



O-130 - CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EL CÁNCER DE MAMA. RESULTADOS DEL PRIMER AÑO DEL PROGRAMA DE CMA EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA

Gómez Pérez, Rocío; Fernández García, Francisco Javier; Martos Rojas, Noemí; Ramos Muñoz, Francisco; Ávila García, Natalia Soledad; Mansilla Díaz, Sebastián; Scholz Gutiérrez, Victoria; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Objetivos: Pretendemos mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios con la implementación de la cirugía mayor ambulatoria en el cáncer de mama. Presentamos los datos de las pacientes intervenidas de cáncer de mama en el 2017 en régimen de CMA.

Métodos: Criterios de inclusión para CMA en cáncer de mama: mayoría de edad, cirugía conservadora, con o sin Ganglio Centinela, distancia al domicilio menor de 60 minutos, buen soporte sociofamiliar y que aceptasen el régimen de CMA. Se excluyeron pacientes que no cumplían dichas condiciones, sometidas a mastectomías con o sin reconstrucción, linfadenectomía axilar (con alguna excepción) o por criterio del cirujano o el anestesista. No se ha tenido en cuenta la edad puesto que hay pacientes añosas con muy buen ECOG *performance status* y soporte familiar que creemos que se benefician de no quedarse ingresadas.

Resultados: En 2017 hemos intervenido 383 pacientes cánceres de mama; 255 (66,5%) cirugías conservadoras, 111 en régimen de CMA (28,98% del total, 43,5% de las conservadoras). Hemos analizado los datos dividiendo a las pacientes con cirugía conservadora intervenidas en régimen de CMA con 111 pacientes y otro de corta estancia (24h) con 146 pacientes. La mediana de edad ha sido de 58 años (38-81 años) en el grupo CMA y 59 años (30-91 años) en el de corta estancia. Las características demográficas en cuanto a edad, ASA y tipo de cirugía son comparables en ambos grupos. La mortalidad ha sido nula. Dos pacientes (1,8%) reintervenidas por sangrado en el grupo CMA (Clavien IIIb), ambas anticoaguladas. Ningún reingreso por complicaciones en el postoperatorio. Tasa de conversión de CMA a Corta estancia del 8,26% por problemas médicos (náuseas, vómitos, dolor, ortostatismo) o por linfadenectomía en pacientes con biopsia intraoperatoria positiva del GC tras neoadyuvancia. En cuanto a los seromas y complicaciones de herida no ha habido diferencias entre los grupos.

Edad	CMA, n (% de CMA) (111)	Corta estancia, n (% de CE) (146)
40	3 (2,7%)	8 (5,4%)

41-50	21 (18,9%)	26 (18%)
51-60	37 (33,3%)	41 (28%)
61-70	32 (28,8%)	52 (35,6%)
> 71	18(16,2%)	19 (13%)
Grupo A		Grupo B
Riesgo anestésico		
Cirugía conservadora en régimen de CMA		Cirugía conservadora corta estancia
ASA I	27 (24%)	35 (24%)
ASA II	71 (64%)	87 (59,6%)
ASA III	12 (10%)	24 (14,4%)
ASA IV	1 (1%)	0 (0%)
Grupo A		Grupo B
Intervención		
Cirugía conservadora en régimen de CMA		Cirugía conservadora corta estancia
Tumorectomía ampliada	14 (12,6%)	8 (5,5%)
Tumorectomía + ganglio centinela	87 (78,3%)	127 (87%)
Tumorectomía + linfadenectomía axilar	1 (0,9%)	0 (0%)
Ganglio centinela	3 (2,7%)	2 (1,3%)
Ampliación de márgenes	4 (3,6%)	9 (6,2%)

Mastectomía simple	1 (0,9%)	0 (0%)
--------------------	----------	--------

Conclusiones: La cirugía conservadora en el cáncer de mama se puede llevar a cabo en régimen de CMA de forma factible y segura para las pacientes, mejorando el aprovechamiento de los recursos sanitarios. Hemos diseñado una encuesta con el fin tener un feed-back sobre la satisfacción en cuanto al régimen de CMA en cáncer de mama.