

Hipertrofia mamaria, ¿una deformidad estética? Cuándo debe sufragarse por la Seguridad Social

Breast hypertrophy. Aesthetic deformity or it must be included in the national health service



Rioja Torrejón, L.F.

Rioja Torrejón, L.F.*, Pedreño Guerao, F.***, Deza Rodríguez, P.***, Benítez Gumá, J.**, Cabrera, E.,***
Redondo Camacho, A.**, Haro Padilla, J.M.****

Resumen

La hipertrofia mamaria en las mujeres puede no sólo resultar un defecto estético, sino además funcional, dado que en muchas ocasiones supone la aparición de algias dorso-cervicales y otros trastornos. En relación con esta problemática realizamos un estudio sobre 76 mujeres que presentan hipertrofia mamaria y en las que analizamos una serie de parámetros tales como índice de masa corporal, peso de las mamas, talla de sujetador y escala de dolor, para aclarar si existe beneficio, fundamentalmente funcional, cuando se efectúa una mamoplastia reductora. El propósito de este estudio es valorar hasta qué punto es necesaria o no la corrección quirúrgica y qué casos deben ser atendidos quirúrgicamente en la Sanidad Pública. Del análisis estadístico se desprende fundamentalmente que resultan significativos: la disminución del dolor cervical, pasando de 5,3 preoperatoriamente a 2,3 postoperatoriamente, así como reducción del dolor mamario de 4,7 a 3,1 una vez realizada la intervención quirúrgica, en una escala de 0 a 10. Además se detectó una disminución considerable de la incidencia de intertrigo en el surco submamario.

Las pacientes valoraron el cambio morfológico experimentado pasando de 2,7 a 7,2 en una escala de 0 a 10.

Se proponen finalmente en este artículo las condiciones que a nuestro juicio deberían presentar las hipertrofias mamarias para ser tratadas por el Sistema Público de Salud.

Palabras clave Hipertrofia mamaria. Mamoplastia de reducción.

Código numérico 521-5210

Abstract

Mammary hypertrophy in women can not only be an aesthetic, but also a functional defect, since it is a frequent cause of neck pain and it is also related to other symptoms.

Seventy-six patients with mammary hypertrophy were studied and different parameters were analyzed: BMI (body mass index), mammary weight, brassiere's size and VAS (visual analogy scale) of pain. These parameters were evaluated in order to clarify if after breast reduction surgery a real profit is obtained, mainly functional.

The aim of this study is to assess the gain of breast reduction and to determine which patients should be assisted (or included or treated) by the Public Health System

Statistical analysis revealed a neck pain reduction from 5.3 preoperatively to 2.3 postoperatively as well as a breast pain reduction from 4.7 before to 3.1 after surgery obtained in a 0 to 10. In addition, a decreased incidence of intertrigo in the submammary fold was observed.

Patients evaluated morphological changes (or effects) produced by surgery, reporting an average of 2.7 score preoperatively and 7.2 postoperatively, in a 0 to 10 scale. The authors also discuss about which conditions should represent an indication for mammary hypertrophy to be treated by the Public Health System.

Key words Mammary hypertrophy. Reduction mammoplasty.

Código numérico 524-5210

* Jefe de Servicio.

** Facultativo Especialista.

*** Médico Residente.

**** Jefe de Sección.

Introducción

La hipertrofia mamaria en la mujer es una entidad nosológica muy frecuente, y una parte muy importante de la población que la presenta va a demandar una solución, dados los problemas que origina. El exceso de volumen y por consiguiente de aumento del peso mamario va a ocasionar una serie de trastornos reflejados en síntomas y signos entre los que se pueden destacar los siguientes:

1. Dolor en columna vertebral, fundamentalmente cervical y dorsal, con irradiación frecuente a extremidades superiores. La mala postura que adoptan estas pacientes para ocultar su exceso de volumen mamario, agrava los dolores cérico-torácicos.

2. Dolor mamario y molestias, como consecuencia del exceso de peso que se ve acentuado durante la menstruación.

3. Intertrigo en el surco submamario, que se acentúa con el calor.

4. Aparición de surco, a menudo doloroso, en la región clavicular, consecuencia de la presión que ejerce el tirante del sujetador.

A toda esta sintomatología hay que añadir los trastornos psíquicos originados por la fobia dismórfica, que en un alto número de casos condicionará la vida de estas pacientes; aunque este último punto no es el objetivo primordial de este trabajo, sí que es necesario tenerlo en cuenta de forma permanente (1-6).

La demanda de solución a estos problemas por parte de las pacientes está llegando a constituir un grave problema de colapso para los Servicios de Cirugía Plástica de la Sanidad Pública en España, sin que se esté dando una solución, previo estudio a este problema; esto se traduce en la consiguiente acumulación en las listas de espera sin que exista, por lo general un criterio uniforme en todo el Estado Español, lo que está conduciendo a que una parte considerable del tratamiento de este proceso lo estén realizando especialistas quirúrgicos no cualificados con las consecuencias lamentablemente esperadas.

El motivo del presente estudio es analizar los parámetros de dolor y comprobar si el tratamiento quirúrgico reductor tiene eficacia; estudiando también otros parámetros tales como: aparición de intertrigo, surco clavicular del sujetador, grado de sobrepeso, etc. Una vez analizados los datos, el presente artículo pretende demostrar si el tratamiento quirúrgico es verdaderamente un mero tratamiento estético o por el contrario es eficaz para reducir o eliminar el dolor, el intertrigo, etc., lo que implicaría un aumento de la calidad de vida de las pacientes y por tanto debe incluirse en la cartera de prestaciones de los Servicios de Cirugía Plástica en los Hospitales Públicos.

Material y Método

Se estudian 76 mujeres con hipertrofia mamaria vistas en nuestro Servicio de forma consecutiva y sin ningún tipo de selección de las mismas, desde Abril de 1999 hasta Marzo de 2004. La edad media de las pacientes fue de $46,98 \pm 11,24$ años. (rango 18-73 a.). Todas ellas son remitidas por diferentes especialistas: cirujano general, ginecólogo, traumatólogo, rehabilitador, endocrinólogo y médico general, por presentar hipertrofia mamaria y al menos la presencia de dolor en región raquídea. Para el estudio se aceptan todas aquellas mujeres que presentan hipertrofia mamaria más dolor aunque un porcentaje muy elevado de las mismas tiene otra serie de signos añadidos, tales como surco marcado del sujetador en los hombros e intertrigo en región del surco submamario.

Estudio Preoperatorio: A todas las pacientes se las talló y pesó, calculándose el Índice de Masa Corporal ($IMC = \text{Peso en Kg.} / \text{altura en m}$) cuya media fue de 30,4 con rango de 22 a 43,1. Se midió la distancia desde el yúgulo esternal al pezón, considerándose como valor de referencia la distancia mayor en el caso de que existieran diferencias entre las mamas; la distancia media fue de 31,3 cm. con un amplio rango de 26 a 46 cm. Se registró la talla empleada de sujetador obteniéndose una talla media de 129,8 con rango de 115 a 145, y si el tirante de éste deja o no un surco en la región clavicular superior a 2 mm. Se consideraron también los antecedentes obstétricos y se registró la presencia de intertrigo en el surco submamario.

El dato que se consideró más importante para efectuar el presente estudio fue la valoración que realizaba la enferma sobre la intensidad del dolor, que si bien puede aparecer a distintos niveles, el más frecuentemente hallado fue el que se localizaba en la región cérico-dorsal y en las mamas. Por ello se hizo entrega a la paciente de una escala dividida del 0 al 10 para que marcara su nivel de dolor subjetivo, obteniéndose una media de 5,3 en la espalda y de 4,7 en las mamas. Se efectuó también una valoración de la percepción que la paciente tenía de sus mamas, empleándose también una escala de 0 a 10, resultando de media 2,7.

Estudio Intraoperatorio: En él se registraron los datos sobre la técnica quirúrgica empleada, considerando 4 tipos: Reducción mamaria con transporte del complejo areola-pezón mediante colgajo lateral, colgajo inferior, superior e injerto libre del complejo telo-areolar. Asimismo se registró el peso total extirpado de las dos mamas.

Resultados

La valoración de los resultados se realizó a los 6 meses de la intervención quirúrgica correctora, siempre por el mismo médico. Se registró la talla del nuevo sujetador, que pasó a tener una talla media de 100 (rango de 90 a 115) con una diferencia significativa con respecto a los valores preoperatorios. La distancia yúgulo – esternal al pezón fue de 23,3 con rango de 27 a 21 cm, con una disminución media de la distancia de 8 cm. En la escala de dolor cervico-dorsal, aparecen unos valores medios de 2,3 (rango de 1 a 4), diferencia asimismo significativa con respecto a la evaluación prequirúrgica. En cuanto al dolor mamario también se registró una disminución significativa y el intertrigo sufrió una drástica disminución postquirúrgica con un grado de alta significación estadística respecto al preoperatorio. Se registraron también las complicaciones surgidas, que aparecieron con mayor o menor gravedad en 25 pacientes, siendo la más frecuente la dehiscencia de sutura que se originó en 13 de ellas . En cuanto a la valoración que realizan las mujeres en la escala de autopercepción postoperatoria, fue de 7,2 (rango de 3 a 9) con significación estadística valorable. (Tabla I)

Estudio estadístico: Se analizan los datos mediante programa estadístico R – Sigma de Horus Hardware ®, mediante el estudio de la T de Student ; comparación de medias; prueba de Chi 2 y prueba de Kolmororov-Sminner.

Discusión

La Hipertrofia Mamaria constituye una entidad nosológica emergente y con alta prevalencia entre las mujeres, que ocasiona una problemática diversa constitutiva de este estudio. La polémica de qué pacientes deben ser intervenidas en un Hospital Público no está solucionada puesto que la diferenciación que hay que realizar entre aquellas pacientes cuya hipertrofia no origina patología añadida y las que sí, llega a ser en ocasiones de difícil valoración. Similares problemas acontecen con las Compañías de Seguro libre. Así Goldwyn en un editorial caricaturiza el absurdo de los criterios de exclusión de las compañías de seguro americanas para este tipo de pacientes (7). Basándonos en el estudio efectuado por Sommer y cols.(8) en que demostraba cómo el cálculo de la altura, el peso y el Índice de Masa Corporal presentaban una escasa correlación con respecto al peso de las mamas reseca-

Tabla I

N=76	PREOPERATORIO		POSTOPERATORIO
Edad Media	46,9±11,2		
Embarazo Previo	57		
Talla Sujetador	129,8±7,1	p<0,001	100±5,2
Surco del Sujetador	88,1%		
Índice Masa Corporal	30,4±5,1		
Distancia Yúgulo - Esternal	31, 3±4,6 P<0,001		
	23,3±1,8		
Intertrigo	34,2%	p<0,001	3,9%
Escala de Dolor cervico-dorsal	5,3±1,2	p<0,001	2,3±1,1
Escala de dolor mamario	4,7±1,3	p<0,05	3,1±1,0
Técnica Quirúrgica:			
Colgajo Lateral	26		
Colgajo Inferior	35		
Colgajo Superior	8		
Injerto CAP	7		
Peso medio extirpado de las mamas en gr.			1782,6±615,8
Complicaciones			32,9%
Escala de Apariencia	2,7±1,3	p<0,001	7,2±1,8

das, sí que comprobaba que en pacientes con distancias del yúgulo esternal a pezón ≥ 28 cm. a las que se realizaba una mamoplastia reductora, el peso del tejido resecado era superior a 500 gr en el 80% o más de los casos. Hay que hacer notar que el peso de extirpación mamaria superior a 500 gr. es lo estipulado por las compañías de seguro americanas para sufragar la intervención quirúrgica. En nuestro país no se ha marcado de forma oficial una cifra para entrar en la Cartera de Servicios de la Sanidad Pública. Parecería lógico que al menos se aceptasen las cifras que marcan las compañías americanas.

Se consideraría entonces, que aceptando que la distancia del yúgulo a pezón de 28 cm. fuera el límite mínimo, para que una mujer de 160 cm. de estatura, fuera sometida a una mamoplastia reductora sufragada por la Seguridad Pública, habría que colocar un factor de corrección que considerase la estatura de la paciente, puesto que cuanto mayor sea la altura obviamente la distancia será mayor y por tanto se vería beneficiada para que se le practicase una mamoplastia reductora; por el contrario las de talla menor se verían perjudicadas.

Hemos intentado encontrar una constante que corrija estas posibles distorsiones dependiendo de la estatura de la paciente a valorar. Así, considerando la premisa anteriormente expuesta, planteamos la siguiente ecuación:

$$1,6 (\text{estatura en metros de la mujer}) \times K (\text{constante}) = 1$$

Obtendremos un valor de $K = 0,625$

Este valor se aplicaría a la siguiente ecuación:

$$\text{Distancia Yúgulo-Pezón armonizada} = \text{Altura en metros de la mujer} \times K$$

De esta forma se obtendría la distancia mínima que estableceríamos como parámetro para que una mujer con hipertrofia mamaria pudiera ser operada en un Hospital Público.

Glatt y cols. (9) evaluaron el estado físico y psicológico de 61 mujeres sometidas a mamoplastia de reducción, comprobando que el 79% de las mujeres declaraban disminución o eliminación del dolor en la espalda y el 65% disminución o abolición del intertrigo mamario. En nuestro estudio, de 26 pacientes que presentaban este signo preoperatoriamente tan solo 3 seguían presentándolo tras la cirugía.

Schnur y cols. (10) analizan a 328 mujeres y Thika y cols. (11) a 142, a las que sometieron a mamoplastia reductora, comprobando que el nivel de satisfacción fue alto, 94,2% en el primer caso y del 96% en el segundo grupo. En nuestro estudio, obtenemos resultados similares y sólo 6 mujeres (7,9%) mostraron un bajo nivel de satisfacción.

En la Comunidad Autónoma Andaluza (España), la Dirección General de Asistencia Sanitaria con fecha

de Julio de 2003 marca unos criterios de inclusión de la prestación de dicha mamoplastia reductora consensuados con una representación de cirujanos plásticos de dicha Comunidad (12). En ellos se exige una distancia Yúgulo-Pezón mayor de 30 cm. y un volumen mamario mayor de 1000. No se incluye en esos criterios a aquellas mujeres con un I.M.C. mayor de 30, pacientes menores de 18 años y aquellas que planeen tener un embarazo en los siguientes 5 años. Estas normas pueden ser discutibles y sin duda revisables, pero suponen un avance para ordenar este problema por parte del Sistema Sanitario de Salud.

Conclusiones

La mamoplastia reductora supone para las mujeres un aumento de la calidad de vida evidente (13-14) y por tanto, de forma progresiva, debe dejar de ser considerada una intervención quirúrgica meramente estética y más una prestación que cada vez será más exigible por las mujeres, hasta el punto de que las limitaciones que se proponen en el presente trabajo, inevitablemente deberán revisarse periódicamente por los diferentes seguros médicos públicos o privados.

Es obvio hacer constar que los especialistas más capacitados para realizar este tratamiento son los Cirujanos Plásticos.

Se puede establecer un procedimiento objetivo y de aplicación fácil que permita incluir o descartar a una paciente para efectuar una mamoplastia reductora en las instituciones públicas; se basaría en lo siguiente:

- Distancia Yúgulo-Pezón ≥ 28 cm.. Se aplicaría la fórmula correctora para minimizar el sesgo que produce la estatura de la paciente.
- No intervenir a pacientes menores de 18 años, salvo en casos excepcionales.
- No intervenir quirúrgicamente a pacientes con I.M.C. superior a 30.

Esto permitiría ofrecer al Ministerio de Sanidad una propuesta para poner en marcha en las diferentes Comunidades Autónomas, evitándose así la variación de actuaciones que se da en la actualidad.

Dirección del autor

Dr. Luis F. Rioja Torrejón
Avda. del Brillante 67
14012 Córdoba (España)
e-mail: info@doctorrioja.com

Bibliografía

1. Centineo M, Zarza L, Razeto.: "Alteraciones de la columna vertebral en las hipertrofias mamarias". Cir. Plas. Iberolatinoam. 1989; 15: 91.

2. **Letterman G, Shurter M.**: "The effects of mammary hypertrophy on the skeletal system". *Ann. Plast. Surg.* 1980; 5: 425.
3. **Gonzalez F, Walton RL, Shafer B y cols.**: "Reduction mammoplasty improves symptoms of macromastia". *Plast. Reconstr. Surg.* 1993; 91: 1270.
4. **Davis GM, Ringler SL, Short K y cols.**: "Reduction mammoplasty: Long-term efficacy, morbidity and patients satisfaction". *Plast. Reconstr. Surg.* 1995; 96: 1106.
5. **Raispis T, Zehring RD, Downey DL.**: "Long-term functional results after reduction mammoplasty". *Ann. Plast. Surg.* 1995; 34: 113.
6. **Faria FS, Guthrie E, Bradbury E y cols.**: "Psychosocial outcome and patients satisfaction following breast reduction surgery". *Br. J. Plast. Surg.* 1999; 52: 448.
7. **Goldwyn RM.**: "Breast reduction absurdum". *Plast. Reconstr. Surg.* 1998; 102: 246.
8. **Sommer NZ, Zook, EG, Verhulst SJ.**: "Prediction of breast reduction weight". *Plast. Reconstr. Surg.* 2002, 109: 506.
9. **Glatt BS, Sarwer DB, O'Hara DE y cols.**: "A retrospective study of changes in physical symptoms and body image after reduction mammoplasty". *Plast. Reconstr. Surg.* 1999; 103: 76.
10. **Schnur PL, Schnur DP, Petty PM y cols.**: "Reduction mammoplasty: An outcome study". *Plast. Reconstr. Surg.* 1997; 100: 875.
11. **Tykkä E, Asko-Seljavara S y Hietanen H.**: "Patients satisfaction with breast reconstruction and reduction mammoplasty". *Scand J Plast Reconstr Hand Surg.* 2001; 35: 399.
12. **Dirección General de Asistencia Sanitaria.**: "Criterios de inclusión de determinadas patologías en la Oferta de Servicios de la especialidad de Cirugía Plástica, Estética y Reparadora". Servicio Andaluz de Salud. Circular 1/03 11 Julio de 2003.
13. **Chao JD, Memmel HC, Redding JF y cols.**: "Reduction mammoplasty is a functional operation, improving quality of life in symptomatic women: A prospective, single-center breast reduction outcome study". *Plast. Reconstr. Surg.* 2002, 110: 1644.
14. **Blomquist L, Brandberg Y.**: "Three year follow-up on clinical symptoms and health-related quality of life after reduction mammoplasty". *Plast. Reconstr. Surg.* 2004; 144: 49.

Comentario al trabajo «Hipertrofia mamaria, ¿una deformidad estética? Cuándo debe sufragarse por la Seguridad Social»

Dr. Alberto Sánchez Olaso
Cirujano Plástico
Hospital Ramón y Cajal
Madrid (España)

“El tratamiento quirúrgico de la hipertrofia mamaria proporciona beneficios físicos, psicológicos y sociales, mejora el estado de salud, y la calidad de vida de las pacientes”. Este párrafo corresponde a la discusión de la exposición preliminar de este trabajo durante el Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética en A Coruña el 3 de Junio de 2005, donde ya suscitó el interés de los asistentes y que ahora vemos publicado.

La hipertrofia mamaria tiene un impacto significativo en el estado de salud y en la calidad de vida (1). Las pacientes sufren física y psicológicamente, con limitación de la actividad y de la vida de relación. El dolor es el síntoma más característico y la reducción mamaria puede proporcionar un alivio definitivo, que no se consigue con medidas conservadoras como reducción de peso, ejercicio, fisioterapia o mediación analgésica y antiinflamatoria. El coste sanitario y social del proceso en términos de visitas médicas, medicación y bajas laborales es considerable.

El trabajo presentado por el Dr. Rioja y colaboradores cruza la frontera entre las indicaciones estética y funcional, actualmente mal delimitada al carecer de criterios objetivos. Los síntomas referidos por las pacientes están sujetos a la subjetividad y a la posibilidad de simulación. Es suficientemente conoci-

do que el alivio de los síntomas es independiente de la masa corporal, de la superficie corporal y por ello del índice de masa corporal y de la cantidad de tejido resecado en la reducción.

Dada la gran variedad de biotipos, constituciones y de cambios que se producen con la edad es difícil determinar el tamaño a partir del cual una hipertrofia se puede considerar patológica (2). De este modo carecemos de la suficiente información objetiva de cara a la inclusión de la hipertrofia mamaria en el catálogo de prestaciones del Sistema Público de Salud o de las compañías aseguradoras (3-4). En este sentido es de agradecer la publicación de los criterios de inclusión por parte de la Junta de Andalucía.

La cuantificación del beneficio obtenido en la serie aquí presentada apoya la experiencia de otros centros, donde las pacientes con sintomatología relevante que solicitan tratamiento quirúrgico de su hipertrofia mamaria parecen constituir un grupo específico de patología, relacionada más con la hipertrofia que con el sobrepeso (5), y la comparación de pacientes intervenidos con controles no operados, con y sin hipertrofia mamaria, demuestra la efectividad del tratamiento quirúrgico (6).

Por otra parte, creo necesario comentar algunos aspectos metodológicos relevantes encaminados a

dotar al texto de una mejor comprensión y mayor rigor.

Los criterios de inclusión de las pacientes en el estudio parecen suficientes, aunque sería muy útil disponer además de las medidas adicionales habituales, como distancia del hueco supraesternal a la base de la mama y al surco submamario – en la evaluación del patrón de ptosis y pseudoptosis – así como la copa del sujetador – medición habitual en las series anglosajonas. Se hubiera agradecido asimismo la realización de un cuestionario estándar de calidad de vida.

El artículo merece una exposición más detallada del método, insistiendo en la definición de escala análoga visual (EAV), así como un desarrollo del método estadístico. En este sentido la EAV de dolor presenta una gran utilidad al constatar cambios longitudinales y es menos valorable en las comparaciones transversales, aunque puede preferirse un análisis de rangos para evitar una lectura exacta del valor proporcionado por los pacientes (8).

La exposición de los resultados debiera incluir los intervalos de confianza para las medias calculados a partir de los estudios descritos, a la vez que es preferible ir abandonando toda mención a la “p”, ya que expresa una probabilidad de rechazo de una hipótesis nula correcta, no ayudando a la elaboración de criterios objetivos (9). Los autores proponen un criterio básico, “armonizable” en función de la estatura, según una fórmula sencilla, que puede simplificarse, dado que la relación de las distancias propuestas es

$28/160=0.175$. Por lo tanto, la “distancia armonizada” en centímetros equivale a la altura (cm) multiplicada por 0.175. Por ejemplo: 30.1 cm para 172 cm de altura, o 27,1 cm para 155 cm de altura.

En resumen, el estudio del Hospital Reina Sofía presenta un gran interés y un valor añadido al favorecer e impulsar el desarrollo de protocolos y guías clínicas de tratamiento, elementos fundamentales para la buena práctica, la regulación de la financiación y el peritaje.

Bibliografía

1. **Pers. M., Nielsen I.M. and Gerner, N.:** “Results following reduction mammoplasty as evaluated by the patients”. *Ann. Plast. Surg.* 1986, 17:449.
2. **Schnur P.L., Hoehn J.G., Ilstrup, D.M., Cahoy M.J. and Chu C.P.:** “Reduction mammoplasty: Cosmetic or reconstructive procedure?” *Ann. Plast. Surg.* 1991, 27:232.
3. **Seitchik, M.W.:** “Reduction mammoplasty: Criteria for insurance coverage” *Plst Reconstr. Surg.* 1995, 95:1029.
4. **Position Paper:** “Reduction Mammoplasty: Recommended Criteria for Third-Party Payer Coverage”. Socioeconomic Committee, American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, June, 1994.
5. **Netscher DT, Meade RA, Goodman CM, Brehm BJ, Friedman JD, Thornby J.:** “Physical and psychosocial symptoms among 88 volunteer subjects compared with patients seeking plastic surgery procedures to the breast”. *Plast. Recons. Surg* 2000, 105:2366.
6. **Collins ED, Kerrigan CL, Kim M, Lowery JC, Striplin DT, Cunningham B.:** “The effectiveness of surgical and nonsurgical interventions in relieving the symptoms of macromastia” *Plast Recons Surg* 2002, 109:1556.
7. **Wewers ME & Lowe NK (1990)** “A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena”. *Research in Nursing and Health* 1990; 13:227.
8. **Gardner MJ, Altman DG.:** “Confidence intervals rather than p values: estimation rather than hypothesis testing” *BMJ* 1986;292:746.

Respuesta al comentario del Dr. A. Sánchez Olaso

Dr. L.F. Rioja Torrejón

Nos parecen interesantes los comentarios que realiza a nuestro trabajo el Dr. Sánchez Olaso, habiendo ya conversado en otra ocasión con él, sobre la problemática que suponen las pacientes con Hipertrofia mamaria, al haber aumentado las demandas para solucionar estos procesos dentro del ámbito de la Seguridad Social.

Los Servicios de Cirugía Plástica, fundamentalmente en Hospitales Públicos, tienen inconvenientes para gestionar a las pacientes que acuden para que sea solucionado su malestar físico/psíquico debido al incremento del volumen mamario. Una buena parte de ellos tienen algún tipo de protocolos para incluir o no en la lista de espera quirúrgica a estas pacientes. En el trabajo se propone por una parte el beneficio de realizar este tipo de tratamiento en las pacientes indicadas y por otro, se intenta instaurar una norma fácil que unifique los criterios en todos los Servicios de

Cirugía Plástica, al menos en España. En todo caso hay que estar vigilantes puesto que otras especialidades – Cirugía General y Ginecología preferentemente – recogen a enfermas que previamente han sido rechazadas por los Cirujanos Plásticos, siendo intervenidas por ellos, sin más criterios que el adiestrarse en técnicas que para ellos les puede parecer a todo punto interesantes.

En cuanto a los comentarios críticos que efectúa es conveniente referir que al trabajo se podrían haber añadido parámetros diferentes posiblemente de validez equiparable a los expuestos, pero en cualquier trabajo se deben plantear aquellos que se consideran más interesantes. Se refiere a la copa del sujetador como medida de volumen mamario más eficaz y que es la norma de medición de países anglosajones, efectivamente, pero el trabajo está realizado en un país que esa medida la desconocen la mayoría de las mujeres y que la

norma más utilizada es la talla numérica del sujetador que se corresponde con el perímetro torácico.

La escala analógica la hemos empleado en la comparación de distintos parámetros tanto en su opción visual como de valoración de dolor y coincidimos en que es una herramienta adecuada, fiable estadísticamente y muy útil en nuestra Especialidad.

En cuanto a la no mención de los intervalos de confianza de las medias nos ha parecido que no era imprescindible para considerar la validez de las muestras y que la comparación de medias, con el reflejo del índice de dispersión real de los valores de la muestra, daba suficiente veracidad al estudio (1). Muchos estudios estadísticos de trabajos no reflejan los intervalos de confianza y no por ello dejan de tener validez. No estamos de acuerdo en que se tenga que abandonar el

dato de la probabilidad de error(p), puesto que refleja fielmente la significación estadística.

Hemos empleado una fórmula matemática sencilla para poder armonizar la distancia Yúgulo – Pezón, sabiendo que se podía simplificar tal y como describe el Dr. Sánchez Olaso, pero nos parece más académico y matemáticamente más formal realizarlo mediante esta formulación.

El trabajo pretende unificar criterios de actuación y obviamente crear foros de discusión en que se pueda llegar a tener guías de actuación con esta importante problemática.

Bibliografía

1. Carrasco JL. "El método estadístico en la investigación médica". Ed. Ciencia 3 Madrid 1989.