

ORIGINAL

Calidad de vida en mamoplastia de reducción

F. L. González Caballero, S. Álvarez¹, M. I. Correa², J. L. Amaya²

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

¹Servicio de Psicología Clínica del Equipo de Salud Mental. Llerena, Badajoz.

²Unidad de Mama. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

RESUMEN

Objetivo: En nuestro estudio medimos la calidad de vida en un grupo de mujeres con hipertrofia mamaria que se encuentran en lista de espera quirúrgica para someterse a una mamoplastia de reducción, así como en otro grupo de pacientes donde ya se ha llevado a cabo esta intervención, en nuestro Servicio de Cirugía entre los años 2000-2005.

Pacientes y métodos: Estudio observacional de tipo descriptivo y transversal.

Utilizamos dos cuestionarios validados como son el *Short Form 36* (SF-36) y *Beck Depresión Inventory* (BDI), así como un cuestionario propio de signos y síntomas físicos más específicos de la hipertrofia mamaria. Estas pruebas objetivas fueron administradas a 53 pacientes sometidas a una mamoplastia de reducción y a 17 que se encontraban en lista de espera en el momento de realizar el estudio.

Resultados: Las mujeres intervenidas obtuvieron una puntuación mayor en el SF-36 que las que se encontraban en lista de espera ($82,06 \pm 21,4$ operadas vs. $72,12 \pm 13,54$ lista de espera). La mayoría de las pacientes intervenidas vieron cumplidas sus expectativas con respecto a la intervención (81,1%). Los síntomas físicos en las pacientes operadas están muy disminuidos con respecto a los que se presentan en el grupo de las no operadas con hipertrofia mamaria.

Conclusiones: Las mujeres operadas demuestran disfrutar de mayor calidad de vida. La mamoplastia de reducción es una intervención que reporta gran satisfacción a las pacientes que se someten a ella. Los síntomas derivados de la hipertrofia mamaria, sobre todo físicos, fueron menos frecuentes en el grupo de las pacientes operadas. Los cuestionarios de calidad de vida son una herramienta muy útil para nuestra práctica clínica habitual.

Palabras clave: Calidad de vida. Hipertrofia mamaria. Mamoplastia de reducción. Cuestionarios de calidad de vida.

Recibido: 28-08-07.

Aceptado: 20-12-07.

Correspondencia: Francisco Luis González Caballero. C/ Manuel Saldaña, 4, 5º G. 06010 Badajoz. e-mail: pacojoz@gmail.com

SUMMARY

Objective: In our study we measured the quality of life in a group of women with mammary hypertrophy who are in surgical waiting list to surrender to a reduction mammoplasty, and in another group of patients already operated with reduction mammoplasty in our Service of Surgery between the years 2000-2005.

Patients and methods: We used two validated questionnaires like the Short Form 36 (SF-36) and Beck Depression Inventory (BDI), as well as an own questionnaire of signs and more specific physical symptoms of the mammary hypertrophy. These tests were administered to 53 patients submitted to a reduction mammoplasty and to 17 women who were in waiting-list for reduction mammoplasty in the moment to realize the study.

Results: The operated on women obtained a major punctuation in the SF-36 that those who were in waiting-list [$82,06 \pm 21,4$ operated on ones vs $72,12 \pm 13,54$ waiting-list]. The majority of the operated on patients saw her expectations fulfilled with regard to the intervention (81,1 %). The physical symptoms in the operated on patients are very diminished with regard to those who appear in the group of the not operated on ones with mammary hypertrophy.

Conclusions: The operated on women demonstrate to enjoy major quality of life. The reduction mammoplasty is an intervention that reports great satisfaction to the patients who surrender to it. The symptoms resulting from breast hypertrophy, especially physical, were less frequent until almost disappear in the group operated questionnaires of quality of life are a very useful tool for our clinical habitual practice.

Key words: Quality of life. Mammary hypertrophy. Reduction mammoplasty. Questionnaires of quality of life.

INTRODUCCIÓN

Muchas veces se ha supuesto que existe en los cirujanos una falta de sensibilidad, psicología o afectividad con nuestros pacientes por centrarnos sólo y exclusivamente en el procedimiento patológico-quirúrgico. Esta situación nos ha animado a revisar nuestra experiencia en una patología que

precisamente engloba una esfera psicosocial tan importante como es la hipertrofia mamaria. Las mamas, aparte de ser tenidas en cuenta por su función procreadora, en los últimos tiempos han cobrado una mayor relevancia para el atractivo personal de la mujer porque cumplen también una función de integración social.

Las mujeres con hipertrofia mamaria manifiestan importantes y variadas secuelas tanto físicas como psíquicas (1,2) y esto conlleva a que los criterios para realizar una mamoplastia de reducción tanto estrictamente estéticos, médicamente necesarios (o ambos) no estén del todo establecidos.

La calidad de vida según la OMS (3) abarca un concepto muy amplio y está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. Esta valoración de la calidad de vida de nuestros pacientes ha comenzado a incluirse en el modelo de salud actual y ha llevado al profesional sanitario a tener más en cuenta la vivencia subjetiva del paciente, involucrándole más en su enfermedad y resultados terapéuticos. Para hacer esto posible y medir la calidad de vida del paciente, se emplean instrumentos objetivos tales como cuestionarios o test que nos ayudan a planificar nuestras futuras actuaciones médicas (4).

Así, los objetivos de nuestro estudio son analizar la utilización de cuestionarios para cuantificar la pérdida de salud a nivel global por la hipertrofia mamaria y la valoración del perfil clínico y psicosocial de la paciente con hipertrofia mamaria y de la paciente que ya ha sido intervenida por esta patología.

PACIENTES Y MÉTODOS

Realizamos un estudio de observación, de tipo descriptivo. Analizamos a 53 pacientes sometidas a mamoplastia de reducción en nuestro Servicio desde el año 2000 hasta el 2005, así como 17 pacientes que se encontraban en lista de espera quirúrgica durante los meses de diciembre-enero del 2005-2006.

Las técnicas quirúrgicas de mamoplastia de reducción empleadas fueron dos, la técnica de la pelota (5) y la técnica de Pitanguy (6).

Las candidatas respondieron al cuestionario de forma telefónica. A todas se les informó del objetivo del estudio y se les garantizó su confidencialidad. Incluimos a todas las pacientes candidatas a mamoplastia de reducción; a las que ya habían sido intervenidas, sin encontrarse estas últimas estratificadas por periodo de seguimiento al tratarse de un estudio transversal pero abarcando de forma global entre un periodo máximo de 4,5 años y mínimo de 6 meses después de la intervención.

Se excluyeron las pacientes con incapacidad para comprender o responder los cuestionarios y a las que ya habían sido intervenidas previamente de patología mamaria.

Empleamos los siguientes cuestionarios: SF-36 (*Short Form*) (7,8). Este cuestionario evalúa el nivel de calidad de

vida relacionada con la salud. Consta de 36 ítems que se agrupan en 8 subescalas: funcionamiento físico, dolor, salud general, vitalidad, funcionamiento social, rol emocional y salud mental. No existen puntos de corte por lo que a una mayor puntuación, mayor calidad de vida. Otro cuestionario fue el BDI (9,10) (*Beck depression inventory*) que valora el estado de ánimo, pesimismo, sentimientos de fracaso, insatisfacción, sentimientos de culpa y castigo, odio hacia sí mismo, autoacusación, impulso suicida, llanto, irritabilidad, aislamiento social, indecisión, imagen corporal, capacidad laboral, sueño, cansancio, apetito, hipocondría y libido. El punto de corte en este cuestionario se encuentra en 11. Esta puntuación indicaría una sintomatología depresiva leve. Un tercer cuestionario no validado de sintomatología física que incluía los siguientes ítems: dolor de hombros, surcos en los hombros, dolor de espalda, dolor de cuello, dolor mamario, intertrigo, cefalea, dolor/parestesia en la mano con una escala *likert* de 0 a 5 (0: ausencia, 1: leve, 2: moderado, 3: fuerte, 4: extenuante, 5: insoportable), fue también contestado por las pacientes. Se recogieron también otras variables como la edad, antecedentes familiares y personales, hábito tabáquico, informe de traumatología, talla de la copa, IMC, efecto del tamaño y peso de la mama (en postura, sueño, elección de ropa, relaciones sexuales, capacidad de trabajo,...), información preoperatoria, incertidumbre y miedo a los errores médicos.

Los datos obtenidos fueron procesados por el programa estadístico SPSS 11 y se utilizaron test estadísticos de tipo descriptivo tales como media, desviación típica y porcentajes.

RESULTADOS

La edad media de las mujeres operadas del estudio fue de $39,8 \pm 10,3$ años y la de las mujeres en lista de espera fue de $36,8 \pm 11,31$. El IMC resultante de las operadas fue de $31,21 \pm 21,66$ y las del grupo en lista de espera de $27,10 \pm 7,67$. La talla de copa fue de $97,8 \pm 4,8$ para las operadas y de $109,3 \pm 9,43$ en lista de espera.

El tiempo de hospitalización fue de $4,93 \pm 2,11$ días.

La cantidad de tejido mamario extirpado en la mama derecha fue de $696,8 \pm 418,8$ gramos y de $715,5 \pm 425,3$ gramos en mama izquierda (Tabla I). La reducción fue bilateral en el 100% de las mujeres. La técnica quirúrgica empleada fue en un 71,4 % la de la pelota y en un 24,5% la de Pitanguy. No presentaron ningún tipo de complicación postoperatoria un 56,9% de las operadas, un 23,1% presentaron apertura de puntos, y en un 7,7% supuración de la herida. Existía valoración previa por parte del traumatólogo en un 60% de los casos.

Esfera psicosocial

En cuanto a las puntuaciones obtenidas en el SF-36 (Tabla II), el grupo de las que habían sido operadas obtuvo $82,06 \pm 21,4$; y $72,12 \pm 13,54$ las no operadas. Las

Tabla I. Resultados globales de la serie

	Media Casos	Media grupo en lista de espera
Edad (años)	39,8 ± 10,3	36,8 ± 11,31
Talla copa	97,8 ± 4,8	109,3 ± 9,43
IMC	31,21 ± 21,66	27,10 ± 7,67
Tiempo de hospitalización (días)	4,93 ± 2,11	
Tejido extirpado mama derecha (g)	696,8 ± 418,8	
Tejido extirpado mama izquierda (g)	715,5 ± 425,3	

mayores diferencias con respecto a las puntuaciones de ambos grupos fueron para las dimensiones “Rol físico” (6,21 ± 2,69 operadas; 2,71 ± 1,53 no operadas) y “Dolor” (69,8 ± 4,8 operadas; 4,53 ± 2,50 no operadas) aunque en el resto de las subescalas también obtuvieron mayor puntuación el grupo de las operadas.

Tabla II. Resultados más representativos del cuestionario SF-36

Test	Media casos	Media grupo en lista de espera
SF-36	82,06 ± 21,4	72,12 ± 13,54
Escala FF	17,4 ± 3,72	14,82 ± 3,06
Escala RF	6,21 ± 2,69	2,71 ± 1,53
Escala D	69,8 ± 4,8	4,53 ± 2,50
Escala V	13,4 ± 4,66	11,53 ± 2,74
Escala FS	6,26 ± 2,44	5,88 ± 1,83
Escala RE	2,42 ± 1,13	2,35 ± 1,22
Escala SM	18,3 ± 5,81	16,53 ± 4,11
Escala SG	14,68 ± 4,01	13,76 ± 3,09

FF: funcionamiento físico; RF: rol físico; D: dolor. V: vitalidad; FS: funcionamiento social; RE: rol emocional; SM: salud mental; SG: salud general.

Las puntuaciones del BDI (Tabla III) para las operadas fueron de 6,9 ± 6,9 y para las no operadas 9,12 ± 6,63. Al tener en cuenta algunos ítems específicos del BDI, obtenemos que un 78,4% de las operadas declararon poder trabajar tan bien como antes frente a un 47,1% de las no operadas. En cuanto al estado de ánimo un 26,1% de las operadas declararon sentirse algo tristes y deprimidas frente a un 41,2% de las no operadas. Asimismo, en relación a la calidad del sueño, dormían tan bien como antes un 78,4% de las operadas y un 52,9% de las no operadas. Un 23,5% de las no operadas refirieron estar menos interesadas por el sexo que antes frente a un 7,8% de las operadas.

En cuanto a los parámetros de satisfacción un 96,2% creen satisfactoria la información médica recibida y un 90,6% recomendarían la intervención a una amiga. Un 92,5% de las pacientes aseguraron que volverían a operarse y vieron sus expectativas cumplidas con la operación en un 81,1%. Un 83% creen que el tamaño y la forma de sus mamas son adecuados tras la operación y que son blandas al tacto un 75,5%.

Tabla III. Resultados más representativos del cuestionario BDI

Variables	Media no operadas	Media operadas
	9,12 ± 6,63	6,9 ± 6,9
Trabajar tan bien como antes	47,1%	78,4%
Estado de ánimo triste	41,2%	26,1%
Dormir tan bien como antes	52,9%	78,4%
Menos interés por el sexo	23,5%	7,8%

Esfera física

En cuanto a la frecuencia de síntomas presentados en ambos grupos encontramos, que el dolor de hombros moderado fue referido por un 47,7% de las mujeres no operadas frente a un 5,7% de las mujeres operadas; el dolor de espalda fuerte en un 35,3% de las no operadas frente a un 3,8% de las operadas; los surcos en hombros por el sujetador están presentes en un 88,2% de las no operadas y ausente en un 67,9% de las operadas. Refirieron ausencia de intertrigo en un 83% de las operadas frente a un 47% de las no operadas. Manifestaron tener cefaleas un 64,7% de las no operadas frente a un 37,7% de las operadas. Tenían una postura inclinada el 82,4% de las no operadas y la mantenían inclinada un 13,2% de las operadas.

DISCUSIÓN

No encontramos en nuestra revisión pacientes que se sometían a esta intervención por encima de los 50 años de edad.

Las pacientes operadas, al contrario de lo presentado en otras publicaciones (11) presentan sobrepeso. Las pacientes que están en lista de espera son pacientes con sobrepeso también, hecho que pudiera influir en todos los parámetros relacionados con su patología, aunque según otros autores el sobrepeso no ha impedido que se beneficien de los resultados de la reducción las pacientes operadas (12). Esta cuestión nos ha llevado a pensar que para las intervenciones futuras de mamoplastia de reducción en pacientes con sobrepeso, sería interesante establecer un periodo previo a la cirugía de pérdida de peso tras el cual se reevaluaría de nuevo la situación para ver si hay mejoría y se podría establecer mejor la implicación de la obesidad en toda esta patología.

Asimismo, se obtiene una disminución sustancial de la talla de la copa al extirpar algo menos de un kilo por mama y es una intervención que requiere poca estancia hospitalaria.

Según muestran las puntuaciones medias del BDI, en ninguno de los dos grupos se manifiesta sintomatología depresiva, aunque se observa como la puntuación en las mujeres operadas era menor que las no operadas, lo que

indicaría que las mujeres intervenidas presentan menor patología afectiva, como indican otros autores (13).

Las mujeres operadas obtuvieron puntuaciones mayores en el test SF-36 por lo que disfrutaban de mayor calidad de vida a nivel global, y fundamentalmente en relación a ítems específicos como el rol físico y el dolor, en consonancia a lo descrito ampliamente en la bibliografía por otros autores (14-17). Esto indicaría que estas pacientes pueden desarrollar mucho mejor sus actividades físicas cotidianas, así como el trabajo, y tienen mucho menos dolor que las no operadas.

El informe del traumatólogo no es determinante para indicar exclusivamente la operación (debido a patología osteomuscular) pues sólo se requirió en poco más de la mitad de las pacientes operadas. Ante las preguntas relacionadas con los síntomas físicos como dolor de hombros, dolor de espalda, los surcos en hombros por el sujetador e intertrigo las diferencias entre el grupo de las operadas y no operadas son muy evidentes, viendo ampliamente como las operadas disfrutaban de muchos mejores parámetros de calidad de vida a nivel físico, incluso en las cefaleas. Este hecho también aparece confirmado en otros estudios (18-20). Por lo general, las pacientes operadas no adoptan determinadas actitudes posturales viciadas que sí refieren las mujeres no operadas.

Hay una amplia satisfacción de las pacientes operadas en parámetros tales como "expectativas cumplidas con la operación, escogerla de nuevo o recomendarla a una amiga" como refieren otros autores (21). La mayoría de las pacientes refirieron estar contentas con respecto al nuevo tamaño, forma o tacto de sus mamas reducidos. En nuestra opinión es una intervención en la que se cumplen ampliamente las expectativas de las pacientes con unos resultados físicos y estéticos evidentes para ellas y que disfrutaban en muy poco tiempo después de la misma.

En cuanto a algunos ítems específicos del BDI también se aprecian cómo las pacientes operadas obtienen mejores puntuaciones disfrutando de mayor capacidad laboral y más interés por el sexo que las no operadas.

A la vista de los datos obtenidos podemos decir que la mayoría de las pacientes que se sometieron a una mamoplastia de reducción manifestaron no tener tantos síntomas físicos contrariamente a lo que pasaba en el grupo que demandaba la intervención; obteniendo asimismo mejores puntuaciones en escalas de calidad de vida.

Este estudio nos ha servido también para plantearnos hipótesis que puedan ser comprobadas con otro tipo de diseño (como un estudio pre-post con mayor tamaño muestral y mayor tiempo de seguimiento controlado).

Los cuestionarios de calidad de vida son una herramienta más y también importante que nos da mucha información de una forma controlable y científica sobre el bienestar del paciente y deberían incorporarse con cuestionarios específicos para cada patología en nuestra práctica clínica habitual, además de ayudarnos a detectar las múltiples variables tanto psicológicas como físicas que

pueden hacernos decidir si recomendamos o no este tipo de intervención a las pacientes que realmente se van a beneficiar de ella.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bruhlmann Y, Tschopp H. Breast reduction improves symptoms of macromastia and has a long-lasting effect. *Ann Plast Surg* 1998; 41 (3): 240-5.
2. Collins ED, Kerrigan CL, Kim M, Lowery JC, Striplin DT, Cunningham B, et al. The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia. *Plast Reconstr Surg* 2002; 109 (5): 1556-66.
3. Monés J. ¿Se puede medir la calidad de vida? ¿Cuál es su importancia? *Cirugía Española* 2004; 76 (2): 71-7.
4. Kerrigan CL. Discussion: Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115: 1032-3.
5. Rodrigo Cucalón MA, Vinue Melero FJ, Esarte Muniain J, Córdoba E, Rodrigo Vinue V. Experiencia de 20 años con la técnica personal de la pelota para reducción mamaria. *Cir Plast Ibero-Latinoamericana* 1999; 25 (4): 341-6.
6. Pitanguy I. Surgical treatment of breast hypertrophy. *Br J Plast Surg* 1967; 20: 78-85.
7. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, Rebollo P, Permanyer-Miralda G, Quintana JM, et al. The Spanish version of the Short Form 36 Health Survey: A decade of experience and new developments. *Gac Sanit* 2005; 19 (2): 91-2.
8. Alonso J, Prieto L, Antó JM. The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): An instrument for measuring clinical results *Med Clin (Barc)* 1995; 104 (20): 771-6.
9. Azocar F, Areán P, Miranda J, Muñoz RF. Differential item functioning in a Spanish translation of the Beck Depression Inventory. *J Clin Psychol* 2001; 57 (3): 355.
10. Bonicatto S, Dew AM, Soria JJ. Analysis of the psychometric properties of the Spanish version of the Beck Depression Inventory in Argentina. *Psychiatry Res* 1998; 79 (3): 277.
11. Gamboa-Bobadilla GM, Killingsworth C. Large-volume reduction mammoplasty: The effect of body mass index on postoperative complications. *Ann Plast Surg* 2007; 58 (3): 246-9.
12. Wagner DS, Alfonso DR. The influence of obesity and volume of resection on success in reduction mammoplasty: An outcomes study. *Plast Reconstr Surg* 2005; 115 (4): 1034-8.
13. Benditte-Klepetko H, Leisser V, Paternostro-Sluga T, Rakos M, Trattng S, Helbich T, et al. Hypertrophy of the breast: a problem of beauty or health? *J Womens Health (Larchmt)* 2007; 16 (7): 1062-9.
14. Mizgala CL, Mackenzie KM. Breast reduction outcome study. *Ann Plast Surg* 2000; 44: 125-33.
15. Suoza F, Guthrie E, Bradbury E, Brain AN. Psychosocial outcome and patient satisfaction following breast reduction surgery. *Br J Plast Surg* 1999; 52: 198-204.
16. O'Blencs CA, Delbridge CL, Miller BJ, Pantelis A, Morris SF. Prospective study of outcomes after reduction mammoplasty: Long-term follow-up. *Plast Reconstr Surg* 2006; 117 (2): 351-8.
17. Freire M, Neto MS, Garcia EB, Quaresma MR, Ferreira LM. Quality of life after reduction mammoplasty. *Scand J Plast Reconstr Surg Hand Surg* 2004; 38 (6): 335-9.
18. Hermans BJ, Boeckx WD, De Lorenzi F, van der Hulst RR. Quality of life after breast reduction. *Ann Plast Surg* 2005; 55 (3): 227-31.
19. Chadbourne EB, Zhang S, Gordon MJ, Ro EY, Ross SD, Schnur PL, et al. Clinical outcomes in reduction mammoplasty: A systematic review and meta-analysis of published studies. *Mayo Clin Proc* 2001; 76: 503-10.
20. Jones SA, Bain JR. Review of data describing outcomes that are used to assess changes in quality of life after reduction mammoplasty. *Plast Reconstr Surg* 2001; 108 (1): 62-7.
21. Koller M, Lorenz W. Survival of the quality of life concept. *Br J Surg* 2003; 90: 1175-7.