad 2. función física 3. interferencia del dolor 4. fatiga 5. trastornos del sueño 6. satisfacción con la participación en roles sociales.	1. Mejoraron al cabo de un año. 2. Igual en los dos grupos 3. Mayor dolor en RA 4. Menos fatiga en RCI 5. N/A 6. N/A	

Santosa , et al. (35)	BREAST-Q	2, 3 y 4 años después de la cirugía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Satisfacción con los senos. 2. Bienestar psicosocial. 3. Bienestar físico. 4. Bienestar sexual. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. RCI relativamente estable a los 2, 3 y 4 años después. 2. Elevadas entre ambos grupos 2,3 y 4 años después. 3. En RCI disminuye a lo largo del tiempo y se mantiene en RA. 4. Peores puntajes en RCI y puntajes altos en la RA. 	Mayor satisfacción en mujeres con RA para el bienestar físico, sin embargo, en el bienestar del abdomen las puntuaciones disminuyen significativamente un año después, en cambio en RCI no se recoge puntuaciones
Gargant ini, et al. (36)	S-BIS	18 meses después de la cirugía	<p>S-BIS</p> <p>Puntuaciones de 0 y 30, los puntajes más altos muestran mayores preocupaciones y alteraciones de la imagen corporal.</p> <p>BIQLI-SP</p> <p>influencia positiva o negativa de la imagen corporal en diferentes ámbitos de la vida de la persona</p>	<p>S-BIS</p> <p>< 19 (menor problemática relacionada con la imagen corporal en RMI)</p> <p>BIQLI-SP</p> <p>Las mujeres que tuvieron RMI presentaron una influencia positiva más elevada de su imagen corporal en su calidad de vida</p>	Mayor calidad de vida, cuando existe menos afectaciones en la imagen corporal por RMI.
Houven aeghel,	Encuesta de satisfacción en escala de 1 a 4	24 meses después de la cirugía	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mala 2. Media 3. Buena 	<p>Prepectoral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.1% 2. 13.3% <p>Subpectoral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 3.7% 2. 27.1% 	Mayor satisfacción con implante prepectoral

et al. (37)			4. muy buena	3. 50% 4. 24,5%	3. 45.4% 4. 17%	
Pačarić, et al. (38)	SF-36	3 y 6 meses después de la cirugía	1. funcionamiento físico 2. funcionamiento mental	1. salud física en RMI mejor (p < 0,001) 2. salud mental en RMD empeora (p < 0,001) (En RMI evaluaron resultados más altos en una escala, en comparación con las pacientes que se sometieron a RMD)		Satisfacción con la RMI mejor bienestar emocional, satisfacción estética con la imagen corporal.
Toesca, et al. (39)	Breast-Q	1 año después de la cirugía	1. satisfacción con las mamas 2. bienestar psicosocial 3. bienestar físico 4. bienestar sexual 5. satisfacción con los resultados 6. satisfacción con el pezón 7. satisfacción con la información	1. aumenta significativamente en la MR 2. aumentó significativamente en la MR. (No hubo cambios significativos después de la cirugía abierta) 3. disminuyen después de la MA 4. disminuyeron después de la MA. (Se mantuvieron estables después MR). 5. 6. Y 7. MR aumenta significativamente.		Mayor calidad de vida después de una MR. Con el mayor enfoque en la mejora satisfacción y calidad de vida.
Gurrado, et al. (40)	BREAST-Q	6 meses después de la cirugía	1. satisfacción con la mama	N/A		En la RCI de una etapa presentan satisfacciones significativamente más

			2. satisfacción psicosocial		altas que las pacientes con RMI en dos etapas.
			3. satisfacción preoperatoria		
			4. satisfacción posoperatoria		
			5. dolor en el pecho		
Nguyen, et al. (41)	Cuestionario específico con una calificación de respuestas en escala de 1 y 4	1 y 3 meses, después de la cirugía	1. 1 (insatisfecho) 2. 4 (muy satisfecho)	Un mes después el 88,9% de las pacientes estaban satisfechas con sus mamas, el 74,07% estaban satisfechas con la operación. A los 3 meses el 70,37 % estaba satisfecha con sus mamas y en la satisfacción con la operación se mantuvo.	Después de un mes de la operación la mayoría de pacientes estaban satisfechas con sus mamas y con la operación

Abreviaturas: BREAST-Q (Mama Q); SF-36 (Short Form 36); PROMIS-29 (Patient-Reported Outcomes Measurement Information System); S-BIS (Escala de imagen corporal); BIQLI-SP: (The Body Image Quality of Life Inventory); RCI: reconstrucción con implantes; RA: reconstrucción autóloga; RMI: reconstrucción mamaria inmediata; RMD: reconstrucción mamaria diferida; N/A: no aplica; MR: mastectomía robótica; MA: mastectomía abierta; P: P valor.

Los estudios fueron publicados entre el año 2017 y 2023, se realizaron en Estados Unidos y Canadá (34,35), en cuanto al diseño de investigación, variaron entre los estudios, 2 se trataban de ensayo clínico no aleatorizado y aleatorizado (34,40), 3 fueron estudios prospectivos (36,38,39), y 3 retrospectivos (35,37,41) (ver tabla 2).

La mayor muestra fue incluida en el estudio prospectivo de Pusic, et al. (34) con 1.632 pacientes. Cabe recalcar que en 5 de los 8 artículos la reconstrucción mamaria inmediata se realiza a base de implantes (34,35,37,38,39).

En la mitad de los estudios se evidencia la participación solamente de cirujanos plásticos (35,37,38,39), mientras que en los estudios (36,41) participan en equipo con el cirujano oncólogo y en los 2 restantes no cumple este criterio (34,40). En 2 artículos un porcentaje de la muestra indica el estadio de la enfermedad, no obstante, la proporción es baja (38,41), mientras que, los 6 artículos restantes no cumplen este criterio (34,35,36,37,39,40). Así mismo, un amplio porcentaje de la muestra, las participantes recibieron quimioterapia neoadyuvante (34,37,38,39,40,41) (ver tabla 3). Cuatro de los estudios utilizan el cuestionario Breast-Q, actualmente es el más recomendado porque proporcionando mejores resultados respecto a satisfacción y calidad de vida relacionada con salud (34,35,39,40). Cabe recalcar que, 2 de los estudios emplearon cuestionarios específicos en escalas de 1 a 4, realizados por los investigadores y validados por comités éticos, aportando resultados valiosos para el estudio, según los investigadores (37,41). De la misma manera, un estudio manifiesta el seguimiento más largo que es de 4 años posterior a la reconstrucción inmediata (35), mientras que, solo un estudio realiza la valoración 30 días antes de la reconstrucción mamaria (34).

Las variables evaluadas fueron: satisfacción con los senos y bienestar psicosocial en (34,35,39,40), bienestar físico y sexual (34,35,39), satisfacción con la información

preoperatoria y resultados posoperatorios (39,40), satisfacción con el pezón [39], dolor en el pecho (34,40).

Además, en los estudios que emplean otras herramientas evaluaron las siguientes variables: funcionamiento físico y mental (34,38), depresión, ansiedad, fatiga, trastornos del sueño, satisfacción con la participación en roles sociales (34). Por otra parte, tenemos la valoración de acuerdo a puntuaciones que va de 0 a 30 donde el mayor puntaje es el peor, la medición de la influencia se califica como positiva o negativa (36).

Tres estudios comparan la reconstrucción a base de implantes con otra técnica: subpectoral, en dos etapas, y abierta con expansores (37,39,40), igualmente, dos estudios comparan la misma técnica de implantes con la autóloga (34,35), Nguyen, et al. (41) habla solamente de la técnica autóloga DIEP.

En los estudios de Gargantini, et al. (369) y Pačarić, et al. (38), muestran los resultados de la comparación de reconstrucción mamaria inmediata con la diferida, el primero utiliza una sola escala y el segundo valora con dos escalas.

Finalmente, el bienestar y satisfacción con la calidad de vida en todos los estudios, los autores describen la valoración de cada parámetro considerado según herramienta empleada (34,35,36,37,38,39,40,41), a excepción de Gurrado, et al. (40), que expone los resultados generales sin describir los parámetros valorados con Breast-Q (ver tabla 4).

7. DISCUSION

La reconstrucción mamaria inmediata puede ser eficaz minimizando el impacto negativo físico y psicológico; cada vez la demanda es mayor por los beneficios que otorga en la satisfacción y calidad de vida en mujeres con cáncer de mama. En este sentido, de acuerdo con Pusic, et al. (34) y Santosa, et al. (35), demuestran que, en la reconstrucción autóloga las mujeres experimentan más satisfacción con sus mamas y mayor bienestar psicosocial a diferencia de una reconstrucción con implantes, respaldando aún más la adopción de una toma de decisiones compartida, aunque, Pusic, et al. (34), menciona que el bienestar físico no se restauró por completo debido a la cicatriz en la zona donante, a excepción del bienestar sexual que, fue mejor en las mujeres con reconstrucción a base de implantes.

Conforme a lo anterior, Nguyen, et al. (41), respalda la técnica DIEP que es nueva pero confiable y segura para la reconstrucción autóloga porque las pacientes, además, muestran satisfacción con la cirugía. Aunque las pacientes que optan por esta técnica tienen un bajo riesgo de complicaciones y fracaso, se debe usar con más frecuencia en pacientes apropiadas, para garantizar mejor calidad de vida.

Contrario a lo que se ha encontrado en otras investigaciones, la reconstrucción inmediata con prótesis o implantes, aparte de ser percibidas también, como una técnica segura, estas intervenciones tienen un potencial de mejorar la satisfacción con el aspecto físico y calidad de vida, según lo informa por los participantes (37,40,39), en los estudios de Houvenaeghel, et al. (37), Gurrado, et al. (40), Toesca, et al. (39). Es importante señalar que mientras el primero compara a un año después de la intervención, la técnica inmediata con implantes prepectoral y subpectoral, haciendo hincapié en la técnica prepectoral por ser fiable, de menor duración durante

la cirugía, pero con un coste elevado asociado al tamaño del implante, cabe mencionar que, no hubo estudio médico-económico, ese aspecto se valoró subjetivamente (37), el segundo estudio realizado en un periodo de tiempo de seis meses posterior a la cirugía, destaca la diferencia entre la reconstrucción con implantes de prótesis en una y dos etapas, manifestando que los implantes permanentes en una sola etapa debe considerarse un estándar de oro, para una mayor satisfacción caracterizado por mejores resultados estéticos (40), el último autor confirma una vez más, que la reconstrucción mamaria a base de implantes en este caso con preservación de pezón (similar a la técnica en una sola etapa), da mayor satisfacción con la calidad de vida cuando existe menos afectaciones en la imagen corporal.

A diferencia de Gurrado, et al. (40), Toesca, et al. (39) indica que la calidad de vida disminuye significativamente tras una cirugía abierta con expansores ya que se necesita una segunda intervención para reemplazar por una prótesis permanente.

Por otro lado, los autores Pačarić, et al. (38) compara la reconstrucción mamaria inmediata con la reconstrucción diferida, donde la satisfacción con la estética, bienestar emocional es mejor, mientras que, no existe diferencia en la calidad de vida en los aspectos psicológicos, emocionales entre las pacientes que se sometieron a reconstrucción inmediata y diferida.

Igualmente, Gargantini, et al. (36), además, realiza comparación con las mujeres que no se realizan reconstrucción, aunque el estudio contiene una muestra relativamente menor, las mujeres con reconstrucción inmediata, presentan mejor bienestar emocional, y menor deterioro con su imagen corporal. Sin embargo, los autores hacen una acotación muy importante en cuanto a la mastectomía sin reconstrucción, ya que algunas mujeres demuestran haber integrado los cambios en una nueva imagen sin

necesidad de reconstrucción, lo importante es que toda mujer, independientemente de sus circunstancias, pueda acceder a las mismas opciones para enfrentar su enfermedad, en este sentido, de acuerdo con Masià J, et al. (42) en el estudio publicado en 2017 menciona que, para lograr la elección realmente adecuada de la técnica reconstructiva, es fundamental que el cirujano plástico tenga la sensibilidad necesaria para comprender a la paciente, sobre todo la experiencia en todas las técnicas y la capacidad de transmitir de forma clara y honesta la información.

Dicho esto, es importante reconocer los avances que ha tenido el tratamiento reconstructivo en cuanto a técnicas, para mejorar la calidad de vida, según Winters Z, et al. (43) en 2013, en su estudio encontró poca evidencia que informe el tipo óptimo o el momento de la cirugía para guiar la toma de decisiones compartida, debido a que las revisiones sistemáticas mostraban escasez de ensayos aleatorios (ECA).

8. CONCLUSIONES

Con la presente revisión sistemática es posible indicar que, reconstruir de forma inmediata una mama, luego de una mastectomía radical, ayuda a mejorar satisfactoriamente la calidad de vida relacionada con salud, al mejorar su aspecto físico minimiza el impacto psicológico, sin necesidad de experimentar una sensación de discapacidad o invalidez.

Según la muestra analizada se pudo evidenciar distintos cuestionarios y escalas para valorar calidad de vida y satisfacción, tanto con aspectos objetivos, subjetivos o ambos, la mayoría de instrumentos responden desde la perspectiva de las pacientes. En la actualidad se puede ofrecer múltiples técnicas reconstructivas que favorecen significativamente en la satisfacción y calidad de vida, a pesar de que, en algunos casos los resultados no son tan satisfactorios por efectos secundarios relacionados a factores como: la técnica, el estado de salud general y respuesta individual al procedimiento.

Por consiguiente, es importante que se siga investigando como mejorar las técnicas quirúrgicas minimizando efectos secundarios, para ofrecer a cada paciente considerando su individualidad y su estado de enfermedad, las mejores opciones reconstructivas.

9. BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Cáncer de mama; 2022 [Internet]. [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer>
2. Cáncer de mama: Estadísticas | Cancer.Net [Internet]. [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.cancer.net/es/tipos-de-cancer/cancer-de-mama/estadisticas>
3. Datos y estadísticas sobre el cáncer de mama en 2023 [Internet]. [cited 2023 Mar 12]. Available from: <https://www.breastcancer.org/es/datos-estadisticas>
4. SEOM: Sociedad Española de Oncología Médica [Internet]. Valencia: SEOM; 2022 [Citado el 2023 Mar 12]; Available from: https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf
5. Cáncer de mama - Síntomas y causas - Mayo Clinic [Internet]. [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/breast-cancer/symptoms-causes/syc-20352470>
6. Hernández S, Ramírez N, Wandurraga J. Fisiopatología del Cáncer. 2020 Dec 16 [cited 2023 Mar 12]; Available from: <http://repositorio.uts.edu.co:8080/xmlui/handle/123456789/5004>
7. Palmero J, Lassard J, Juárez L, Medina C, Palmero J, Lassard J, et al. Cáncer de mama: una visión general. Acta médica Grupo Ángeles [Internet]. 2021 [cited 2023 Mar 12];19(3):354–60. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-72032021000300354&lng=es&nrm=iso&tlng=es
8. Vista de El cáncer de mama | Arbor [Internet]. [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://arbor.revistas.csic.es/index.php/arbor/article/view/2037/2530>

9. Gorriti A. Factores asociados a modificaciones del tratamiento en pacientes con cáncer de mama durante la pandemia Covid19 [Proyecto de investigación para obtener el título de segunda especialidad de médico especialista en medicina oncológica]. Trujillo-Perú: Universidad Privada Antenor Orrego Facultad de Medicina Humana; 2022 [cited 2023 Mar 12]; Available from: https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/9915/1/REP_ANA.GORRITI_MODIFICACIONES.DEL.TRATAMIENTO.pdf
10. Talero F, Finck C. "Nuestra enfermedad": revisión sistemática sobre coping diádico en cáncer de mama. Psicooncología [Internet]. 16 de septiembre de 2019 [citado 13 de marzo de 2023];16(2):251-72. Disponible en: <https://doi.org/10.5209/psic.65590>
11. Martínez A, Rodríguez A, Galindo O. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. 2014 [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://www.researchgate.net/publication/285579901>
12. Vallejo L, Calero P, Lemus S. Cuestionarios para medir la calidad de vida en cáncer de mama. Revista Investig. Salud Univ. Boyacá [Internet]. 15 de diciembre de 2015 [citado 10 de mayo de 2023];2(2):195-218. Disponible en: <https://revistasdigitales.uniboyaca.edu.co/index.php/rs/article/view/137>
13. García A, Baldeon F, Fierro A, Santillan C. Cáncer de mama. RECIAMUC [Internet]. 4sep.2022 [citado 13 mar 2023];6(3):521-34. Available from: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/942>
14. Laura A, Barrientos M. Eficacia del tratamiento de fisioterapia posoperatorio al cáncer de mama: Vision sistematica postoperative Physical Therapy for Breast Cancer; Sitematyc review [Internet]. June 2022 [cited 2023 Mar 12]; Available from:

<https://eugdSPACE.eug.es/bitstream/handle/20.500.13002/863/MART%20c3%8dN%20BARRIENTOS%20LAURA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. Nieto D, Quiñonero J, Cascales P. Obstetricia y ginecología [Internet]. Capítulo 79. 1ºed. Elsevier Health Sciences; 2022 [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=DJpxEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA460&dq=c%20C3%A1ncer+de+mama+fisiopatologia+en+espa%C3%B1a&ots=3UYoOoxVOo&sig=GNhsRwiSn0YJ1pC1nSXo9m1osHU#v=onepage&q&f=false>

16. Marzo M, Vela C. Sobrediagnóstico en cáncer. Aten Primaria. 2018 Nov 1; 50:51–6. [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0212656718305493?token=1D67E84E17B344301DEF10CC50F4833DDEFBA8C462A3B1528055E4229E946080A5FD220C64DB61AF97687D9299783DDC&originRegion=eu-west-1&originCreation=20230311220420>

17. Cáncer de mama: síntomas, señales tempranas, fotos y más [Internet]. [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/sintomas-de-cancer-de-mama>

18. How Is Breast Cancer Diagnosed? | CDC [Internet]. [cited 2023 Mar 12]; Available from: https://www.cdc.gov/cancer/breast/basic_info/diagnosis.htm

19. Álvarez C, Brusint B, Vich P, Díaz N, Cuadrado C, Hernández M. Actualización del cáncer de mama en atención primaria (IV/V). Medicina de Familia SEMERGEN [Internet]. 2015 Jan 1 [cited 2023 Mar 12]; 41(1):34–47. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-actualizacion-del-cancer-mama-atencion-S1138359314001233>

20. Moreno M, Gutiérrez D, Zayas R. Afrontamiento al cáncer de mama en pacientes diagnosticadas. Enfermería Investiga: Investigación, Vinculación, Docencia y Gestión,

ISSN 2477-9172, ISSN-e 2550-6692, Vol 2, Nº 1 (Enfermería Investiga), 2017, págs 1-6 [Internet]. 2017 2(1):1–6. [cited 2023 Mar 12]; Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194267&info=resumen&idioma=E>
NG

21. Izydorczyk B, Kwapniewska A, Lizinczyk S, Sitnik K. Characteristics of psychological resilience and body image in women in the early and late periods after mastectomy. Health Psychol Rep [Internet]. 2018 Nov 27 [cited 2023 Mar 12];7(1):32–47. Available from: <https://hpr.termedia.pl/Characteristics-of-psychological-resilience-and-body-image-in-women-in-the-early,97201,0,2.html>

22. Fang S, Lin P, Kuo Y. Long-Term Effectiveness of a Decision Support App (Pink Journey) for Women Considering Breast Reconstruction Surgery: Pilot Randomized Controlled Trial. JMIR Mhealth Uhealth 2021;9(12):e31092 <https://mhealth.jmir.org/2021/12/e31092> [Internet]. 2021 Dec 10 [cited 2023 Mar 12];9(12): e31092. Available from: <https://mhealth.jmir.org/2021/12/e31092>

23. Blackburn N, Mc Veigh J, Mc Caughan E, Kennedy R, McIntosh S, Wilson I. The musculoskeletal consequences of latissimus dorsi breast reconstruction in women following mastectomy for breast cancer. PLoS One. 2018 Aug 1;13(8). [cited 2023 Mar 13]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30153282/>

24. Pačarić S, Orkić Ž, Babić M, Farčić N, Milostić-Srb A, Lovrić R, et al. Impact of Immediate and Delayed Breast Reconstruction on Quality of Life of Breast Cancer Patients. Int J Environ Res Public Health. 2022 Jul 1;19(14). [cited 2023 Mar 13]; Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35886396/>

25. Acea B, García A, García L. The PreQ-20 TRIAL: A prospective cohort study of the oncologic safety, quality of life and cosmetic outcomes of patients undergoing prepectoral breast reconstruction. PLoS ONE [Internet]. 2022 Jan 1 [cited 2023 May

23];17(7): e0269426. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.89be83dbb7d24f039c89a34e8481962e&lang=es&site=eds-live&scope=site>

26. World Health Organization. Temas de Salud. preguntas más frecuentes Organización Mundial de la Salud; 1952 [Internet]. [cited 2023 Mar 13]; Disponible en: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>

27. Maldonado J, Asesor Barboza R, Jurado La Rosa J, Araujo J, Olazábal V, et al. Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano. 2023 [cited 2023 Mar 13]; Available from: <https://repositorio.unfv.edu.pe/handle/20.500.13084/6441>

28. Carreño R. Impacto del cáncer de mama en la calidad de vida en mujeres tratadas en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima Perú: 2018. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2021 [cited 2023 Mar 13]; Available from: <https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/17299>

29. Fitzpatrick T. Quality of life among cancer survivors: Challenges and strategies for oncology professionals and researchers. Quality of Life Among Cancer Survivors: Challenges and Strategies for Oncology Professionals and Researchers [Internet]. 2018 Apr 26 [cited 2023 Mar 13];1–207. Available from: https://books.google.com/books/about/Quality_of_Life_Among_Cancer_Survivors.html?hl=es&id=1JpYDwAAQBAJ

30. Barceló R, Ornelas M, Blanco H. Use of the SF-36 Health Questionnaire in older persons. Systematic review. Ansiedad y Estrés. 2021 Jan 1;27(2–3):95–102. [cited 2023 Mar 13]; Available from: <https://www.ansiedadystres.es/art/2021/anyes2021a13>

31. Jara R, Albornoz C, Valdés M, Andrades P, Erazo C, Danilla S, et al. Traducción y adaptación transcultural al español (castellano) del instrumento Breast-Q® módulo reconstrucción mamaria. Rev. cir. [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Mayo 29]; 72(2):

126-129. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-

[4549202000200126&lng=es. http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002563.](http://dx.doi.org/10.35687/s2452-45492020002563)

32. Del Rocío V, De Los Dolores S, Rivera M, Montes R. Evaluación de la imagen corporal en mujeres con cáncer de mama: una revisión sistemática. *Universitas Psychologica* [Internet]. 2017 Aug [cited 2023 May 31];16(4):1–12. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=127155159&lang=es&site=eds-live&scope=site>

33. Higuera D. Revisión sistemática PRISMA. Evaluación de Algoritmos y modelos para la toma de decisiones en la gestión de enfermedades crónicas como la Diabetes Mellitus Tipo II. 2021 Jan 1 [cited 2023 May 31]; Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsair&AN=edsair.doi.....f35d6169f334bba2989625ce5f71ecd5&lang=es&site=eds-live&scope=site>

34. *Pusic A, Matros E, Fine N, Buchel E, Gordillo GM, Hamill J, et al. Patient-Reported Outcomes 1 Year After Immediate Breast Reconstruction: Results of the Mastectomy Reconstruction Outcomes Consortium Study. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 8 de agosto de 2017 [citado 12 de mayo de 2023];35(22):2499. Disponible en: </pmc/articles/PMC5536162/>

35. *Santosa KB, Qi J, Kim HM, Hamill JB, Wilkins EG, Pusic AL. Long-term Patient-Reported Outcomes in Postmastectomy Breast Reconstruction. *JAMA Surg* [Internet]. 1 de octubre de 2018 [citado 26 de febrero de 2023];153(10):891. Disponible en: <http://archsurg.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jamasurg.2018.1677>

36. *Gargantini A, Martín L. Body Image and Body Image Quality of Life in women with mastectomy. Comparison of women with immediate reconstruction, delayed reconstruction or without reconstruction. *Psicooncología* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited

2023 Jun 20];16(1):43–60. Available from:

<https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.7ae8e6ecb1bd430d865b598f183f84d9&lang=es&site=eds-live&scope=site>

37. *Houvenaeghel G, Cohen M, Sabiani L, Van Troy A, Quilichini O, Charavil A, et al. Mastectomy and Immediate Breast Reconstruction with Pre-Pectoral or Sub-Pectoral Implant: Assessing Clinical Practice, Post-Surgical Outcomes, Patient's Satisfaction and Cost. *J Surg Res (Houst)* [Internet]. 2022 [citado 28 de febrero de 2023];5(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36578374/>

38. *Pačarić S, Orkić Ž, Babić M, Farčić N, Milostić-Srb A, Lovrić R, et al. Impact of Immediate and Delayed Breast Reconstruction on Quality of Life of Breast Cancer Patients. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 1 de julio de 2022 [citado 28 de abril de 2023];19(14). Disponible en: [/pmc/articles/PMC9323042/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36578374/)

39. *Toesca A, Sangalli C, Maisonneuve P, Massari G, Girardi A, Baker JL, et al. A Randomized Trial of Robotic Mastectomy Versus Open Surgery in Women With Breast Cancer or BrCA Mutation. *Ann Surg* [Internet]. julio de 2022 [citado 13 de junio de 2023];276(1):11-9. Disponible en: <https://journals.lww.com/10.1097/SLA.0000000000004969>

40. *Gurrado A, Pasculli A, Toma A, Maruccia M, Elia R, Moschetta M, et al. Mastectomy with one-stage or two-stage reconstruction in breast cancer: analysis of early outcomes and patient's satisfaction. 2023 [citado 7 de mayo de 2023]; 75:235-43. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13304-022-01416-0>

41. *Nguyen X, Pham Thi V, Nguyen X, Vu T, Nguyen H, Pham Q, et al. Deep Inferior Epigastric Perforator Flap for Immediate Breast Reconstruction following Mastectomy in Breast Cancer Patients: An Initial Experience in Vietnam. *Int J Breast Cancer*

[Internet]. 2023 [citado 29 de abril de 2023];2023. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36660608/>

42. Masià J, Rodríguez E. Reconstrucción mamaria y calidad de vida. *Psicooncología* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2023 Jun 27];14(2–3):295–306. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.5c169fa4f6144a8bb1abfcb07852bca5&lang=es&site=eds-live&scope=site>

43. Winters Z, Mills J, Emson M, Griffin C, Hopwood P, Bidad N, et al. Abstract P2-19-10: Quality of life following mastectomy and breast reconstruction (QUEST): Learning from two feasibility randomized controlled clinical trials. *Cancer Res* [Internet]. 15 de diciembre de 2013 [citado 26 de junio de 2023];73(24_Supplement):P2-19-10. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1158/0008-5472.SABCS13-P2-19-10>