

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN CIRUGIA PLÁSTICA Y RECONSTRUCTIVA
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



***PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES POSTOPERADAS DE REDUCCIÓN
MAMARIA EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM "ARTURO MONTIEL ROJAS"***

INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DEL ESTADO DE MÉXICO Y MUNICIPIOS.
CENTRO MÉDICO ISSEMYMTOLUCA

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGÍA PLÁSTICA Y
RECONSTRUCTIVA

PRESENTA:

E. en C.G. CLAUDIA MARINA ESTRADA CHÁVEZ

DIRECTOR:

E. en C.P.R RODRIGO MENÉNDEZ ARZAC

CO-DIRECTOR:

M. en I. C. BENJAMÍN GARCÍA ENRIQUEZ

REVISORES:

E. EN C.P.R. DIEGO ALEJANDRO MORENO IBARRA

E. EN C.P.R. HECTOR OMAR MALAGÓN HIDALGO

E. EN C.P.R. DANIEL COLÍN CASTAÑEDA

E. EN S.P. SALVADOR LÓPEZ RODRÍGUEZ

TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO, 2021

TÍTULO:

***PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN EN PACIENTES POSTOPERADAS DE REDUCCIÓN
MAMARIA EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM “ARTURO MONTIEL ROJAS”***

INDICE

I.	RESÚMEN	1
II.	ABSTRACT	2
III.	MARCO TEÓRICO.....	3
IV.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	22
V.	JUSTIFICACIÓN	23
VI.	HIPÓTESIS	24
VII.	OBJETIVOS	24
VIII.	OBJETIVO GENERAL	24
IX.	MATERIAL Y MÉTODOS.....	25
X.	OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	27
XI.	IMPLICACIONES ÉTICAS Y BIOSEGURIDAD.....	28
XII.	RESULTADOS	29
XIII.	DISCUSIÓN	42
XIV.	CONCLUSIONES.....	46
XV.	BIBLIOGRAFÍA	44

RESÚMEN

ANTECEDENTES: Las mujeres con macromastia, o hipertrofia mamaria, sufren de síntomas musculoesqueléticos considerables. El alivio de la sintomatología es el factor motivante para muchas de estas mujeres para realizarse una reducción mamaria. Los síntomas incluyen mastalgia, ulceración o infección cutánea, problemas posturales, dolor de espalda, lesión crónica por tracción de nervios intercostales 4°/5°/6° con la resultante pérdida de sensibilidad en pezón. Acompañados de síntomas psicológicos y alteraciones sociales que pueden ser discapacitantes. Se ha visto que éstos mismos síntomas mejoran posterior a una reducción mamaria, lo que destaca la importancia de medir los resultados.

El *BREAST-Q* módulo de reducción mamaria, es un instrumento específico para la evaluación de calidad de vida asociado a mamas desde la perspectiva del paciente, recientemente validado para uso en español en Chile.

MÉTODOS Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo. Se incluyeron pacientes femeninos con un rango de edad de 18 a 63 años, sometidas a cirugía de reducción mamaria bilateral por diagnóstico de hipertrofia mamaria en el Centro Médico ISSEMyM Toluca entre enero 2014 y enero 2020, a las cuales se les realizó vía electrónica el cuestionario *BREAST-Q* módulo de reducción mamaria. Se realizó análisis estadístico y valores de $p < 0.05$ se consideraron significativos.

RESULTADOS: El cuestionario *BREAST-Q* se completó por 26 pacientes de forma postoperatoria. Se observó una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de satisfacción con el resultado entre las pacientes con y sin obesidad, siendo del 91.6% y 77.21%, respectivamente. El porcentaje de satisfacción en lo psicosocial fue de 80.8%, sexual 56% y físico 69.2%.

CONCLUSIONES: El mayor porcentaje de pacientes satisfechas se presentó en el bienestar psicosocial y en la satisfacción con el cirujano y personal médico. Se observó una relación positiva entre las pacientes con obesidad y la satisfacción con el resultado y con el porcentaje de bienestar psicosocial, en el resto de rubros se presentó un mayor porcentaje de satisfacción en pacientes sin obesidad. La satisfacción con la información dada al paciente previo a la cirugía se relaciona con mayor satisfacción con el resultado, inclusive sin importar que el resultado del procedimiento quirúrgico no sea el óptimo percibido por la paciente.

Palabras clave: reducción mamaria, bienestar, satisfacción.

ABSTRACT

BACKGROUND: Women with macromastia, or breast hypertrophy, suffer from significant musculoskeletal symptoms. The relief of symptoms is the motivating factor for many of these women to undergo a breast reduction. Symptoms include breast pain, skin ulceration or infection, postural problems, back pain, chronic 4/5/6 intercostal nerve traction injury with resulting loss of nipple sensation. Accompanied by psychological symptoms and social alterations that can be disabling. These same symptoms have been seen to improve after breast reduction, highlighting the importance of measuring results.

The BREAST-Q breast reduction module is a specific instrument for assessing the quality of life associated with breasts from the patient's perspective, recently validated for use in Spanish in Chile.

METHODS: An observational, descriptive, cross-sectional and ambispective study was carried out. Female patients with an age range of 18 to 63 years were included, undergoing bilateral breast reduction surgery for a diagnosis of breast hypertrophy at the *Centro Médico ISSEMyM Toluca*, between January 2014 and January 2020, to which the BREAST-Q breast reduction module questionnaire was performed electronically. Statistical analysis was performed and p values <0.05 were considered significant.

RESULTS: The BREAST-Q questionnaire was completed by 26 patients postoperatively. A statistically significant difference was observed in the percentage of satisfaction with the result between the patients with and without obesity, being 91.6% and 77.21%, respectively. The percentage of satisfaction in the psychosocial was 80.8%, sexual 56% and physical 69.2%.

CONCLUSIONS: The highest percentage of satisfied patients was presented in psychosocial well-being and in satisfaction with the surgeon and medical personnel. A positive relationship was observed between patients with obesity and satisfaction with the result and with the percentage of psychosocial well-being, in the rest of the items a higher percentage of satisfaction was presented in patients without obesity. Satisfaction with the information given to the patient prior to surgery is related to greater satisfaction with the result, even regardless of whether the result of the surgical procedure is not the optimal one perceived by the patient.

Key words: reduction mammoplasty, wellbeing, satisfaction.

MARCO TEÓRICO

REDUCCIÓN MAMARIA

HISTORIA

Una de las primeras descripciones de la reducción mamaria se reportas en el 7mo siglo A.C. quien describe de forma detallada el procedimiento. También uno de los primeros casos es reportado por *Dieffenbach* en 1848, quien reduce el tercio inferior de la mama a través de surco inframamario. Posteriormente en el siglo XIX, *Pousson* describe la resección del borde superior en paciente con macromastia. Después del siglo XIX, muchas técnicas se describieron, pero la transposición del pezón se reporta por *Morestin* hasta 1909. *Thorek* reporta la primera amputación de la mama en 1922, que consiste en la amputación del polo inferior e injerto libre de pezón. *Aubert* en 1923, describe técnicas de reducción mamaria, enfatiza importancia de mínima disección de piel de la glándula para evitar complicaciones. *Aufrich* en 1950 introduce el concepto de planeación prequirúrgica, con un planeo geométrico de resección glandular, preservando pedículo inferior para el pezón. *Strombreck* y *McKissock* técnica horizontal y vertical bipediculado. El patrón descrito por *Wise* es el “gold standard” para resecciones con múltiples pedículos. *Lejour*, *Marchac*, *Peixoto*, y *Benelli* 1980-1990 desarrollan técnicas de reducción con cicatriz vertical corta y pedículos de base superior. *Hall-Findlay* en los 2000 modifica la técnica de *Lejour*, ayudando a prevenir la deformidad en “bottoming out” creando adecuada proyección y sin cicatrices transversas.(1)(2)

ANATOMÍA

La diversidad de procedimiento estéticos y reconstructivos requieren el adecuado entendimiento del desarrollo y anatomía, estas características ideales y normales de la mama es un aspecto vital de la mujer, este entendimiento facilita con seguridad y efectividad los diversos procedimientos quirúrgicos. El tamaño, la simetría, la proporción, así como la ubicación de la mama y sus puntos de referencia en la pared torácica todos juegan un papel en el atractivo de la mama. El conocimiento de la anatomía de la mama y en particular, el pedículo vascular y la ubicación de los nervios, facilita el manejo quirúrgico seguro y eficaz. El tejido glandular se dispersa a través del tejido adiposo (50-70%), la mama consiste de millones de lóbulos que se agrupan en 20-25 lóbulos que se congregan en los conductos lobulillares que concluyen en 20 conductos galactóforos q se abren hacia el pezón.(1)

La vascularidad es abundante, tres principales ramas dan la vascularidad son las perforantes de la mamaria interna, torácica lateral (mamaria externa) y ramas perforantes de intercostales anteriores, también la perfunden la toracoacromial y ramas perforantes de del serrato anterior.(2)

La mamaria interna entra del 2do al 6to espacio intercostal, la 2da y 3ra son las que dan la mayor irrigación por su calibre, este pedículo la el 60% de la irrigación de la mama, la inervación de la mama tiene tres principales distribuciones los intercostales anteriores laterales, que pasan por debajo de serrato, perforan la fascia y se superficializan, los intercostales mediales y plexo cervical. El drenaje linfático principal es por la vía interlobular del plexo subareolar, el drenaje lateral se encuentra en el borde del pectoral mayor y otros en el borde apical del pectoral y toda esta linfa confluye en los ganglios supra e infraclaviculares.(1)(2)

El tejido glandular se dispersa a través del tejido adiposo (50-70%), la mama consiste de millones de lóbulos que se agrupan en 20-25 lóbulos que se congregan en los conductos lobulillares q concluyen en 20 conductos galactóforos q se abren hacia el pezón. La vascularidad es abundante, tres principales ramas dan la vascularidad que son las perforantes de la mamaria interna, torácica lateral (mamaria externa) y ramas perforantes de intercostales anteriores, también la perfunden la toracoacromial y ramas perforantes de del serrato anterior.(2)

La forma y volumen de la mama depende de muchos factores, como tejido mamario, el tejido muscular y esquelético la piel y tejidos conectivos de soporte (ligamentos de *Copper* que interconecta la fascia superficial y profunda) que se combinan y darán la forma y volumen final de la mama, que dependen en gran parte de la herencia. La apariencia de la mama ideal es algo subjetivo. Existen mediciones que ofrecen directrices para alterar la mama, que debe ser individualizado, basado en la proporcionalidad, las variantes en la anatomía de la pared torácica, la postura y la preferencia del paciente. (2)

Anatomía de soporte mamario

El mayor Sistema de soporte de la mama es la suspensión ligamentosa, descubierta y descrita por *Würinger*, actúa como una hamaca para soportar la mama y es de mayor importancia que los ligamentos de Cooper. (3)(4)

Esta estructura tiene forma de “U” y está unida a la pared torácica. En su parte más baja se extiende desde la quinta Costilla hasta el pezón como un septum horizontal y, a continuación, se extiende medial y lateralmente hacia arriba como ligamentos verticales. Está unida medialmente al esternón a la altura del manubrio y lateralmente a lo largo del borde lateral del músculo pectoral menor hasta la pared torácica hacia la axila.(4)

El aporte neurovascular es guiado por este Sistema de ligamentos, actuando como un mesenterio. Las ramas de las arterias intercostales anteriores cusan en el septum horizontal. Los ligamentos medial y vertical guían las ramas perforantes de la arteria torácica interna y las ramas de la arteria torácica lateral, respectivamente.(4)

Los ligamentos de Cooper discurren desde la fascia del músculo pectoral mayor a través de la mama y se insertan en la dermis siendo los encargados del sostén del tejido dermo-glandular, así como los ligamentos mediales, laterales y del septum de Würinger.(5)

La mama se desarrolla del ectodermo en un estuche fascial conformado por las dos capas de la fascia superficial. Podríamos decir que está suspendida en una bolsa de mano con dos asas, una anterior y otra posterior (Figura 1). Si la anterior se alarga, se produce el descenso del CAP (Complejo Areola-Pezón) por debajo del surco submamario, lo que se conoce como ptosis. Si la posterior se elonga, se promueve un descenso del polo inferior mamario, lo que denominamos pseudoptosis.(5)

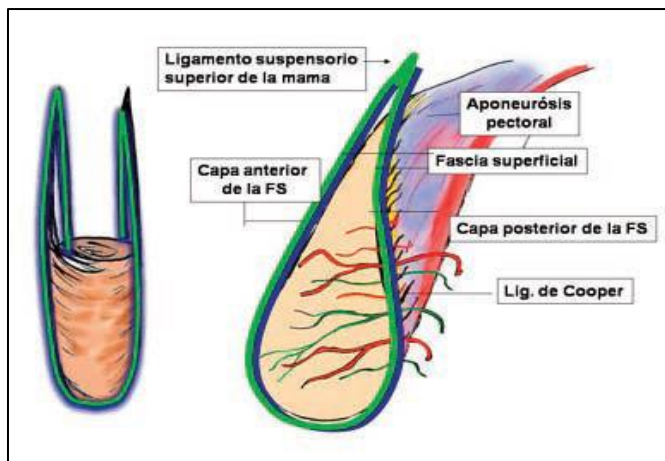


Figura 1. Rehnke RD. Anatomy of the superficial fascia system of the breast: A comprehensive theory of breast fascial anatomy. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142(5):1135–44..

El asa anterior está compuesta por la superficie cutánea y la capa anterior de la fascia superficial. La posterior, se compone solo de la capa posterior de la fascia superficial, que es sujeta a la aponeurosis del pectoral mayor por los ligamentos de Cooper y algunos pedículos vasculonerviosos. Las dos capas de la fascia superficial hacen una coalescencia a nivel del segundo espacio intercostal y forman el ligamento suspensorio superior de la mama, adhiriéndose a la clavícula.(5)

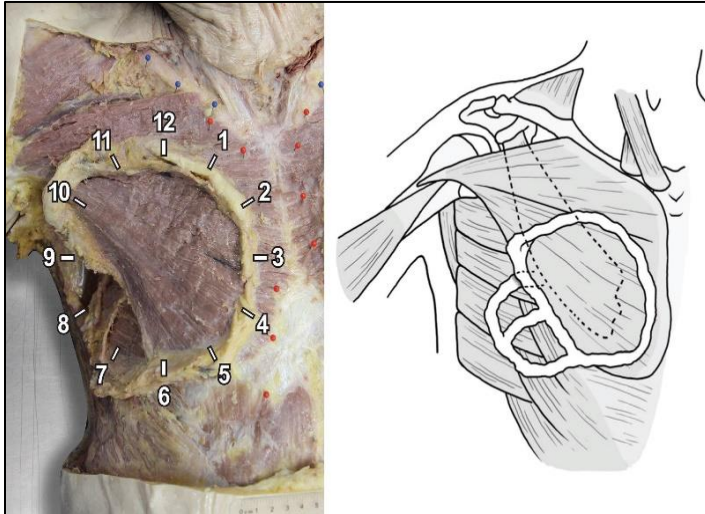


Figura 2. Gaskin KM. The Attachments of the Breast to the Chest Wall: A Dissection Studv. Plast Reconstr Surg. 2020:11E-22E.

Se describen 3 sitios de unión (Figura 2): el perímetro de la mama, la pared posterior y el septum horizontal; siendo el perímetro considerado el principal mecanismo de anclaje de la mama a la pared torácica.(3)

Se describe que cada sitio del perímetro está constituido de diferente tejido; periostio de la 5ª a la 6ª costilla, y tejido fascial hacia la fascia superficial de los músculos de la pared anterolateral del

tórax, la zona medial está formada por periostio, la superior por fascia con anclajes indirectos a la clavícula, lateralmente por tejido fascial, y hacia inferior formado por ambos, periostio y fascia.(3)

ASPECTOS GENERALES

La forma es muy importante, ya que muchas mujeres quisieran un polo superior relleno, lográndose en ocasiones con la elevación de la mama o colocación de implantes mamarios. Algunas mencionan que quisieran la remoción de todo el volumen y pechos planos (se deberá considerar enviar a valoración psiquiátrica), y otras solo desean leve proyección.

Las características de la mama como la forma, volumen, posición de la mama en la pared torácica, del CAP, las cicatrices nos orientan sobre la mejor decisión de la técnica quirúrgica. Pacientes sin volumen, se beneficiarán con la mastopexia y colocación de implantes, algunas otras, la mayoría con la reducción de la misma y mastopexia.(2)

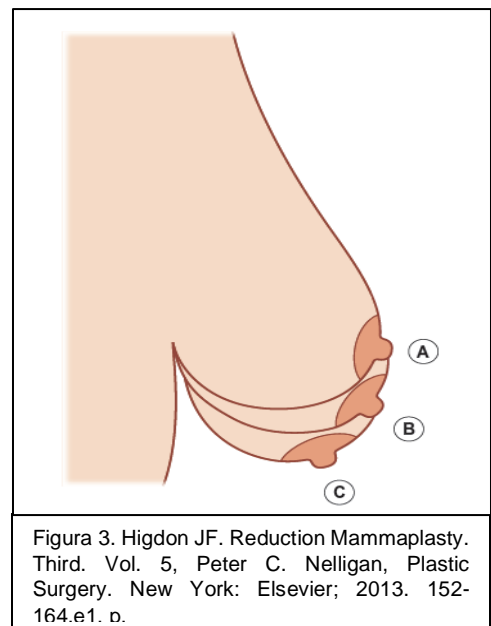
La posición del CAP nos orienta sobre el procedimiento quirúrgico más óptimo, ya que ascensos de CAP mayores a 12 cm, con la realización de un pedículo superior y reducción de polo inferior, nos comprometerá la vascularidad del pezón, siendo una mejor opción el pedículo inferior. como ejemplo.(6)

En cuanto a las cicatrices, es importante su valoración, ya que nos puede orientar sobre el pedículo realizado, ya que en la mayoría de las pacientes postoperadas, no existe un récord del procedimiento previo.(7)

La edad, la gravidez, el volumen mamario y la elasticidad disminuida contribuyen al descenso gradual de la mama, con la edad cuando la mujer envejece y experimenta cambios fisiológicos.(2)

PTOSIS MAMARIA

En 1973 *Regnault* delinea una clasificación sistémica de ptosis mamaria, dividiéndolas en 3, grado I el pezón está a nivel del pliegue o < 1 cm por debajo de pliegue inframamario, el grado II, el pezón esta de 1-3 cm del pliegue y el tipo III, esta > de 3 cm de este y por debajo del contorno de la mama (Figura 3). Dividiéndolas en leve, moderada y severa. Un cuarto tipo es la pseudoptosis, en la cual el pezón está por arriba del pliegue submamario, pero el parénquima está por debajo de este, dando una apariencia de ptosis mamaria.(1)



PATOLOGÍA

La hipertrofia mamaria está dada por una respuesta anormal de los estrógenos circulantes con una proliferación de la mama con predominio de tejido fibroso, grasa y en menor grado, tejido mamario. Muchas pacientes presentan niveles normales de estrógenos. *Eliassen* lo reporta entre 18 a 26 años, con media de 21 años.(1)

La hipertrofia virginal se presenta entre los 11 y 14 años, el 1er caso reportado es de 1670. Indicado procedimiento quirúrgico debido a inseguridad y timidez. riesgo de crecimiento mamario secundario a procedimiento, preferible procedimiento secundario a someter a terapia hormonal, que se reporta aun crecimiento con este manejo. Ya que presentan grandes problemas psicológicos como fuente de vergüenza. Se debe evitar realizar sobre reducciones, ya que disminuirán de peso posterior del procedimiento.(1)

Las mujeres con macromastia, o hipertrofia mamaria, sufren de síntomas musculoesqueléticos considerables. Los síntomas incluyen mastalgia, ulceración o infección cutánea, problemas posturales, dolor de espalda, lesión crónica por tracción de nervios intercostales 4°/5°/6° con la resultante pérdida de sensibilidad en pezón. Acompañados de síntomas psicológicos y alteraciones sociales que pueden ser discapacitantes. (8)(9)

La gigantomastia es una condición rara, caracterizada por el crecimiento excesivo mamario. A la fecha, no existe una clasificación aceptada para definir cuando es hipertrofia mamaria y cuando gigantomastia. Muchos autores citan gigantomastia como el crecimiento mamario que requiere reducción de más de 1500 g por mama. Sin embargo, existe discordancia en la literatura con el peso de reducción en un rango de 0.8 a 2 kg. (10)

DIAGNOSTICO

El peso de las mamas provocará marcas de los tirantes del sostén, lo que puede dar compresión de plexo braquial con adormecimiento de la extremidad superior y síntomas motores, dolores de espalda alta y cuello, con incapacidad para la actividad física, trastornos psicológicos, así como infecciones como intertrigo, maceración del pliegue. Cefalea por la contractura constante de los músculos superiores del cuello.(1)(2)

VALORACIÓN PREOPERATORIA

El cirujano debe entender las expectativas y deseos de la paciente. Manejar esto de forma preoperatoria es importante, lo que asegura que se abordara a cada paciente según su anatomía y comunicar que es lo que se puede y lo que no se puede lograr. (7)

Se requiere una adecuada historia clínica, interrogando los antecedentes heredofamiliares y antecedentes de cáncer mamario, edad, embarazos e historia de lactancia materna; medicamentos incluido agentes psicotrópicos, terapia de reemplazo hormonal, control de la natalidad, historial de fluctuaciones de peso, sangrado o problemas de coagulación y cirugías previas.(1)

Se debe evaluar la forma y posición mamaria en la pared torácica, distribución del parénquima, posición del CAP sobre el montículo mamario, distancia medio clavicular a pezón, diámetro areolar, volumen de tejido, calidad y cantidad de piel, asimetrías y cicatrices y proporción de glándula/grasa; las cicatrices son importantes para planear la resección de piel y de pedículo.(2)

La mama ideal es proyectada, con adecuado volumen sobre y debajo del CAP, más abajo que arriba, el CAP sobre el punto de máxima proyección, y de preferencia proporcionado a cada mujer. Debemos documentar con fotografías pre y postquirúrgicas en vista, frontal, lateral, oblicua y en ocasiones agregar fotografías en posición péndula. (1)

La forma y la simetría de la mama, especialmente en mamas muy péndulas, es difícil corregir la forma natural, así como las asimetrías que seguramente persistirán posterior al procedimiento.(2)

El incremento de la distancia de horquilla esternal a el CAP, disminuye la posibilidad de realizar un pedículo superior, La distancia de pliegue a CAP > 22 cm dificulta la realización de pedículo inferior. En distancias > 40 cm de horquilla a CAP, se debe considerar seriamente la amputación del polo inferior con patrón de Wise y realizar injerto de pezón o tatuaje inmediato. (6)

En reducciones de 500 gr el tope del CAP debe ser 1-2 cm cuando mucho del pliegue mamario, en reducciones mayores, debe quedar a nivel de pliegue, ya que en las reducciones mayores inferiores la piel y tejido del CAP tiende a moverse hacia arriba. Normalmente la distancia debe de ser, dependiendo de la altura de la paciente entre 19 - 21 cm, dependiendo el autor, hasta 17 en pacientes bajas de talla. Se debe tener un brazo de 7 cm del CAP o 9 cm del punto de referencia superior, se realiza "pinch test" para valorar la tensión y la apertura de los brazos. La resección inferior dependerá del tejido mamario que se va a resecar, es muy frecuente sobre resecar al momento del cierre.(2)

Además de esto se recomienda realizar tamizaje con ultrasonido o mastografía previo a la realización de procedimiento quirúrgico. Las guías de tamizaje continúan siendo controversiales, la evidencia soporta que la decisión de realizar mamografía preoperatoria se debe individualizar en base a la historia familiar de cáncer de mama, resultados de test genéticos, evidencia de masas en el examen físico y la edad de cada paciente. Todas las pacientes mayores de 50 años deben tener una mamografía reciente, y muchos creen que se debería solicitar desde los 40 años también. (7)

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Hay dos preguntas básicas: ¿Dónde está orientado el pedículo? Y ¿Qué patrón de resección de piel debe usarse?, algunas combinaciones son realizadas con más frecuencia que otras. Los tres pasos principales en el procedimiento son:(11)

1. Resechar tejido mamario excesivo
2. Resechar piel excesiva
3. Mantener la viabilidad y reposicionar el complejo areola pezón.

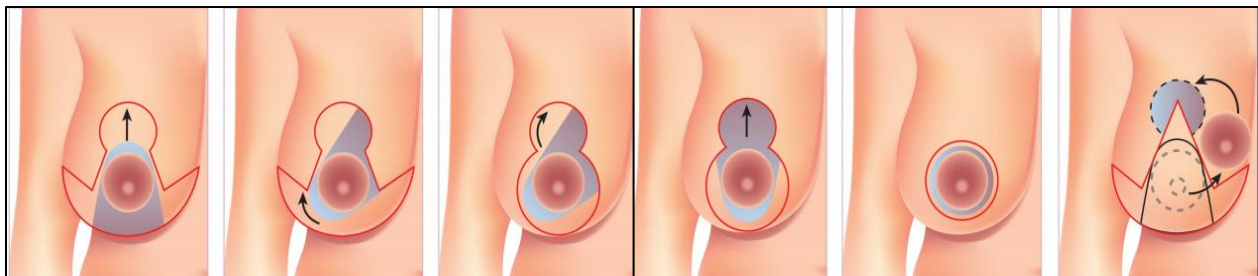


Figura 4. Higdon JF. Reduction Mammoplasty. Third. Vol. 5, Peter C. Nelligan, Plastic Surgery. New York: Elsevier; 2013.

A continuación, se describirán los diferentes patrones de resección cutánea y los pedículos existentes para manipulación de la glándula mamaria (Figura 4).

PATRONES DE RESECCIÓN CUTÁNEA

Existen diversos procedimientos quirúrgicos para resección cutánea, entre los más importantes tenemos el patrón de Wise con T invertida, patrón vertical y periareolar.(12)

En 1956 Wise presenta su patrón de marcaje en piel, él basa sus ideas de los colgajos en los patrones de brasieres comerciales.(2)

Esta técnica es extremadamente popular, se utiliza en muchos pedículos, pero se inclina de forma más importante al pedículo inferior. Es una excelente opción para reducciones mamarias amplias, ya que permite grandes escisiones de piel, muy versátil, por lo tanto, es la mejor opción para mamas con mala calidad de piel.(7)

También es muy útil para mamas con ptosis severas, muchos cirujanos encuentran que este patrón es el más predecible y relativamente fácil de aprender y enseñar.

La mayor desventaja del patrón de Wise son las amplias cicatrices, punto a considerar en pacientes con tendencia a presentar o desarrollar cicatrices hipertróficas o queloides. También puede dar la apariencia de mama cuadrada cuando no se incide de forma oblicua para la resección.(11)

Strombeck recomienda que el marcaje debe ser a 22 cm de borde clavicular y de 23 a 24 cm en mamas grandes, sin embargo, utilizan también la maniobra del pulgar, proyectando el pliegue mamario, la línea medio humeral y distancias ajustes empíricos con distancias estandarizadas. ellos recomiendan el marcaje prequirúrgico y de esta forma se concentran en la resección de la mama sin tener que pensar en asimetrías o distopias.(1)

El patrón vertical es la técnica más utilizada para mamas pequeñas las cuales presentan ptosis leve a moderada, se asocia principalmente con patrones de pedículos superior, supero-medial o medial, una de las ventajas es que proporciona un incremento de la proyección de la mama por largos periodos de tiempo, la forma de la glándula es mejor por la forma del monte, con un

incremento de la proyección por la sutura del pilar medial y lateral. La forma de la cicatriz es vertical, reduciéndose la longitud de la misma. (11)

Se requiere una adecuada calidad de la piel y adecuada elasticidad para remodelar la mama. La longitud de las líneas de A-B y A'-B' es la segunda medida estética crítica, esta debe ser de 5 cm y no más de 6 cm, recomendada por *Strombeck*. El incremento de esta longitud incrementará la anchura de los colgajos de piel, lo que dará incremento también de la anchura de la mama.(1)

El ángulo entre A y A 'puede variar con el procedimiento, normalmente deben ser equidistantes del eje centro mamario, pero *Strombeck* menciona que el ajuste de los mismos puede mover la mama medial o lateralmente. *McKissock* menciona que el ángulo más agudo entre estas dos líneas ayuda a estrechar la mama y conificarla "mejor".(1)

Requiere una curva de aprendizaje más amplia, se deben realizar sobre correcciones durante el transquirúrgico, los resultados estéticos de la incisión son tardíos, por lo cual se requiere un mejor entendimiento y explicación con el pacientes, finalmente dará mejores resultados estéticos por la cicatrices cortas a diferencia de las T invertidas que son mucho más amplias y visibles, pero requiere mayor índice de retoques para corregir defectos, sin embargo esta la otra contraparte, que en T invertidas el moldeamiento de la glándula está relacionada con los colgajos de piel, por lo que produce una mayor tensión sobre la herida, con dehiscencias de la misma, así como cicatrices hipertróficas o queloides por la caída del tejido mamario sobre esta.(13)

En el patrón periareolar el concepto fundamental de esta técnica es que se trata la piel y la glándula como dos componentes separados, se accede por incisión periareolar y se disecan de la piel los colgajos superior, medial y lateral. Este procedimiento no está indicado en mamas de gran volumen y con ptosis importantes, pacientes con mala calidad de piel y excesiva, las desventajas son cicatrices anchas, así como aplanamiento del montículo, y ensanchamiento del pezón.(11)

PEDÍCULOS

La formación del pedículo puede ser independiente del patrón de piel escogido, pero la cantidad de piel en relación de la masa y distribución anatomía dicta el procedimiento necesario. La orientación de un pedículo, permite maximizar tanto la vascularidad como la sensibilidad del CAP, lo que optimiza los resultados estéticos.(6)(11)

La formación de un pedículo debe balancearse entre el grosor del mismo para una adecuada vascularidad, así como la resección adecuada de tejido mamario para reducir la mama. El plexo periareolar es preservado para la irrigación del CAP, se eleva el CAP y posteriormente se moldea la mama para lograr una forma cónica natural, elevada y estrecha.(11)

Superior

Pedículo superior, descrito por *Weiner* en 1973, y que tradicionalmente ha sido asociado con pequeñas resecciones, utilizado en resecciones menores de 1000 gr, no ideal para grandes resecciones. Utilizado en mamas ptósicas, con adecuado llenado del polo superior, dando una adecuada proyección; es seguro para ptosis mayores. Un riesgo importante mayor es la pérdida de la sensibilidad del CAP posterior al procedimiento hasta de un 70% a un año de la cirugía. Esto no está en relación con la cantidad de tejido resecado y si con el tipo de pedículo utilizado.(11)

La irrigación del pedículo superior está dada principalmente por la arteria descendente del 2do EIC, así como el plexo periareolar, el cual se debe preservar para mejorar la irrigación del CAP, presentando limitaciones en cuanto su ascenso del CAP, ya que elevaciones mayores de 10 cm comprometen la irrigación del mismo. Es importante el grosor del colgajo, que debes ser por lo menos de 1.5 cm para no comprometer la viabilidad de la piel.(11)

La forma y la simetría de la mama, especialmente en mamas muy péndulas, es difícil corregir la forma natural, así como las asimetrías que seguramente persistirán posterior al procedimiento. El incremento de la distancia de horquilla esternal a el CAP, disminuye la posibilidad de realizar un pedículo superior.(6)

En distancias > 40 cm de horquilla a CAP, se debe considerar seriamente la amputación del polo inferior con patrón de Wise y realizar injerto de pezón o tatuaje inmediato. Realmente la rama profunda del 4to EIC, encima de la 5ta costilla es en verdad quien suministra sangre a este pedículo. La longitud del pedículo de CAP A pliegue debe ser de 16 a 19 cm, no más por el riesgo de necrosis.(1)

El pedículo superior es aceptable para pacientes con hipertrofias moderas que requieren reducciones de 500 a 2000 gr o menos, con una recolocación leve o mínima del CAP de 7 a 10 cm, normalmente se reseca tejido inferior y lateral en este pedículo.(11)

Medial

La vascularidad en el pedículo medial depende de la mamaria interna. Muchos autores incluyen el pedículo de Hall-Findlay medial, fácil de usar, con excelente perfusión y sensación, base del pedículo de 6 a 10 cm, con una relación 1:1 longitud y ancho. (6)

El pedículo medial se basa en flujo sanguíneo a partir de la rama del 3er espacio intercostal, mientras que un verdadero pedículo supero-medial realidad es perfundido por una rama descendente desde el segundo EIC. La mayoría de las venas drenan supero medialmente también. El verdadero pedículo supero-medial cruza ligeramente lateral al meridiano de la mama, sin embargo, debido a que el suministro de sangre es superficial, el pedículo puede ser levantado de forma segura en su superficie profunda. Menciona Hall Findlay, que solo 3 de los cuatro pedículos pueden ser dominantes, si se incorpora 2 de estos pedículos. (11)

Inferior

El pedículo inferior es introducido por Ribeiro en 1975 y popularizado por *Robbins, Courtis y Georgiade*, es muy noble con la viabilidad y sensibilidad, este es una muy buena opción para grandes resecciones, hasta de 3000 gr, debe tener una relación 3:1 de longitud con ancho. Presentando frecuencia de lactancia hasta del 60%, similar con los otros pedículos. Se recomienda en mujeres sexualmente activas. La mayor critica a este pedículo es el "bottoming out", aunque uno de sus defensores el *Dr. Hammond* refiere que están más enfocados en la cicatrización anormal y pliegues inframamarios. (11)(14)

Lateral

Pedículo lateral descrito inicialmente por Skoog en 1963, muchos aciertan que este pedículo es básicamente una modificación de la técnica de reducción de Strombeck (Bipediculado horizontal), el pedículo lateral realmente permite una excelente sensibilidad por la preservación de cuarto nervio intercostal, sin embargo, esta técnica no es la más utilizada, ya que la forma que toma la mama no es la más adecuada, debido a que el denso tejido de del cuadrante superior no puede ser resecado y a la postre caerá en porción lateral. (11)

Central

El pedículo central popularizado por *Hester*, donde la piel y el tejido subcutáneo disecado al rededor del CAP, creando un monte central, la mama se reduce al rededor del tejido central. La circulación pertenece de parénquima y no de la circulación dérmica, con una adecuada sensibilidad. (11)

Bipediculado

En colgajo Bipediculado vertical esta descrito por *McKissock* en 1976, presenta una disminución de la sensibilidad más importante que el colgajo vertical inferior, siendo últimamente remplazado por pedículo inferior.(1)

Descrito por Strombeck en 1960, el cual utiliza pedículo medial y lateral para suplir al CAP, siendo una opción muy segura en sensibilidad y vascularidad, se utiliza para resecciones mayores de 1000 gr, fue muy popular en estos años hasta que se describió la técnica de *McKissock*'s. Strombeck ha sido criticado debido a la dificultad para manejar el pedículo de forma intraoperatoria y alto porcentaje de pérdida de sensibilidad del CAP. (11)(7)

MANEJO DE LA MAMA

Benelli: Periareolar

En la técnica de *Benelli*, tiene la particularidad que la piel y la glándula se manejan como dos procedimientos diferentes, para el marcaje el punto A se marca a 2 cm por arriba del pliegue mamario, corresponde al futuro borde superior de la areola, punto B se marca de pie de 5 - 12 cm del pliegue mamario esto en base a tejido mamario resecaado y retracción de la piel, los puntos D y E se estiman en base al volumen final, pero C se marca de 8 - 12 cm de la línea media. Se realiza una elipse de las 2 a las 10, y se inicia la disección a 3 cm por debajo de la areola hasta fascia pectoral y pedículo inferior se abre verticalmente se disecan los colgajos medial y lateral y se realiza plicatura del colgajo superior, posteriormente se traslapan los colgajos uniéndolos a la fascia pectoral y se da un punto para disminuir la tensión del CAP 2 cm arriba del borde de la piel. Posteriormente se cierra herida con Round Block. (1)(11)

Lassus: Vertical

En 1964 *Claude Lassus* inicia con la aplicación de esta técnica, mencionando 4 puntos importantes: resección de volumen central, transposición de CAP arriba del pedículo, sin disección y con una cicatriz vertical. El marcaje se realiza en bipedestación, punto A corresponde a la línea que cruza el eje centro mamario con el pliegue horizontal, este punto corresponde a en borde superior de la areola y no al pezón, también se puede trazar una línea equidistante a la línea media acromion-olocraneana 2 cm por debajo de está línea, el punto B se encuentra en el mismo eje, pero 3-4 cm sobre pliegue, la resección de tejido se realiza desplazando la porción lateral y medial hacia la porción media (puntos C y D). El pedículo debe tener una distancia de 5 cm debajo de la areola, y el ancho debe ser la mitad de la longitud vertical. Pedículos son aproximadamente de 16 cm, con bases de 10 cm.(1)

Lejour: Vertical + Liposucción

Después de aprender la técnica de *Lassus*, *Lejour* demostró que esta técnica se puede combinar con liposucción para disminuir la grasa en áreas hipertróficas y de esta forma dar una mama más estética.

Esta técnica estrecha la mama, remueve la grasa, disminuye tejido ptósico mediante resección inframamaria y central inferior y disminuye cicatrices extras. (Disminuye base de circunferencia, pliegue lateral y eleva el pliegue inframamario), supuestamente con una cicatriz más corta al elevar el pliegue, que quedara fruncido, pero posteriormente “mejorara”. Liposucción previa a la resección, estarán con magulladuras de 3 a 4 semanas postquirúrgicas.(12)

Las mujeres jóvenes, con buena elasticidad de la piel y mamas plenas se benefician particularmente de la liposucción. Se reportan un 10% de revisión de la cicatriz.(1)

Posterior a la resección de los pilares y del exceso de tejido que principalmente es lateral, se realiza el cierre de los pilares lateral y medial hacia el centro iniciando en la porción inferior de la mama. La liposucción es para remover cualquier exceso de tejido lateral y ayuda a definir la línea lateral mamaria y estrecha la mama, también se utiliza cuando el tejido mamario es principalmente graso. El plexo subdérmico se preserva para preservar el flujo sanguíneo al CAP. Se realiza la preservación de cm caudal al CAP e inferior a este se reseca el tejido, también hacia lateral y medial. Se basa en un pedículo superior.(15)(1)

Ptianguy: Quilla invertida

La técnica de *Ivo Pitanguy* está indicada en grandes hipertrofias mamarias, la determinación del punto A esta dado por la proyección del surco a nivel de la línea medio-clavicular vertical, este punto marca la localización media de la areola, los siguientes 2 puntos, B y C, forman un triángulo con el punto A y son determinado por pinch a los lados de la areola, esta maniobra permite estimar el tejido a resecar, el punto D y E definen la extensión medial y lateral de las incisiones, colocándose sobre el surco mamario, medialmente no se debe extender más allá de la línea medio esternal y la resección es realizada del polo inferior de la mama.(1)

En casos de moderada ptosis o hipertrofia, cuando menos tejido va a ser resecado la técnica de Pitanguy (romboidal) está indicada. Esta técnica sigue el mismo principio de la técnica de Pitanguy, solo que termina en una vertical. El punto A es marcado de igual forma que en Pitanguy, y de la misma manera se marca puntos B y C con pinch test hacia línea central, solo punto C es marcado a nivel del pliegue submamario, creando una forma romboidal, y realizando resección de piel y glándula mamaria, creando dos pilares que son avanzados hacia

el centro de la mama. La isquemia de los colgajos es evitada debido a que no se realiza disección de la piel y glándula.(1)

Ribeiro: Colgajo dermograso inferior

El colgajo descrito realizando un colgajo dermograso inferior, el manejo con un pedículo superior, pero realiza resección de tejido lateral y medial, así como central. El colgajo inferior es traccionado y llevado a fijar la punta del colgajo inferior hacia la fascia pectoral a nivel del 2do y 3er espacio intercostal. Esta técnica ayuda a mejorar la plenitud del polo superior de la mama. (11)

MANEJO POSTOPERATORIO

En cuanto al uso de drenajes existen diversos estudios donde no se recomienda su uso. ya que no disminuyen el riesgo de formación de seroma ni de hematoma, además de elevar los costos, y si se ha reportado riesgo de infección aumentado en comparación de los que no se utiliza.(12)

Uso de bra-faja, el cual no se tiene una recomendación con nivel de evidencia mayor a 4, pero se ha demostrado que las pacientes tienen una sensación de protección, ayudando además con un poco de compresión en la región de la cirugía. (7)(12)

COMPLICACIONES

Dependiendo la técnica se presentan distintas complicaciones, en general se describe la formación de hematoma y seroma (1-2%) como las dos más comunes. Después de estas dos la siguiente inconformidad es estética por cambios en la forma.(7)

Este procedimiento conlleva la posibilidad de múltiples complicaciones y efectos adversos postoperatorios, desde dehiscencia de herida, cicatrización anormal, “orejas de perro”, hasta necrosis grasa o cutánea, necrosis y pérdida de complejo areola-pezones, hematoma, seroma. (16)

La tasa de presentación de éstas se reporta en la literatura de 4 – 54%(17)

La cicatrización anormal se presenta principalmente en relación a cierre con tensión, queloides e hipertróficas, y en el caso de dehiscencia el cierre por segunda intención.(18)

De las complicaciones más graves como la necrosis de complejo areola pezón, ya sea parcial o completa, que se asocia a insuficiencia arterial o congestión venosa; puede ocurrir también en reducciones grandes por doblez en el pedículo o compresión del mismo.(16)

Cuando se realiza una técnica peri-areolar una de la complicación más común además de las antes mencionadas es la ruptura de la sutura y el ensanchamiento del complejo areola-pezón.(16)

El uso del pedículo inferior tiene como complicación el “bottoming out”, que es considerada una pseudoptosis, donde el CAP está en adecuada posición, pero el tejido mamario queda por debajo. (14)

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON REDUCCIÓN MAMARIA

Cerca de 100,000 mujeres se someten a reducción mamaria cada año. El alivio de la sintomatología es el factor motivante para muchas de estas mujeres. Estos factores subjetivos, dolor de espalda y cuello, cefaleas, marcas en hombro, entumecimiento de extremidades superiores, son los que llevan a la macromastia a ser una enfermedad y llevan a las mujeres en búsqueda de reducción mamaria, a diferencia de factores cuantitativos como el índice de masa corporal o el tamaño de copa mamaria. Se ha visto que éstos mismos síntomas mejoran posterior a una reducción mamaria, lo que destaca la importancia de medir los resultados. Por lo tanto, es importante utilizar herramientas de investigación que sean capaces de capturar estos constructos desde la perspectiva de la paciente al evaluar los resultados.(19)

Existen cuestionarios enfocados en los resultados reportados por los pacientes en reducción mamaria. El cuestionario BREAST-Q módulo de reducción, es uno de los más usados para reportar resultados desde la perspectiva de la paciente específicos para reducción mamaria, permite al investigador y al médico capturar datos reproducibles acerca el impacto de macromastia sobre los síntomas y calidad de vida, y realizar un seguimiento de los cambios a largo plazo. (19)(20)

Tiene el potencial de proveer datos reproducibles, específicos para una enfermedad y capaz de reproducirlos con el tiempo. La principal limitante del BREAST-Q era la falta de valores normativos, sin embargo, en 2017 se logró determinar la norma para el módulo de reducción mamaria del BREAST-Q, la cual ayudará a determinar la carga de enfermedad de la macromastia y el impacto de la resolución quirúrgica.

Dentro de los valores normativos, un IMC y copa de mama más grandes están asociados con resultados más bajos en el cuestionario. (19)

El cuestionario BREAST-Q está traducido en 30 idiomas actualmente, cuantifica el efecto de cirugía mamaria estética y reconstructiva, pre- y postoperatoria sobre la calidad de vida relacionada con la salud, incluyendo el bienestar físico, psicosocial y sexual, así como la satisfacción de la paciente, que incluye satisfacción con las mamas, con el resultado y con la atención y cuidados recibidos. Se pueden elegir sólo los módulos pertinentes a la evaluación deseada. Los ítems del cuestionario en cada escala están ordenados en jerarquía (e.j. satisfacción con mamas: va desde “¿Qué tan satisfecha está con cómo se ve con ropa frente al espejo?” a “¿Qué tan satisfecha está con cómo se ve sin ropa frente al espejo?”). como cada escala produce un valor independiente del 0 al 100, no hay un resultado general. Los resultados se transforman vía el programa (<https://webcore.mskcc.org/breastq/>) o tablas designadas en la guía de usuario de la licencia del BREAST-Q. (20)

En 2013 se realizó una traducción al español para usarse en Chile, y se realizó la validación lingüística del BREAST-Q para su uso en todos los países de habla hispana. (21)

Así mismo, este cuestionario se encuentra validado para su realización vía electrónica. Se determinó que la aplicación electrónica es altamente confiable, con datos clínicamente significativos para su uso en investigación de resultados clínicos. Por lo cual el BREAST-Q puede ser aplicado en el ámbito clínico, ya sea electrónicamente o usando papel y lápiz, según la elección del paciente y del cirujano. (22)

Existen diversos cuestionarios específicos para evaluar los resultados a partir de la evaluación subjetiva de pacientes que se hayan sometido a una intervención quirúrgica. Estas herramientas o cuestionarios han sido desarrollados gracias a la contribución de las pacientes y demuestran, al menos, unas propiedades psicométricas adecuadas: el BREAST-Q

questionnaire, el Breast Reconstruction Satisfaction questionnaire (BRECON-31), el Breast-Related Symptoms Questionnaire (BRSQ), el Breast Reduction Assessed Severity Scale Questionnaire (BRASSQ), la Derriford Appearance Scale (DAS-59), el Michigan Breast Reconstruction Outcomes Study – en cuanto a Imagen Corporal (Body Image) y Satisfacción (Satisfaction), el Breast Project Questionnaire y el Breast Evaluation Questionnaire.(23) (24)

Estos cuestionarios, como el “Breast Reconstruction Satisfaction Questionnaire (BRECON-31)” (24) no son enfocados específicamente a cirugía de reducción mamaria, ayudan a evaluación de cirugía mamaria en general, y éste específicamente a cirugía de reconstrucción mamaria. El BREAST-RELATED SYMPTOMS QUESTIONNAIRE (BRSQ) se enfoca a pacientes con hipertrofia mamaria, pero solo evalúa la calidad de vida relacionada con los síntomas que presentan de forma preoperatoria, ayuda a valorar la necesidad de la intervención quirúrgica. (24)

El BREAST-Q incluye submódulos para cada tipo de cirugía mamaria, y respecto a nuestro punto de interés, incluye evaluación de satisfacción con los resultados obtenidos, con la atención recibida y con la calidad de vida psicosocial, psicológica y sexual. Además, está validado en español y comprobada su utilidad para población hispana. La estructuración de los diferentes módulos y la clasificación de los grupos de pacientes hacen posible que estas escalas estén psicométricamente conectadas y que puedan, de esta manera, servir para comparar diferentes grupos de pacientes. (21)

Planteamiento del Problema

La hipertrofia mamaria es una patología benigna, que puede ocurrir en ambas mamas o de forma unilateral, también conocida como macromastia, está asociada con síntomas severos físicos y emocionales, y afecta negativamente la calidad de vida relacionada con la salud de las mujeres, tanto en jóvenes como en mujeres adultas. Los síntomas se presentan como dolor de espalda y hombros, lesiones cutáneas, intertrigo, mala postura. La cirugía de reducción mamaria es el tratamiento eficaz, las pacientes la solicitan con la intención de aliviar los síntomas, por deseos estéticos, razones psicosociales, inactividad física y por bienestar sexual.

La cirugía mamaria constituye uno de los motivos más frecuentes de consulta en cirugía plástica, siendo la cirugía de reducción un procedimiento que se ha vuelto popular en pacientes con macromastia

Este procedimiento conlleva la posibilidad de múltiples complicaciones y efectos adversos postoperatorios, desde dehiscencia de herida, cicatrización anormal, “orejas de perro”, hasta necrosis grasa o cutánea, necrosis y pérdida de complejo areola-pezones, hematoma, seroma, dejando así un resultado estético no favorable y la necesidad de una cirugía de revisión, la tasa de presentación de éstas se reporta en la literatura de 4 – 54%(17)(16)(25).

Los resultados en cirugía plástica reconstructiva y estética abarcan múltiples ámbitos en la vida de la persona, incluyendo aspectos que tradicionalmente no han sido evaluados por los cirujanos, como el desempeño psicosocial. En la actualidad existe claridad respecto a que la mera evaluación de aspectos técnicos y funcionales resulta insuficiente y no tiene correlación necesariamente con las expectativas de los pacientes. Debido a lo anterior existe una tendencia creciente a incluir en la evaluación de los resultados la perspectiva del paciente, a fin de que esta evaluación sea lo más integral posible. El poder entregar un resultado que cumpla con las expectativas del paciente, representa un desafío para el cirujano; no sólo por la destreza o habilidades quirúrgicas necesarias, sino porque la visión del médico tratante puede no coincidir con la del paciente. Con el fin de poder estandarizar la evaluación de resultados se han diseñado instrumentos que permiten evaluar de manera cuantitativa los resultados obtenidos. Uno de ellos, válido, confiable y reproducible, es el “*Breast Q Reduction*

and Mastopexy, (Breast-Q)”, este instrumento es específico para la evaluación de calidad de vida asociado a mamas desde la perspectiva del paciente, publicado originalmente en inglés, actualmente validado para su uso en español(21)

En el centro médico ISSEMYM “Arturo Montiel Rojas” llevamos más de 6 años realizando estos procedimientos quirúrgicos, y no se cuenta con una evaluación de la satisfacción global de nuestras pacientes. Es así como surge la siguiente pregunta de investigación: **¿cuál es el porcentaje de pacientes satisfechas postoperadas de reducción mamaria en base al cuestionario *breast-Q* (módulo de reducción mamaria) en pacientes del centro médico ISSEMyM “Arturo Montiel Rojas”?**

Justificación

El poder evaluar el grado de satisfacción de una cirugía por parte del paciente está adquiriendo cada vez mayor trascendencia, tanto del punto de vista científico al permitir objetivar y cuantificar los resultados con una u otra técnica quirúrgica, evaluar una curva de aprendizaje o estudios epidemiológicos; como también desde el punto de vista de la relación médico-paciente.

La cirugía de reducción mamaria es un procedimiento común en población mexicana, secundaria a hipertrofia mamaria o macromastia. Esta patología benigna es de predominio en pacientes con obesidad, las cuáles son mayoría en nuestro país.

Existen estudios de otros países donde describen valores porcentuales de satisfacción y calidad de vida de pacientes postoperadas de reducción mamaria. Los resultados de estudios previos señalan que el instrumento *Breast Q Reduction and Mastopexy, (Breast-Q)* validado en español posee una adecuada validez de criterio, transformándose en una herramienta útil en la evaluación del resultado de la cirugía de reducción mamaria (15).

Dada la diversidad de características que diferencian a nuestra población de la población de estudios previos surge la relevancia de conocer cuáles son los resultados en nuestro centro de trabajo, y a su vez, poder identificar si el protocolo quirúrgico realizado por parte de nuestro equipo presenta puntos que necesiten mejorar.

Hipótesis

Respecto a la bibliografía existente de satisfacción en pacientes postoperadas de reducción mamaria se reporta un porcentaje aproximado de satisfacción del 75-85%, por lo que nuestra hipótesis es la siguiente:

El porcentaje de pacientes satisfechas que se sometieron a reducción mamaria es igual o mayor al 80%.

Objetivos

OBJETIVO GENERAL:

- Conocer el porcentaje de pacientes satisfechas sometidas a reducción mamaria en población derechohabiente al Centro Médico ISSEMyM “Arturo Montiel Rojas”

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Medir el porcentaje de satisfacción (con las mamas, con los pezones, con el resultado, y con la información obtenida) en pacientes postoperadas de reducción mamaria en el Centro Médico ISSEMyM Toluca en base al cuestionario Breast-Q (módulo de reducción mamaria)
- Medir el porcentaje de bienestar psicosocial en pacientes postoperadas de reducción mamaria en el Centro Médico ISSEMyM Toluca en base al cuestionario Breast-Q (módulo de reducción mamaria)
- Medir el porcentaje de bienestar sexual en pacientes postoperadas de reducción mamaria en el Centro Médico ISSEMyM Toluca en base al cuestionario Breast-Q (módulo de reducción mamaria)
- Medir el porcentaje de bienestar físico en pacientes postoperadas de reducción mamaria en el Centro Médico ISSEMyM Toluca en base al cuestionario Breast-Q (módulo de reducción mamaria)

OBJETIVO SECUNDARIO

- Relacionar el índice de masa corporal (IMC) con el porcentaje obtenido en la encuesta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal y ambispectivo. Se incluyeron pacientes femeninos con un rango de edad de 18 a 63 años, sometidas a cirugía de reducción mamaria bilateral por diagnóstico de hipertrofia mamaria en el Centro Médico ISSEMyM Toluca, quienes fueron derechohabientes a esta institución y que contaron con expediente clínico completo y disponible. Se excluyeron pacientes a las que no se pudo localizar telefónicamente y las que no contestaron la encuesta. Se obtuvo una muestra final de 26 pacientes, después de la selección por criterios de inclusión y exclusión, no hubo pacientes eliminadas del estudio.

Como instrumento de investigación se utilizó el cuestionario Breast Q. Versión 1.0 Módulo Reducción mamaria en español. Se recolectaron datos demográficos y del expediente clínico en hoja de recolección de datos de programa Excel que incluyó un apartado específico para resultados de cada sección del cuestionario, además del resto de las variables.

Se revisaron los expedientes de todas las pacientes sometidas a reducción mamaria en el Centro Médico ISSEMyM “Arturo Montiel Rojas”. Se recolectaron datos demográficos en hoja de recolección de datos para su análisis. A las pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión se les realizó llamada telefónica para solicitar su consentimiento para participar en el estudio, a las pacientes que aceptaron se les envió el formato de consentimiento informado y el cuestionario “Breast-Q (módulo reducción)” por correo electrónico o por mensaje de la aplicación móvil “whatsapp”, lo contestaron y lo reenviaron para su análisis y conteo de resultados, en dos pacientes se realizó el cuestionario por vía telefónica por parte del investigador principal.

El cuestionario BREAST-Q tiene módulos por separado de preoperatorio y postoperatorio para cada tipo de cirugía mayor de mamas. Cada módulo consiste de un set de ítems que abordan la satisfacción del paciente y bienestar para cada tipo de cirugía. En la versión postoperatoria del módulo reducción mamaria las escalas corresponden a cuatro dominios de satisfacción: satisfacción con las mamas, satisfacción con los pezones, satisfacción con el resultado y satisfacción con la atención recibida. Además, se evalúan tres dominios de bienestar, que incluyen bienestar psicosocial, bienestar físico y bienestar sexual.

Se realizó la conversión de los valores de la encuesta tal y como lo dicta la guía de uso del programa *Q-score* para lograr un puntaje de 0 (peor) a 100 (mejor), que se tomó como porcentaje. Se determinó el porcentaje que se obtuvo en cada rubro del cuestionario y se procedió al análisis estadístico con el software SPSS.

Todo esto se realizó con un límite de tiempo y espacio, en el Centro Médico ISSEMyM Toluca, Lic. Arturo Montiel Rojas, de enero 2014 a enero de 2021.

Para el análisis estadístico se utilizó estadística descriptiva para la presentación de los datos. Se realizó la prueba de Shapiro-Wilk para determinar la distribución de los datos. Se realizó un análisis inferencial de comparación de medias utilizando la prueba *t de Student* para las variables con distribución normal y con pruebas no paramétricas (prueba de U de Mann-Whitney) para aquellas con distribución no normal. Se realizó un análisis de proporciones utilizando la prueba de χ^2 de *Pearson* y para los casos en que se encontraron valores esperados por casilla <5 observaciones se utilizó la prueba exacta de *Fisher*. Se realizó un análisis de correlación y el cálculo del coeficiente de correlación de *Spearman* para las variables continuas. Los resultados se resumieron como diferencia de medias y OR, con sus respectivos intervalos de confianza (IC) del 95%. En todos los casos, un valor $p < 0.05$ fue considerado estadísticamente significativo, respectivamente. Para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25.0.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTUALIZACIÓN	OPERACIONALIZACIÓN	INDICADOR	TIPO DE VARIABLE
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento del sujeto hasta la fecha actual.	Revisión en expediente físico	Años cumplidos	Cuantitativa discreta
IMC	Índice de relación entre peso y talla de un individuo	Se calcula según la operación IMC = peso en kg/talla en metros ²	< 18 = bajo peso 18 – 24.9 = saludable 25 – 29.9 = sobrepeso 30 o superior = obesidad	Cuantitativa ordinal
Tejido mamario resecado	Tejido mamario resecado durante el procedimiento quirúrgico	Se toma el peso en kilogramos	Kg	Numérica continua
Patrón cutáneo utilizado	Tipo de incisión cutánea utilizada en el procedimiento quirúrgico	Dato localizado en nota postoperatoria	T invertida Vertical Periareolar	Cualitativa ordinal
Breast Q (módulo reducción mamaria postoperatorio) • Satisfacción con mamas	Se evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración relacionada con la satisfacción personal con las mamas	13 ítems con preguntas tipo Likert de 4 puntos.	Satisfecha = 80 o superior Insatisfecha = 79 o menor	Ordinal, cualitativa.
Breast Q (módulo reducción mamaria postoperatorio) • Satisfacción con pezones	Se evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración relacionada con la satisfacción de la posición, forma, tamaño y sensibilidad en pezones	5 ítems con preguntas tipo Likert de 4 puntos	Satisfecha = 80 o superior Insatisfecha = 79 o menor	Nominal dicotómica.
Breast Q (módulo reducción mamaria postoperatorio) • Satisfacción con el resultado	Se evalúa la satisfacción resultante de la decisión de realizarse la cirugía	8 ítems con preguntas tipo Likert de 3 puntos	Satisfecha = 80 o superior Insatisfecha = 79 o menor	Nominal dicotómica.
Breast Q (módulo reducción mamaria postoperatorio) • Satisfacción con la información	Se evalúa la satisfacción con la información recibida respecto a la cirugía: posibles riesgos, complicaciones, beneficios, cuidados postoperatorios y secuelas	13 ítems con preguntas tipo Likert de 4 puntos	Satisfecha = 80 o superior Insatisfecha = 79 o menor	Nominal dicotómica.
Breast Q (módulo reducción mamaria postoperatorio)	Se evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con una	9 ítems con preguntas tipo Likert de 5 puntos.	Bueno = 80 o superior Malo = 79 o menor	Nominal dicotómica.

<ul style="list-style-type: none"> Desempeño social 	declaración relacionada con las actividades sociales			
Breast Q (módulo reducción mamaria postopertorio) <ul style="list-style-type: none"> sexualidad 	Se evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración relacionada con el desarrollo sexual	5 ítems con preguntas tipo Likert de 5 puntos.	Bueno = 80 o superior Malo = 79 o menor	Nominal dicotómica.
Breast Q (módulo reducción mamaria postopertorio) <ul style="list-style-type: none"> síntomas físicos 	Se evalúa el nivel de acuerdo o desacuerdo con una declaración relacionada con el desempeño de actividades físicas y presencia de sintomatología.	14 ítems con preguntas tipo Likert de 3 puntos.	Bueno = 80 o superior Malo = 79 o menor	Nominal dicotómica.

Implicaciones éticas y bioseguridad

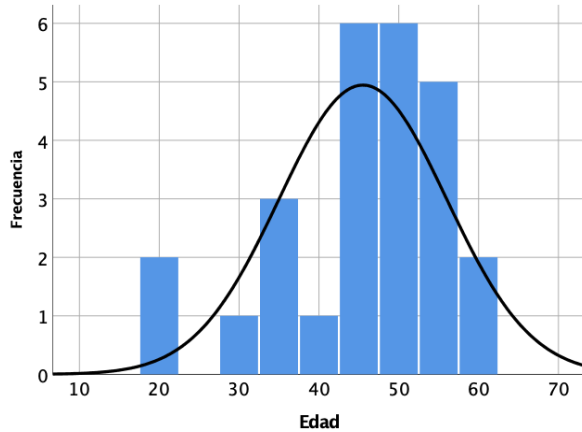
El estudio no representa ningún riesgo para la salud de los sujetos estudiados. Tal como marca la ley general de salud en su título V, capítulo único, artículo 100, fracciones I a la VII, y de acuerdo con las consideraciones éticas establecidas por el acuerdo de la carta de Helsinki que prevalece a nivel nacional e internacional. La absoluta confidencialidad fue norma invariable en esta investigación.

Este trabajo tiene un total apego al artículo 17 de la ley general de salud de México y se clasifica como un trabajo de investigación sin riesgo, ya que es una investigación documental retrospectiva y no se realizó ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participaron en el estudio.

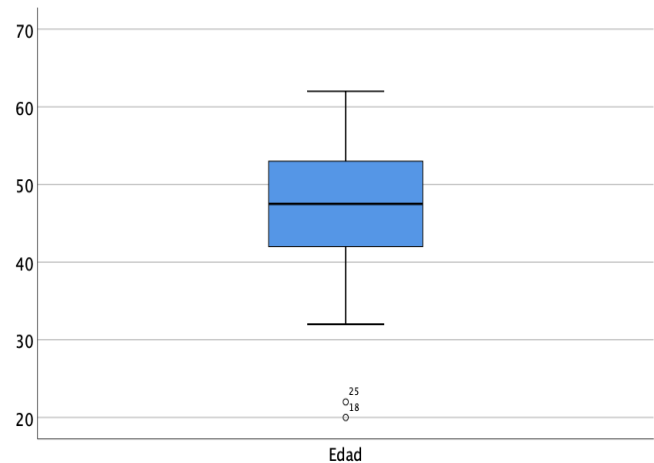
RESULTADOS

Características preoperatorias.

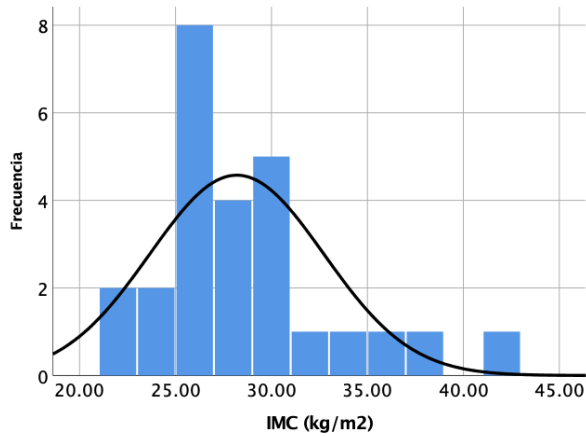
Se incluyó un total de 26 pacientes femeninos sometidos a reducción mamaria en el periodo entre 2014 y 2020. El promedio de edad registrado fue de 45.5 años (Desviación Estándar (DE) 10.5), con una mediana de 47.5 años y una edad mínima y máxima de 20 y 62 años, respectivamente. El IMC promedio registrado fue de 28.2 kg/m² (DE 4.5), con una mediana de 27.5 y un valor mínimo de 22 y máximo 41. La edad presentó una distribución que se asemeja a la normal ($p>0.05$), mientras que el IMC no ($p<0.05$).



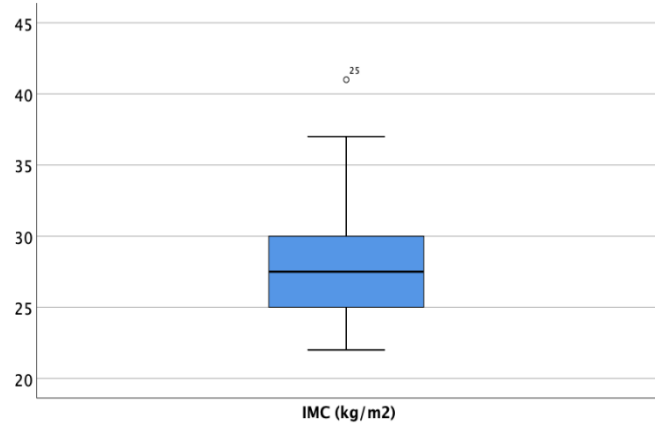
Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

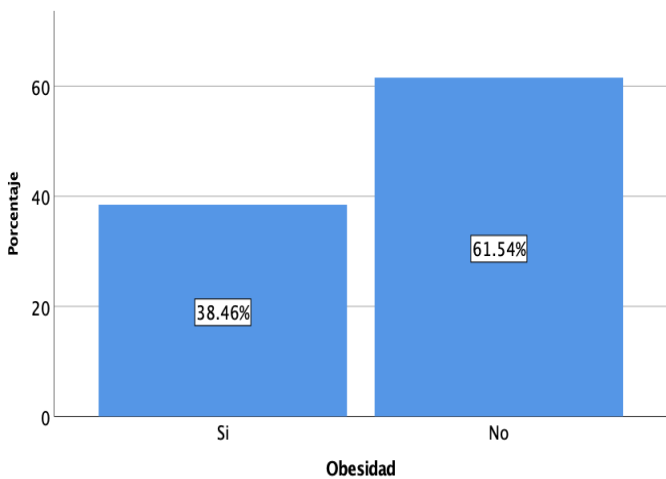


Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

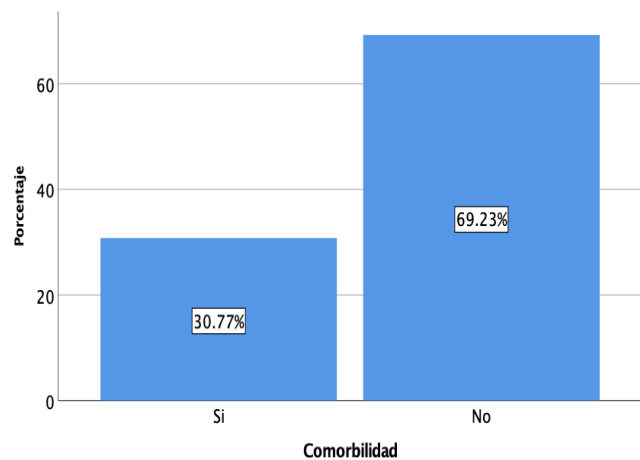


Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

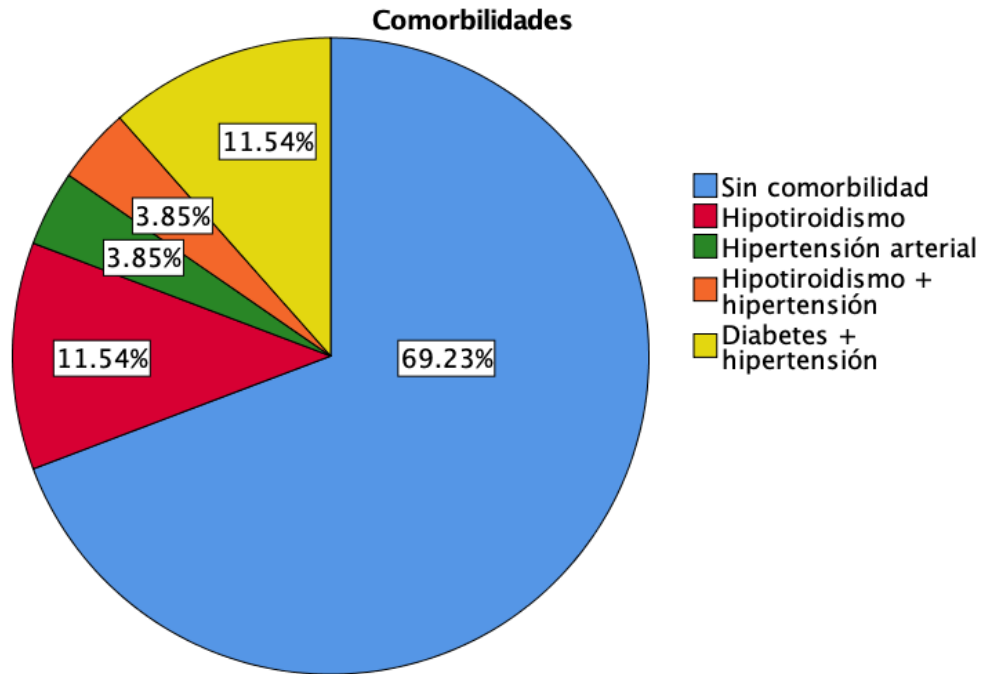
Del total de 26 pacientes, el 38.5% (10 pacientes) se catalogó con obesidad y el 30.8% (8 pacientes) contaba con alguna comorbilidad. Se registró diabetes en el 11.5% (3 pacientes), hipertensión arterial en 19.2% (5 pacientes) e hipotiroidismo en el 15.4% (4 pacientes). Un paciente contaba con el diagnóstico de hipotiroidismo e hipertensión y tres con diabetes e hipertensión.



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

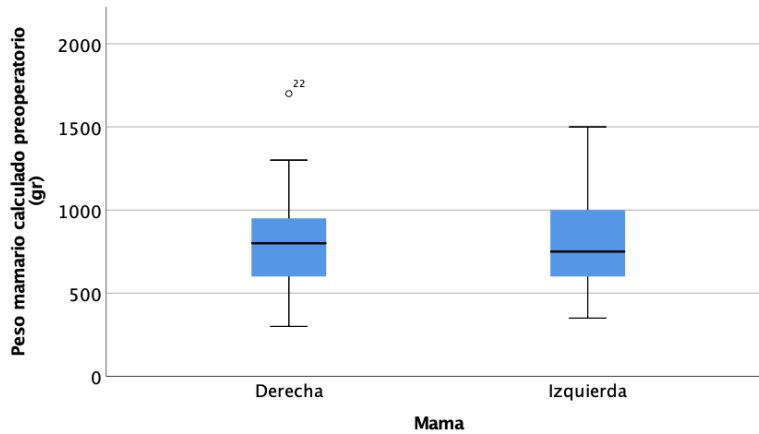


Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

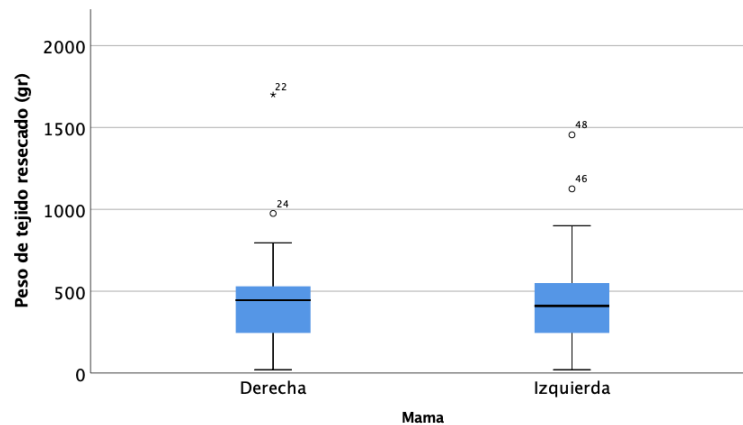


Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

El procedimiento de reducción mamaria se realizó bilateralmente en todas las pacientes. Se registró un tamaño mamario preoperatorio promedio de 801.9 gr (DE 315.1) y 805.8 gr (DE 296.4), en la mama derecha e izquierda respectivamente. Las medianas correspondientes fueron de 800 gr y 750 gr, con un valor mínimo y máximo de la mama derecha de 300 gr y 1700 gr, y de la mama izquierda de 350 gr y 1500 gr. De las 26 pacientes intervenidas de la mama derecha se registró un peso promedio de tejido resecado de 446.6 gr (DE 384.6), con una mediana de 445 gr y valor mínimo y máximo 20 gr y 1700 gr. En el caso de las 26 pacientes intervenidas de la mama izquierda se registró un peso promedio de tejido resecado de 457.6 gr (DE 343.3), con una mediana de 410 gr y valor mínimo y máximo 20 gr y 1455 gr. El peso mamario preoperatorio presentó una distribución que se asemeja a la normal ($p > 0.05$), mientras que el tejido mamario resecado no ($p < 0.05$).



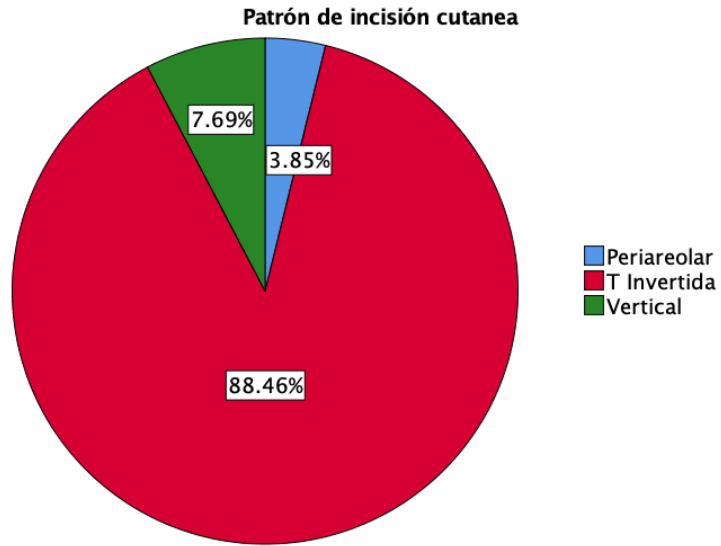
Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



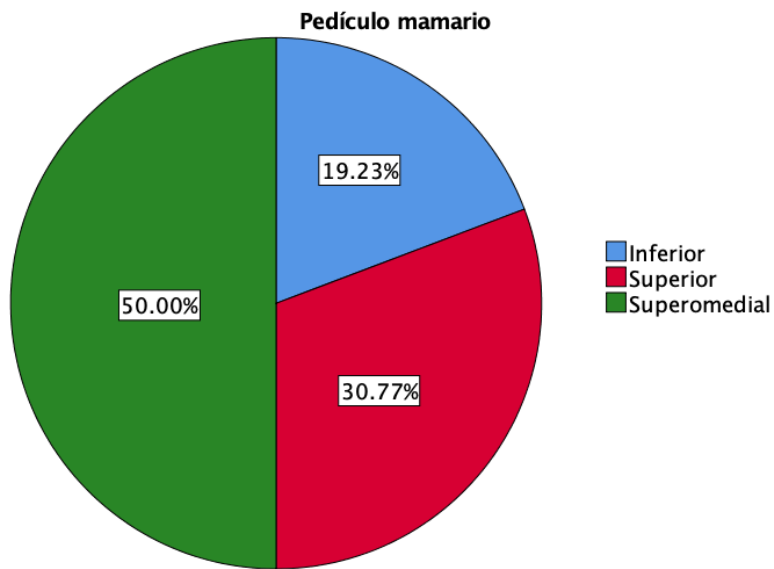
Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

Se realizaron tres patrones de incisión cutánea en el procedimiento de reducción mamaria, el más frecuente fue T invertida en el 88.5% de los procedimientos (23 pacientes), seguido de vertical en el 7.7% (7 pacientes) y periareolar en el 3.8% (1 paciente).

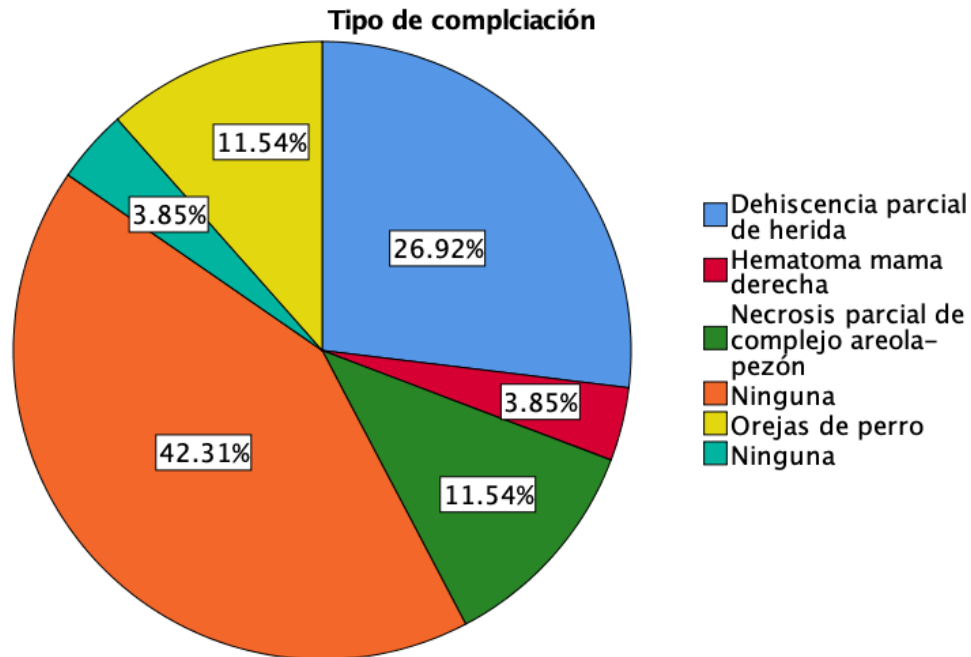
Se utilizó pedículo mamario superomedial en el 50% de los pacientes (13 pacientes), superior en el 30.8% (8 pacientes) e inferior en el 19.2% (5 pacientes). Se registró alguna complicación en el 53.8% de los pacientes (14 pacientes), siendo la principal causa dehiscencia parcial de herida con el 26.9% (7 pacientes).



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

En la tabla 1 se muestran las características de la proporción de satisfacción de las pacientes en cada uno de los rubros evaluados por la escala BREAST-Q y se realiza la comparación entre el grupo de pacientes con y sin obesidad, para evaluar la asociación con esta variable.

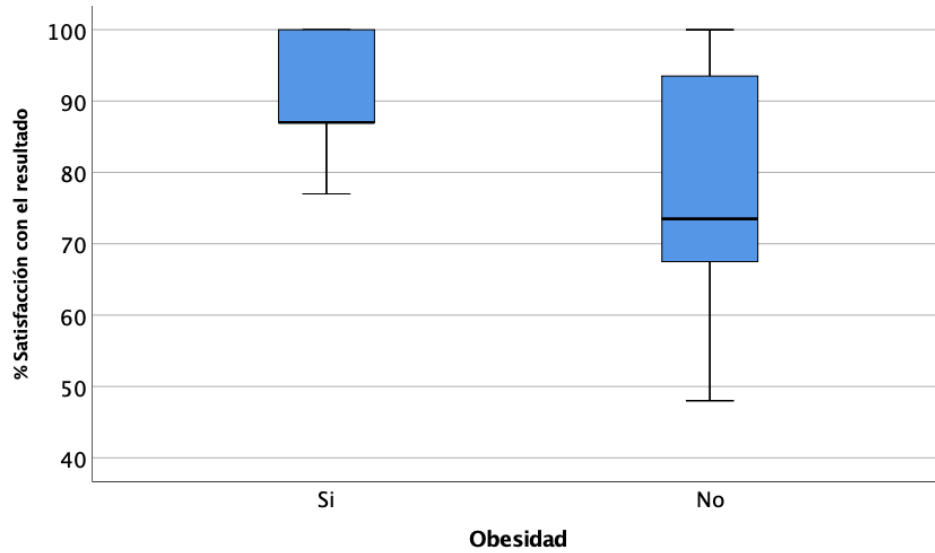
Debido a que los datos de ninguno de los rubros evaluados presentan una distribución normal se hace una comparación de muestras independientes con la prueba *U de Mann-Whitney*. Una paciente no respondió la sección de bienestar sexual, por lo que esta variable incluye 25 observaciones. Se puede observar una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de satisfacción con el resultado entre las pacientes con y sin obesidad, siendo del 91.6% y 77.21%, respectivamente, con una diferencia de 14.18 puntos porcentuales (Intervalo de Confianza (IC) 95% 2.1 a 26.3, $p=0.03^*$). También se puede observar una diferencia con el bienestar físico presentando un 77.8% en mujeres con obesidad y 90.56 % en aquellas sin obesidad, con una diferencia de -12.8 puntos porcentuales (IC 95% -22.7 a -2.8, $p=0.02^*$).

Tabla 1. Media del porcentaje de satisfacción y comparación por grupo de obesidad

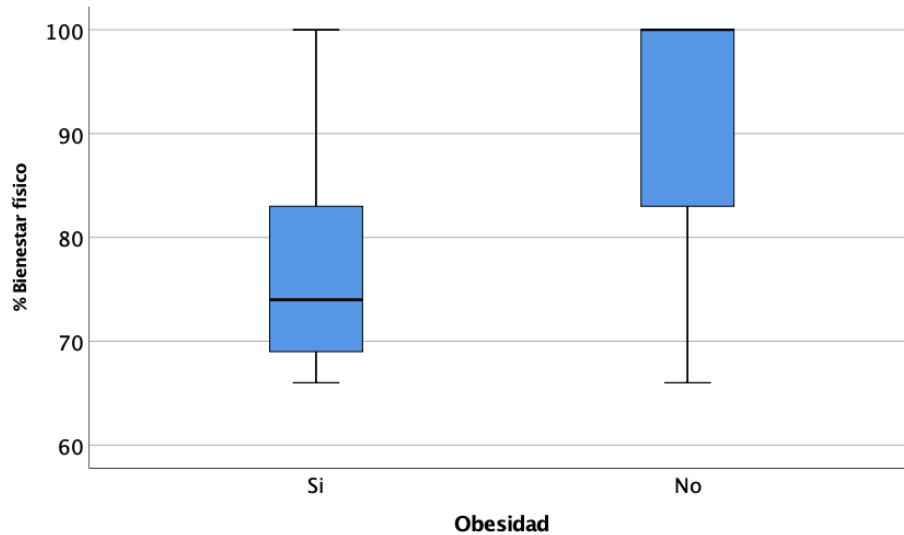
Rubro	Población total (DE)	Pacientes con obesidad	Pacientes sin obesidad	Valor p ^a
Satisfacción con mamas	70.31 (15.7)	71.7 (10.9)	69.44 (18.4)	0.51
Satisfacción con el resultado	82.77 (15.9)	91.6 (9.7)	77.21 (16.8)	0.03*
Bienestar psicosocial	89.19 (12.4)	90.9 (9)	88.13 (14.3)	0.98
Bienestar sexual	80.44 (18.2)	76.33 (10.7)	82.75 (21.3)	0.28
Bienestar físico	85.65 (13.3)	77.8 (11.1)	90.56 (12.42)	0.02*
Satisfacción con información ^{la}	81.31 (16)	78.7 (15.7)	82.94 (16.5)	0.52
Satisfacción con pezones	78.42 (24.2)	70 (29.2)	83.69 (19.6)	0.31
Satisfacción con el cirujano	92.46 (13.5)	90.7 (15.6)	93.56 (12.5)	0.59
Satisfacción con personal médico	94.96 (11.2)	94.6 (14.2)	95.19 (9.4)	0.86
Satisfacción con el personal extra	88.42 (20.2)	88.7 (21.8)	88.25 (19.8)	0.81

^a U de Mann-Whitney; *p<0.05

Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

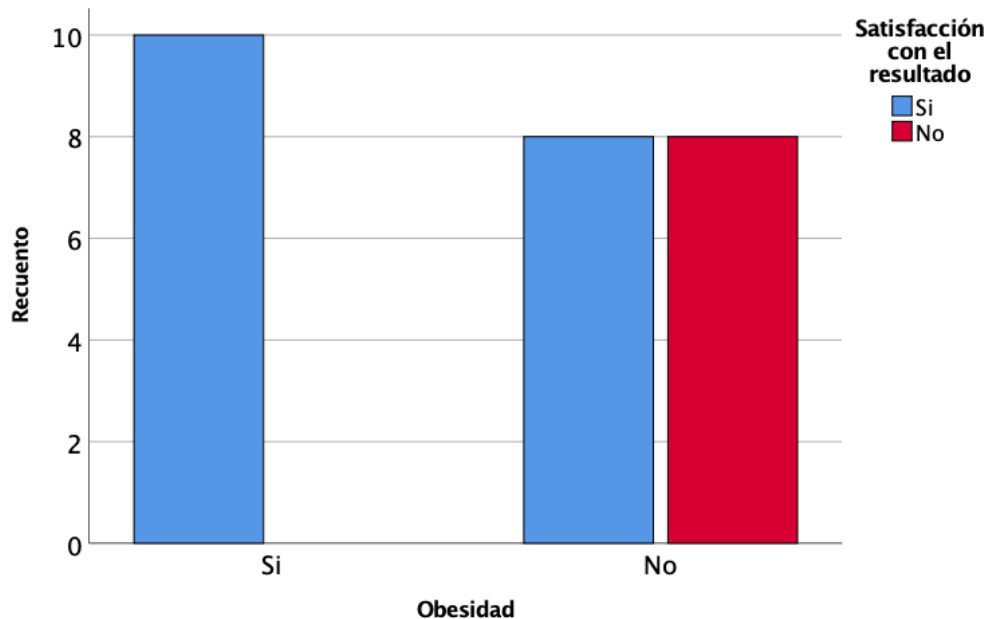
En la tabla 2 se muestra la proporción de pacientes satisfechas considerando un punto de corte de 75% de satisfacción en cada uno de los rubros evaluados en la escala BREAST-Q y se compara entre el grupo de pacientes con y sin obesidad. El porcentaje de pacientes satisfechas con el resultado fue de 69.2% con una $p=0.009$. El mayor porcentaje de pacientes satisfechas se presentó en el bienestar psicosocial y en la satisfacción con el cirujano y personal médico, siendo de 80.8%, 84.6% y 88.5% respectivamente, con una $p > 0.1$.

Se puede observar que el 100% las de pacientes con obesidad estuvieron satisfechas con el resultado, mientras que las pacientes sin obesidad solo el 50%, con una diferencia del 50% y una RM (razón de momios) de 2 (IC95% 1.25 a 3.3, $p=0.009^*$)

Tabla 2. Proporción de satisfacción >75% y comparación por grupo de obesidad				
Rubro	Población total	Pacientes con obesidad	Pacientes sin obesidad	Valor p^b
Satisfacción con mamas	25.9%	20%	31.3%	0.67
Satisfacción con el resultado	69.2%	100%	50%	0.009*
Bienestar psicosocial	80.8%	90%	75%	0.61
Bienestar sexual	56%	44.4%	62.5%	0.43
Bienestar físico	69.2%	50%	81.3%	0.19
Satisfacción con la información	65.4%	50%	75%	0.23
Satisfacción con pezones	61.5%	50%	75%	0.10
Satisfacción con el cirujano	84.6%	80%	87.5	0.63
Satisfacción con personal médico	88.5%	90%	87.5%	0.99
Satisfacción con el personal extra	80.8%	80%	81.3%	0.99

^b Exacta de Fisher, ^c X^2 de Pearson; * $p<0.05$

Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

El porcentaje de pacientes satisfechas con el resultado fue de 69.2% con una $p=0.009$. El mayor porcentaje de pacientes satisfechas se presentó en el bienestar psicosocial y en la satisfacción con el cirujano y personal médico, siendo de 80.8%, 84.6% y 88.5% respectivamente, con una $p > 0.1$.

En la tabla 3 se puede observar la correlación entre el IMC y la proporción de satisfacción para cada rubro evaluado en la escala BREAST-Q. Se observa una correlación lineal positiva moderada entre el IMC y la satisfacción con el resultado de 0.43 ($p=0.03$) y una correlación negativa baja con el bienestar físico de -0.35, aunque esta no es estadísticamente significativa ($p=0.08$).

Se observó una relación positiva y significativa entre la satisfacción de la información con el resto de los rubros evaluados de forma constante, se describe el coeficiente de correlación en la tabla 4.

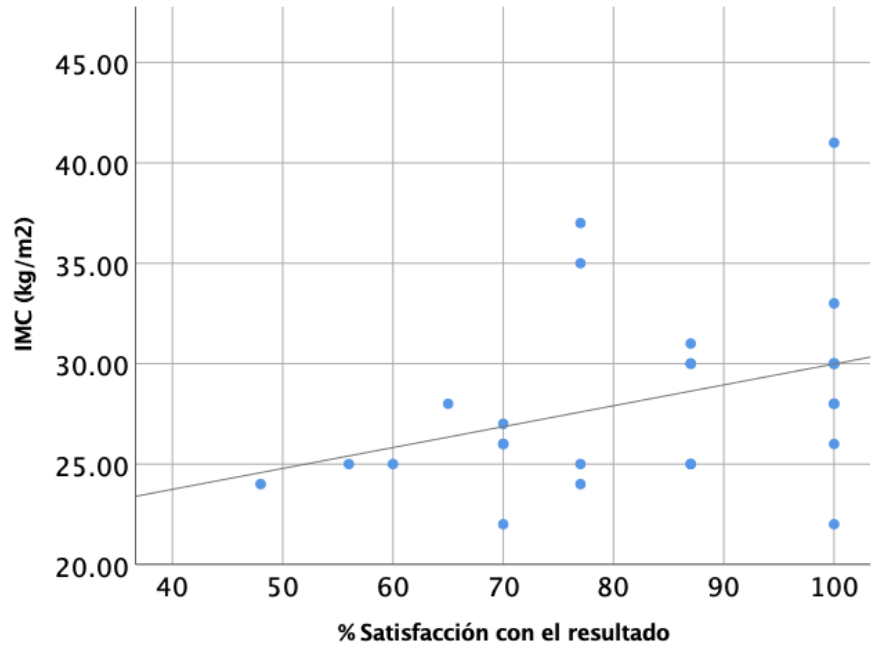
La edad no se correlacionó de forma lineal con ninguno de los rubros evaluados, se realizó el análisis por medio de coeficiente de correlación de Spearman y se obtuvieron valores de p por arriba de 0.1.

Tabla 3. Correlación del porcentaje de satisfacción y el IMC		
Rubro	IMC	Valor p^d
Satisfacción con mamas	0.16	0.43
Satisfacción con el resultado	0.43	0.03*
Bienestar psicosocial	0.15	0.47
Bienestar sexual	-0.1	0.68
Bienestar físico	-0.35	0.08
Satisfacción con la información	0.07	0.75
Satisfacción con pezones	-0.13	0.54
Satisfacción con el cirujano	0.12	0.56
Satisfacción con personal médico	0.12	0.58
Satisfacción con el personal extra	0.04	0.62
^d Coeficiente de correlación de Spearman; * $p < 0.05$		
Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca		

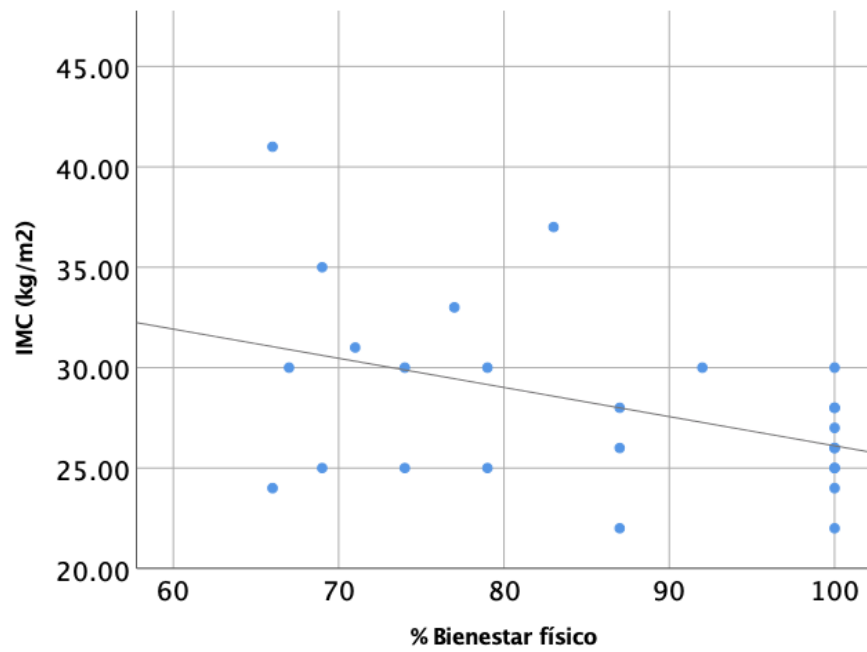
Tabla 4. Relación satisfacción con la información y el resto de los rubros

	Coefficiente de correlación*	Sig. (bilateral)	N
% Satisfacción con mamas	0.44	0.024	26
% Satisfacción con el resultado	0.305	0.129	26
% Bienestar psicosocial	0.458	0.019	26
% Bienestar sexual	0.534	0.006	25
% Bienestar físico	0.472	0.015	26
% Satisfacción con pezones	0.642	0.000	26
% Satisfacción con el cirujano	0.81	0.000	26
% Satisfacción con personal médico	0.563	0.003	26
% Satisfacción con el personal extra	0.59	0.002	26

**Coeficiente de correlación de Spearman; *p<0.05*



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca



Fuente: Expedientes clínicos del Centro Médico ISSEMyM Toluca

DISCUSIÓN

La cirugía de reducción mamaria puede mejorar la calidad de vida de las pacientes con macromastia, ya que alivia los síntomas que presentan, mejora su bienestar psicosocial y mejora su estatus funcional. El principal motivo por el que las pacientes solicitan una reducción mamaria es por los síntomas que presentan (ej., dolor en cuello, espalda, hombros, cefaleas, irritación cutánea en pliegues y marcaje del tirante del brasier) (19)

Cada año se ha visto mayor interés por conocer los resultados reportados por las pacientes que se someten a este tipo de cirugías. En México no existen estudios publicados en revistas de cirugía plástica que evalúen la satisfacción por parte de las pacientes, y en Latinoamérica son pocos los que se encuentran reportados en la literatura.(15)(21)

Como se mencionó previamente, existen diferentes instrumentos para conocer esta respuesta. Los instrumentos que analizan una enfermedad específica para evaluar resultados reportados por pacientes, a diferencia de otros instrumentos de investigación para enfermedades genéricas, como la Encuesta de Salud 36 o el EuroQol, que se utilizan para evaluar los cambios generales en los resultados informados por las pacientes a través de múltiples enfermedades, tienen el potencial de proporcionar datos reproducibles, específicos para un proceso patológico dado y es capaz de capturar los cambios con el tiempo.

El cuestionario BREAST-Q módulo de reducción proporciona dichos datos, y permite responder preguntas importantes en satisfacción de la paciente y calidad de vida. Sus múltiples módulos y dominios permiten a los investigadores responder comprensivamente a preguntas clínicas específicas para cirugías mamarias, para interés del estudio, en reducción mamaria. La metodología de puntuación estandarizada es simple de usar y permite comparaciones entre estudios. El cuestionario BREAST-Q ha mejorado significativamente nuestro entendimiento de los resultados reportados por pacientes en quienes se sometieron a alguna cirugía mamaria, y aunque ha proporcionado numerosos conocimientos importantes hasta la fecha, el creciente interés por los resultados reportados por las pacientes garantiza su uso continuo y la capacidad para fomentar nuevas innovaciones y estándares de manejo. (20)

Otros estudios han demostrado que las mujeres con macromastia sintomática que se sometieron a reducción mamaria informan mejoras significativas respecto al dolor y calidad de vida, a menudo a un nivel que es mejor que el de la población general. (19)

A pesar de no ser el objetivo de estudio, se realizó un análisis de las características demográficas de los sujetos de estudio para correlacionar las variables y complementar nuestro objetivo secundario. Solo se realizó correlación en edad e IMC. Por el tamaño de los grupos se decidió no realizar correlación entre la presencia de comorbilidad, tipo de incisión cutánea y peso de tejido mamario resecado, ya que no tendrían valor estadístico. Pero se reportaron de forma descriptiva.

En la población que estudiamos se incluyeron pacientes de 20 a 62 años de edad, por lo que diferimos en esta característica demográfica con estudios que analizan la calidad de vida en pacientes adolescentes operadas de reducción mamaria. La edad no demostró una correlación significativa en cuanto al porcentaje de satisfacción, ni con el resultado ni con el resto de los rubros estudiados. En estudios realizados por *Nuzzi y Krucoff* en pacientes jóvenes (hasta 24 años) y adolescentes, reportan que la calidad de vida se ve mejorada por décadas posterior a la cirugía. Comparado con la normativa, la reducción mamaria en pacientes jóvenes reporta mayor satisfacción con las mamas y con el bienestar sexual. (18)(26)

De las 26 pacientes intervenidas, en la mama derecha se registró un peso promedio de tejido resecado de 446.6 gr (DE 384.6), con un valor mínimo y máximo 20 gr y 1700 gr. En la mama izquierda se registró un peso promedio de tejido resecado de 457.6 gr (DE 343.3), con un valor mínimo y máximo 20 gr y 1455 gr. Son pocas series las que reportan el peso de tejido resecado. Una realizada por *Cogliandro*, con 414 pacientes reporta pesos promedio para mama derecha de 620.8gr y para la izquierda de 622.1 gr, tampoco hacen relación a este dato respecto a los resultados de satisfacción(27). Otro estudio, realizado por *Ngaage*, reporta que las pacientes con mayor tejido resecado fueron las pacientes que presentaban obesidad y en sus resultados notaron mayor satisfacción en ese grupo de pacientes, sin embargo, no utilizaron el cuestionario BREAST-Q, por lo que no se puede comparar con nuestro estudio. (28)(29)

En nuestra muestra se reportaron tres patrones de incisión cutánea, el más frecuente fue *T invertida* en el 88.5% de los procedimientos, seguido de vertical en el 7.7% y periareolar en el 3.8%. En la literatura no se describe el tipo de cirugía que se realizó en las pacientes, y si éste influye en el porcentaje de satisfacción.(28)(27)

Las comorbilidades que se presentaron en nuestra muestra fueron diabetes, hipertensión e hipotiroidismo. Las cuales se asemejan a otras muestras en la literatura. (29)

Respecto a las complicaciones, se registró alguna complicación en el 53.8% de los pacientes, siendo la dehiscencia parcial de herida la principal con el 26.9%. El resto de las complicaciones presentadas fueron hematoma en el 3.8%, necrosis parcial del complejo areola-pezones en el 11.54%, y presencia de orejas de perro con 11.54%. Según la clasificación de *Calvien-Dindo*, descrita por *Winter* (17), todas las complicaciones que se presentaron en nuestra muestra fueron de grado I, las cuales no requirieron ningún manejo adicional ni médico ni quirúrgico. En la literatura se reporta que las complicaciones ocurren en un 63%, la mayoría de estas no necesita nueva intervención, solo el 6% requirió revisión quirúrgica. (17)

En literatura más reciente, *Nuzzi* clasifica a las complicaciones por la severidad (menor y mayor) y por el tiempo (tempranas y tardías).(18) Nuestras complicaciones se encuentran en el grupo de menores tempranas, aunque respecto a esta clasificación se encontraron datos faltantes en los expedientes para verificar que presentaran complicaciones tardías, tales como disminución de sensibilidad en pezones, pezones invertidos, alteración en la pigmentación del pezón, cicatrización hipertrófica o queloides, *bottoming out*, quistes, crecimiento mamario postoperatorio o asimetría mamaria.

En nuestro estudio, se tomó como punto de corte para satisfacción un puntaje de 75% o mayor en cada rubro, en la satisfacción con mamas obtuvimos un puntaje bajo (25.9%), en el resultado de la cirugía un 69.2%, en los aspectos psicosocial, sexual y físico obtuvimos 80.8%, 56% y 69.2% respectivamente. La satisfacción con el cirujano y el resto del equipo fue de un 84.6%. En estudios con muestras más grandes, *Cogliandro* presentó un resultado de satisfacción con la apariencia de las mamas, bienestar psicosocial, sexual y físico por arriba del 70% y menor a 90%. (27)

Crittenden, en 2019 analiza los resultados pre y postoperatorios, compara los rubros de cuestionario y obtuvieron un resultado estadísticamente significativo en cuanto a mejora de los resultados. Demostraron que las pacientes con IMC de 30 kg/m² o mayor tuvieron un cambio mayor en el bienestar psicosocial, sexual y físico comparadas con las de IMC menor. (30). En nuestro análisis, se pudo observar una diferencia estadísticamente significativa en el porcentaje de satisfacción con el resultado entre las pacientes con y sin obesidad, siendo del 91.6% y 77.21%, respectivamente. El 100% las de pacientes con obesidad estuvieron satisfechas con el resultado, mientras que las pacientes sin obesidad solo el 50%. También se pudo observar una diferencia con el bienestar físico presentando un 77.8% en mujeres con obesidad y 90.56 % en aquellas sin obesidad. Se observa una correlación lineal positiva moderada entre el IMC y la satisfacción con el resultado de 0.43 (p=0.03) y una correlación negativa baja con el bienestar físico de -0.35, aunque esta no es estadísticamente significativa (p=0.08).

Un punto a destacar del análisis realizado en nuestro estudio es que se observó una relación positiva y significativa entre la satisfacción con la información recibida con el resto de los rubros evaluados de forma constante.

CONCLUSIONES

La cirugía de reducción mamaria es una cirugía que actualmente se considera estética, sin embargo, realmente es una cirugía reconstructiva. Ayuda a mejorar la calidad de vida de las pacientes que la solicitan, tanto en aspectos físicos, como en sexuales y psicosociales.

Al hacer la llamada telefónica con las pacientes de nuestro estudio, mostraron satisfacción por el hecho de interesarnos en su opinión respecto al resultado de la cirugía y su bienestar actual. Lo cual nos habla de la importancia de mantener un seguimiento estrecho con nuestras pacientes.

El porcentaje de pacientes satisfechas con el resultado fue bajo respecto a lo esperado. El mayor porcentaje de pacientes satisfechas se presentó en el bienestar psicosocial y en la satisfacción con el cirujano y personal médico.

Se pudo evidenciar el porcentaje de satisfacción con la información recibida previo a la cirugía se relaciona con mayor satisfacción con el resultado, inclusive sin importar que las pacientes perciban que el resultado del procedimiento quirúrgico no sea el óptimo. Por lo que, a manera de conclusión, es un punto importante el dar toda la información sobre el procedimiento a realizar, desde en que consta la cirugía, los beneficios que se podrán lograr y, más importante aún, los riesgos y complicaciones que puede tener, así como las secuelas que puede dejar la cirugía.

Otra conclusión es la relación que mostraron las pacientes con obesidad y la satisfacción con el resultado, el bienestar social, sexual y físico. Se observó que este grupo de pacientes mostraron mayor satisfacción respecto al grupo sin obesidad. Sin embargo, la obesidad es un factor de riesgo importante para las complicaciones que se pueden presentar durante y posterior a la cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Higdon JF and KK. Reduction Mammoplasty. Third. Vol. 5, Peter C. Nelligan, Plastic Surgery. New York: Elsevier; 2013. 152-164.e1. p.
2. Hall-Findlay EJ, Shestak KC. Breast Reduction. *Plast Reconstr Surg.* 2015;136(4):531e-544e.
3. Gaskin KM, Peoples GE, Mcghee DE. The Attachments of the Breast to the Chest Wall: A Dissection Study. *Plast Reconstr Surg.* 2020;11E-22E.
4. Ventura OD, Rosati R, Marino H, Marcello G. Suspensión dinámica de la mama: Recurso técnico para reactivar componentes de fijación y soporte mamario: *Cir Plast Ibero-Latinoamericana.* 2010;36(4):313–8.
5. Rehnke RD, Groening RM, Van Buskirk ER, Clarke JM. Anatomy of the superficial fascia system of the breast: A comprehensive theory of breast fascial anatomy. *Plast Reconstr Surg.* 2018;142(5):1135–44.
6. Hall-Findlay EJ. Pedicles in vertical breast reduction and mastopexy. *Clin Plast Surg.* 2002;29(3):379–91.
7. Greco R, Noone B. Evidence-Based Medicine: Reduction Mammoplasty. *Plast Reconstr Surg.* 2017;139(1):230e-239e.
8. Nuzzi LC, Pramanick T, Walsh LR, Firriolo JM, Massey GG, DiVasta AD, et al. Optimal Timing for Reduction Mammoplasty in Adolescents. *Plast Reconstr Surg.* 2020;146(6):1213–20.
9. Cerrato F, Webb ML, Rosen H, Nuzzi L, McCarty ER, DiVasta AD, et al. The impact of macromastia on adolescents: A cross-sectional study. *Pediatrics.* 2012;130(2).
10. Dancy A, Khan M, Dawson J, Peart F. Gigantomastia - a classification and review of the literature. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg.* 2008;61(5):493–502.
11. Wong C, Vucovich M, Rohrich R. Mastopexy and reduction mammoplasty pedicles and skin resection patterns. *Plast Reconstr Surg.* 2014;2(8):1–6.
12. Colohan SM, Massenburg BB, Gougoutas AJ. Breast Reduction: Surgical Techniques with an Emphasis on Evidence-Based Practice and Outcomes. *Plast Reconstr Surg.* 2020;339E-350E.
13. Hall-Findlay EJ. Vertical Breast Reduction. *Semin Plast Surg.* 2004;18(3):211–24.
14. Hammond DC, O'Connor EA, Knoll GM. The short-scar periareolar inferior pedicle

- reduction technique in severe mammary hypertrophy. *Plast Reconstr Surg*. 2015;135(1):34–40.
15. Danilla E S, Cuevas T P, Calderón G E, Vergara O JI, Soto V F, Erazo C C, et al. Influencia De La Apariencia De Las Mamas En La Calidad De Vida: Diferencias Entre Población Preoperatoria De Mamoplastía De Reducción Y Población Control. *Rev Chil cirugía*. 2014;66(2):142–5.
 16. Pinsolle V, Tierny C, Héron A, Reynaud P, Pélissier P. Unfavorable results of reduction mammoplasty: Causes, preventions and treatments. *Ann Chir Plast Esthet* [Internet]. 2019;64(5–6):575–82. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.anplas.2019.06.003>
 17. Winter R, Haug I, Lebo P, Grohmann M, Reischies FMJ, Cambiaso-Daniel J, et al. Standardizing the complication rate after breast reduction using the Clavien-Dindo classification. *Surg (United States)*. 2017;161(5):1430–5.
 18. Nuzzi LC, Firriolo JM, Pike CM, DiVasta AD, Labow BI. Complications and Quality of Life following Reduction Mammoplasty in Adolescents and Young Women. *Plast Reconstr Surg*. 2019;144(3):572–81.
 19. Mundy LR, Homa K, Klassen AF, Pusic AL, Kerrigan CL. Understanding the Health Burden of Macromastia: Normative Data for the BREAST-Q Reduction Module. *Plast Reconstr Surg*. 2017;139(4):846e-853e.
 20. Cohen WA, Mundy LR, Ballard TNS, Klassen A, Cano SJ, Browne J, et al. The BREAST-Q in surgical research: A review of the literature 2009-2015. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* [Internet]. 2016;69(2):149–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjps.2015.11.013>
 21. Cuevas T. P, Calderón G. M, Erazo C. C, Benítez S. S, Andrades C. P, Sepúlveda P. S, et al. Mamoplastía de reducción: Resultados desde la perspectiva del paciente. Validación lingüística y psicométrica del Breast Q Reduction and Mastopexy Module Instrument. *Rev Chil Cir*. 2013;65(2):146–9.
 22. Fuzesi S, Cano SJ, Klassen AF, Atisha D, Pusic AL, Kettering S, et al. Validation of the electronic version of the BREAST-Q in the army of women study. 2018;(June 2012):44–9.
 23. 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*.

2012;106(7):799–806.

24. Mustonen PK, Valtonen JP, Seta LP, Blom M. Can the efficacy of reduction mammoplasty be predicted? The applicability and predictive value of breast-related symptoms questionnaire in measuring breast-related. 2014;(June 2012):676–81.
25. Derby BM, Grotting JC, Redden DT. Vertical Sculpted Pillar Reduction Mammoplasty in 317 Patients: Technique, Complications, and BREAST-Q Outcomes. *Aesthetic Surg J*. 2016;36(4):417–30.
26. Krucoff KB, Carlson AR, Shamma RL, Mundy LR, Lee HJ, Georgiade GS. Breast-Related Quality of Life in Young Reduction Mammoplasty Patients: A Long-Term Follow-Up Using the BREAST-Q. *Plast Reconstr Surg*. 2019;144(5):743E-750E.
27. Cogliandro A, Barone M, Cassotta G, Tenna S, Cagli B, Persichetti P. Patient Satisfaction and Clinical Outcomes Following 414 Breast Reductions: Application of BREAST-Q. *Aesthetic Plast Surg*. 2017;41(2):245–9.
28. Ngaage LM, Bai J, Gebran S, Elegbede A, Ihenatu C, Nam AJ, et al. A 12-year review of patient-reported outcomes after reduction mammoplasty in patients with high body mass index. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(25):e16055.
29. Cabral IV, da Silva Garcia E, Sobrinho RN, Pinto NLL, Juliano Y, Veiga-Filho J, et al. Use of the BREAST-Q™ Survey in the Prospective Evaluation of Reduction Mammoplasty Outcomes. *Aesthetic Plast Surg*. 2018;42(2):388–95.
30. Crittenden TA, Watson DI, Ratcliffe J, Griffin PA, Dean NR. Outcomes of Breast Reduction Surgery Using the BREAST-Q: A Prospective Study and Comparison with Normative Data. *Plast Reconstr Surg*. 2019;144(5):1034–44.

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN MÉDICA

Nombre del paciente: _____ Fecha: _____

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica. Antes de decidir si participa o no, debe conocer y comprender cada uno de los siguientes apartados. Este proceso se conoce como consentimiento informado. Siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento, de la cual se le entregará una copia firmada y fechada.

TITULO DEL ESTUDIO: *PORCENTAJE DE SATISFACCIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDAS A CIRUGÍA DE REDUCCIÓN MAMARIA EN EL CENTRO MÉDICO ISSEMYM “ARTURO MONTIEL ROJAS”*

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: estamos interesados en conocer nuestros resultados desde la perspectiva de la paciente. Esto, con el fin de tener una idea objetiva de los puntos que debemos mejorar como equipo. Hasta el momento no se ha realizado algún estudio de esta índole en nuestra institución.

OBJETIVO DEL ESTUDIO: A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivos:

1. Medir el porcentaje de satisfacción postquirúrgica en pacientes sometidas a reducción mamaria en población derechohabiente al Centro Médico ISSEMyM “Arturo Montiel Rojas”
2. Identificar factores predictores de bajo nivel de satisfacción y bienestar en pacientes postoperadas de reducción mamaria en el Centro Médico ISSEMyM “Arturo Montiel Rojas”

BENEFICIOS DEL ESTUDIO: el estudio nos ayudara a conocer el porcentaje de satisfacción de las pacientes atendidas en el Centro Médico ISSEMyM “Arturo Montiel Rojas” por cirugía de reducción mamaria, así podremos tener una evaluación objetiva del resultado del trabajo realizado por el equipo de cirugía plástica de dicha institución.

PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO: En caso de aceptar participar en el estudio se le enviará un correo electrónico con un cuestionario que deberá contestar y posteriormente regresarlo vía electrónica para su evaluación.

RIESGOS ASOCIADOS CON EL ESTUDIO: al no ser un estudio experimental no existen riesgos físicos.

ACLARACIONES

- a. Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- b. No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- c. Si decide participar es su total responsabilidad las complicaciones derivadas de este estudio al firmar este consentimiento, además podrá retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- d. No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- e. No recibirá pago por su participación.
- f. La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- g. Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Testigo 1 (Nombre, parentesco, dirección y firma)

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado al Sr(a). _____ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

Dudas y aclaraciones: Dra. Claudia Marina Estrada Chávez, Av Baja Velocidad 284, San Jeronimo Chicahualco, 52170 Metepec, Méx. Telefonos: 01 722 275 6300 ext.1061317

ANEXO 2

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

PACIENTE No. _____

NOMBRE: _____

EDAD: _____

PESO: _____

TALLA: _____

IMC: _____

Fecha de cirugía	
Cirujano	
Volumen mamario calculado PRE	
Tipo de incisión cutánea	
Peso de tejido mamario resecado	
Comorbilidades	
Complicaciones	

BREAST-Q™**MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0****ANEXO 3**

Las siguientes preguntas están en relación a sus mamas y su cirugía. Después de leer cada pregunta, encierre en un círculo el número que mejor describa su situación. Si no está seguro de como contestar una pregunta, elija la respuesta que más se acerca a como se siente. Por favor responda todas las preguntas.

1. En relación a sus mamas, durante las últimas 2 semanas, ¿Qué tan satisfecha o insatisfecha ha estado con?

	Muy insatisfecha	Algo insatisfecha	Algo satisfecha	Muy satisfecha
a. ¿Cómo se ven sus mamas estando vestida?	1	2	3	4
b. ¿Cómo coincide tamaño de sus mamas en relación al resto del cuerpo?	1	2	3	4
c. ¿El tamaño de sus mamas?	1	2	3	4
d. ¿La forma de sus mamas cuando esta usando sostén?	1	2	3	4
e. ¿Qué tan parecidas en tamaño son sus mamas entre si?	1	2	3	4
f. ¿Qué tan cómoda se siente con su sostén puesto?	1	2	3	4
g. ¿La forma de sus mamas cuando NO está usando sostenes?	1	2	3	4
h. ¿Cómo se ve frente al espejo <u>estando vestida</u> ?	1	2	3	4
i. ¿Cómo caen sus mamas en su tórax (pecho)?	1	2	3	4
j. ¿Qué tan normales se ven sus mamas?	1	2	3	4
k. ¿La ubicación de sus cicatrices?	1	2	3	4
l. ¿Cómo se ven sus cicatrices?	1	2	3	4
m. ¿Cómo se ve en el espejo estando desnuda?	1	2	3	4

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

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

2. ¿Nos gustaría saber cómo se siente con los resultados de su cirugía mamaria?

Por favor indique que tan de acuerdo o en desacuerdo esta con las siguientes afirmaciones:

	Desacuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Totalmente De Acuerdo
a. Realizarme la cirugía fue una decisión correcta para mi.	1	2	3
b. Le recomendaría a otras mujeres en mi situación que se realice una reducción mamaria.	1	2	3
c. Lo haría de nuevo.	1	2	3
d. En general, la cirugía fue una buena experiencia.	1	2	3
e. Realizarme la cirugía cambió mi vida para mejor.	1	2	3
f. No me arrepiento de haberme operado.	1	2	3
g. El resultado cumplió totalmente con mis expectativas.	1	2	3
h. Quede exactamente como quería	1	2	3

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

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

3. En relación a sus mamas, en las últimas 2 semanas, ¿Con que frecuencia se ha sentido de la siguiente forma?

	Nunca	Poca parte del tiempo	Parte del tiempo	La mayor parte del tiempo	Todo el tiempo
a. ¿Segura de si misma en un evento social?	1	2	3	4	5
b. ¿Al mismo nivel que las otras mujeres?	1	2	3	4	5
c. ¿Bien acerca de si misma?	1	2	3	4	5
d. ¿Segura de sí misma?	1	2	3	4	5
e. ¿Segura de sí misma estando vestida?	1	2	3	4	5
f. ¿ Que acepta su cuerpo?	1	2	3	4	5
g. ¿Que su apariencia coincide con su forma de ser?	1	2	3	4	5
h. ¿Segura de sí misma respecto a su cuerpo?	1	2	3	4	5
i. ¿Atractiva?	1	2	3	4	5

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

4. En relación a su sexualidad, desde su reducción mamaria, en general con qué frecuencia se siente:

	Nunca	Poca parte del tiempo	Parte del tiempo	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo	No Corresponde
a. ¿Cómoda /relajada durante las relaciones sexuales?	1	2	3	4	5	N/C
b. ¿Segura sexualmente?	1	2	3	4	5	N/C
c. ¿Satisfecha con su vida sexual?	1	2	3	4	5	N/C
d. ¿Sexualmente atractiva estando vestida?	1	2	3	4	5	N/C
e. ¿Sexy estando desnuda?	1	2	3	4	5	N/C

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

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

5. ¿En las últimas 2 semanas, con qué frecuencia ha presentado?

	Nunca	Poca parte del tiempo	Parte del tiempo	La mayoría del tiempo	Todo el tiempo
a. ¿Dolores de cabeza?	1	2	3	4	5
b. ¿Dolor en la zona de sus mamas?	1	2	3	4	5
c. ¿ Falta de energia?	1	2	3	4	5
d. ¿Dificultad al hacer actividad física intensa (ejm. Correr o ejercitarse)?	1	2	3	4	5
e. ¿ Sentirse físicamente desequilibrado?	1	2	3	4	5
f. ¿ Dolor de hombro?	1	2	3	4	5
g. ¿Dificultad al dormir por incomodidad en la zona de sus mamas?	1	2	3	4	5
h. ¿Dolor de cuello?	1	2	3	4	5
i. ¿Erosiones o marcas dolorosas en sus hombros por los tirantes de los sostenes?	1	2	3	4	5
j. ¿Se ha sentido físicamente incómoda?	1	2	3	4	5
k. Irritación (enrojecimiento o sarpullido) debajo de sus mamas?	1	2	3	4	5
l. Dolor de espalda?	1	2	3	4	5
m. Dolor de brazo?	1	2	3	4	5
n. Dolor, adormecimiento,hormigueo en sus manos debido al tamaño de sus mamas?	1	2	3	4	5

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

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

6. ¿Qué tan satisfecha o insatisfecha se encuentra con la información recibida por parte de su cirujano sobre?

	Muy Insatisfecha	Algo Insatisfecha	Algo Satisfecha	Muy Satisfecha
a. ¿En que consistía la cirugía?	1	2	3	4
b. ¿Posibles complicaciones?	1	2	3	4
c. ¿Curación y tiempo de recuperación?	1	2	3	4
d. ¿Cómo elegir el tamaño de la mama que concuerda con sus expectativas?	1	2	3	4
e. ¿La potencial pérdida de sensibilidad de sus pezones?	1	2	3	4
f. ¿El tamaño que usted puede esperar de sus mamas después de la cirugía?	1	2	3	4
g. ¿Pérdida potencial de irrigación en la zona del pezón?	1	2	3	4
h. ¿Cómo cuidar sus heridas después de la cirugía?	1	2	3	4
i. ¿Qué podía esperar del aspecto de sus mamas después de la cirugía?	1	2	3	4
j. ¿Cómo se verían las cicatrices?	1	2	3	4
k. ¿Como la cirugía podría afectar la detección del cáncer de mama?(ej mamografía, auto-examen)?	1	2	3	4
l. ¿Opciones para ayudar a la cicatrización?	1	2	3	4
m. Como la cirugía podría afectar la lactancia materna? (Responder sólo si corresponde)	1	2	3	4

7. En las últimas 2 semanas, que tan satisfecha o insatisfecha estuvo con:

	Muy Insatisfecha	Algo Insatisfecha	Algo Satisfecha	Muy Satisfecha
a. ¿Qué tan alto o bajo están sus pezones en sus mamas?	1	2	3	4
b. ¿Qué tan alineados están sus pezones entre sí?	1	2	3	4
c. ¿La forma de sus pezones y areolas?	1	2	3	4
d. ¿Cómo se ven sus pezones y areolas?	1	2	3	4
e. ¿El nivel de sensibilidad en sus pezones?	1	2	3	4

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

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

8. Estas preguntas son sobre su cirujano plástico. ¿Sintió usted que él / ella?

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
a. ¿ Era competente?	1	2	3	4
b. ¿Le daba confianza?	1	2	3	4
c. ¿La involucro en el proceso de toma de decisiones?	1	2	3	4
d. ¿Era tranquilizador?	1	2	3	4
e. ¿Respondió todas sus preguntas?	1	2	3	4
f. ¿La hizo sentir cómoda?	1	2	3	4
g. ¿ Era cuidadoso?	1	2	3	4
h. ¿ Era fácil comunicarse con el?	1	2	3	4
i. ¿Entendió lo que usted quería?	1	2	3	4
j. ¿Era sensible?	1	2	3	4
k. ¿Se dio tiempo para responder sus dudas?	1	2	3	4
l. ¿Estaba disponible cuando usted tenía dudas?	1	2	3	4

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

BREAST-Q™
MODULO REDUCCION / MASTOPEXIA (POST OPERATORIO) 1.0

9. Estas preguntas se refieren a otros miembros del equipo médico distintos a su cirujano(ej enfermeras, otros médico que la vieron después de su cirugía). ¿Usted sintió que ellos?:

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
a. ¿Eran profesionales?	1	2	3	4
b. ¿ La trataron con respeto?	1	2	3	4
c. ¿Demostraban conocimiento?	1	2	3	4
d. ¿Fueron amigables y amables ?	1	2	3	4
e. ¿La hicieron sentir cómoda?	1	2	3	4
f. ¿Fueron cuidadosos?	1	2	3	4
g. ¿Se dieron tiempo para sus preocupaciones o dudas?	1	2	3	4

10. Estas preguntas se refieren a otros miembros del equipo clínico (ej secretarias, enfermeras). ¿Usted sintió que ellos?

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en Desacuerdo	Parcialmente de Acuerdo	Totalmente de Acuerdo
a. ¿ Fueron profesionales?	1	2	3	4
b. ¿La trataron con respeto ?	1	2	3	4
c. ¿Demostraron conocimiento?	1	2	3	4
d. ¿ Fueron amigables y amables?	1	2	3	4
e. ¿La hicieron sentir cómoda?	1	2	3	4
f. ¿ Fueron cuidadosos ?	1	2	3	4
g. ¿Se dieron tiempo para sus preocupaciones o dudas?	1	2	3	4

Por favor asegúrese de haber contestado todas las preguntas.

BREAST-Q™ © Memorial Sloan-Kettering Cancer Center and The University of British Columbia, 2006, All rights reserved