



PROYECTO DE LEY

"2022 – Las Malvinas son argentinas"

El Senado y la Cámara de Diputados de la Nación Argentina, sancionan con fuerza de ley:

ARTÍCULO 1°: Modifíquese el art. 1 de la Ley 26.872, el que quedará redactado de la siguiente manera:

ARTÍCULO 1: “Todos los establecimientos de salud públicos y las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la Obra Social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos asistenciales independientemente de la figura jurídica que tuvieren, deben incluir la cobertura de la cirugía reconstructiva como consecuencia de la mastectomía por patología mamaria, ya sea de forma inmediata o diferida, y la cirugía de la mama contralateral, siendo obligatoria la cobertura de la prótesis necesaria a tal fin. La cirugía reconstructiva incluirá las partes externas de la mama.”

ARTÍCULO 2º: Comuníquese al Poder Ejecutivo.

FUNDAMENTOS

Sra. Presidente:

Posteriormente a la realización de una mastectomía, es posible llevar a cabo cirugías de reconstrucción mamaria, proceso a través del cual se busca restaurar el volumen, la forma y la simetrización de la mama que ha sido sometida a una cirugía para el tratamiento contra el cáncer, siempre y cuando no existan contraindicaciones.

El objetivo de esta cirugía es mejorar la sensación de bienestar, la calidad de vida, minimizando el impacto psicológico, de modo que las mujeres puedan desarrollar la vida con la mayor normalidad posible, sin que vean afectada su vida afectiva, social o recreativa.

La reconstrucción puede llevarse a cabo en el mismo momento que se realiza la mastectomía (reconstrucción mamaria inmediata); o bien, puede realizarse posteriormente, en una segunda operación (reconstrucción mamaria diferida). La instancia en la cual se concretará este proceso debe ser acordada entre el equipo tratante y la paciente. En el caso de realizar radioterapia se recomienda posponer la reconstrucción hasta 10 a 12 meses después del tratamiento, debido a que la misma puede provocar cambios en el tejido que alteren la forma de la mama reconstruida.

Existen diversas técnicas para llevar adelante este procedimiento, y dependerá de las condiciones médicas de la paciente, el estadio de la enfermedad, de los tratamientos recibidos, los que tenga que recibir, y el estado local de los tejidos.

Existen dos técnicas principales para reconstruir una mama: reconstrucción con implante y la reconstrucción autógena o con colgajo. La primera técnica,

consiste en la inserción de un implante relleno de solución salina o de gel de silicona, debajo o ~~arriba~~ del músculo, a través de la misma cicatriz de la mastectomía. En algunos casos, el tejido no es suficiente para colocar el implante directamente, por lo que se recurre a una primera cirugía para colocar un expansor debajo del músculo. Se trata de un implante siliconado vacío con un mecanismo valvular que permite ir llenándolo gradualmente con solución salina hasta lograr el espacio necesario para luego colocar la prótesis. Finalmente, se reemplaza el expansor por el implante en una segunda intervención.

Por su parte, la segunda técnica se lleva a cabo mediante el uso de tejido trasplantado de otra parte del cuerpo (como el vientre, un muslo o la espalda), y tiene lugar cuando los tejidos locales (piel y cicatriz de la mastectomía) se encuentran deteriorados o no alcanzan para cubrir adecuadamente un implante. Estas cirugías son más complejas y conllevan un post operatorio de mayor duración. También pueden combinarse ambas técnicas.

El pezón también puede reconstruirse a través de la elevación de los tejidos locales o mediante el injerto de tejidos de otras aéreas del cuerpo (como una porción del pezón contralateral). La areola se restaura a través de tatuajes, ayudando a recrear el pezón y completar la reconstrucción de mama.

Así, la reconstrucción del pezón y la areola en la mama reconstruida es parte integral del plan quirúrgico general de toda reconstrucción mamaria. De hecho no se puede considerar una reconstrucción mamaria completa hasta que no se haya realizado el complejo areola-pezón en su totalidad.

En algunos casos, es necesaria la modificación de la mama contralateral sana haciendo uso de diversas técnicas quirúrgicas, a fin de lograr la simetría entre ambas, ya sea aumentándola, reduciéndola o elevándola. Además de lograr

una adecuada simetría, las técnicas utilizadas deben permitir el adecuado el control médico de la paciente en el futuro. La selección de las técnicas quirúrgicas dependerá del estado oncológico de la paciente y de la apariencia de la mama contralateral. La valoración de la mama contralateral es fundamental en todo proceso de la reconstrucción mamaria de cara a obtener el objetivo de la simetría.

Existen estudios que demuestran que la mayoría de las mujeres intervenidas de mastectomía refieren un menor impacto en su imagen corporal y su autoestima si han sido sometidas a una reconstrucción. Por ejemplo, un estudio retrospectivo de 2015 que incluye a 31 pacientes mastectomizadas y sometidas a un proceso de reconstrucción mamaria por diferentes métodos, muestra el grado de satisfacción de las mismas, comprobando que las pacientes que han tomado la decisión de someterse a una reconstrucción mamaria muestran menos secuelas tanto físicas como psicológicas, mostrando un mayor grado de seguridad en sí misma y aceptación de la imagen corporal”.¹

Así, se puede concluir que la reconstrucción mamaria es fundamental para restablecer la fisonomía a las pacientes, su imagen personal y su bienestar psicológico, teniendo un papel determinante en la minimización del impacto que una mastectomía pueda suponer a nivel físico y psicológico.

¹<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/reconstruccion-mamaria-importancia-de-la-misma-y-cuidados-en-fermeros/#:~:text=Sin%20embargo%2C%20la%20mama%20ha,personal%20y%20su%20bienestar%20psicol%C3%B3gico.>

Por todo esto solicito a mis pares que acompañen el presente proyecto.

AUTOR:

ROMERO, Ana Clara

FIRMANTES:

IGLESIAS, Fernando

VIDAL, María Eugenia

RUARTE, Adriana Noemí

EL SUKARIA, Soher

BRAMBILLA Sofía

TORTORIELLO, Aníbal

CARRIZO, Ana Carla

TORELLO, Pablo

TACCETTA, Matías

CAMPAGNOLI, Marcela

REY, María Luján

SCHIAVONI, Alfredo Oscar

JOURY, María de las Mercedes

