

Evaluación de un programa de cirugía ambulatoria y de corta estancia en pacientes con cáncer de mama

Benigno Acea^a, Servando López^b, Carmen Cereijo^c, Ana Bazzara^c, Berta Candia^d y Carlos Gómez^a

^aServicio de Cirugía General A. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ^bServicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ^cUnidad de Enfermería. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. ^dUnidad de Calidad. Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Juan Canalejo. A Coruña. España.

Resumen

Objetivo. Evaluar un programa de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia en pacientes con cáncer de mama.

Pacientes y método. Estudio prospectivo no aleatorizado en mujeres intervenidas por un carcinoma de mama entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2002. Si se indicaba una técnica conservadora, se evaluó la posibilidad de realizar una tumorrectomía/cuadrantectomía y linfadenectomía axilar (LA)/biopsia del ganglio centinela (BGC) en régimen ambulatorio y en caso contrario, se practicó una mastectomía en régimen de corta estancia. Las pacientes sometidas a LA fueron entrenadas en el control del drenaje aspirativo por dos enfermeras especializadas.

Resultados. Un total de 97 mujeres fueron intervenidas de un carcinoma de mama durante el período de estudio, con una edad media de 57,6 años. En 31 pacientes (31,9%) se realizó una mastectomía mientras que las 66 (68%) restantes fueron tributarias de una técnica conservadora. En total, 52 mujeres (53,6%) cumplieron el programa de cirugía en régimen ambulatorio mientras que 45 (46,4%) precisaron de un ingreso mínimo de 24 h. Todas las pacientes sometidas a una tumorrectomía y BGC (50 pacientes) lo fueron en condiciones ambulatorias. La estancia hospitalaria de las enfermas sometidas a una técnica conservadora con LA (1,0 días) fue inferior a las tributarias de una mastectomía (1,8 días). Un total de 30 mujeres (30,9%) presentaron algún tipo de complica-

ción durante el período postoperatorio. Dos pacientes programadas para una cirugía en régimen ambulatorio presentaron una hemorragia aguda postoperatoria que exigió su reintervención e ingreso. No se registraron reingresos hospitalarios.

Conclusiones. La cirugía ambulatoria es una alternativa adecuada en la cirugía conservadora del cáncer de mama, especialmente cuando se utiliza la BGC. La mayoría de las mujeres sometidas a mastectomía podrán ser tratadas en régimen de corta estancia una vez educadas sobre el manejo de sus drenajes.

Palabras clave: Cáncer de mama. Cirugía ambulatoria. Corta estancia. Biopsia del ganglio centinela.

EVALUATION OF AN AMBULATORY SURGERY AND SHORT-STAY PROGRAM IN PATIENTS WITH BREAST CANCER

Objective. To evaluate an ambulatory surgery and short-stay program in women with breast cancer.

Patients and method. We performed a prospective, nonrandomized study in women who underwent surgery for breast carcinoma between 1 January, 2002 and 31 December, 2002. If a conservative technique was indicated, the possibility of performing ambulatory tumorectomy/quadrantectomy and axillary lymphadenectomy/sentinel node biopsy was evaluated. Otherwise, mastectomy was performed followed by short a hospital stay. Patients undergoing axillary lymphadenectomy were trained in the management of suction drains by two specialized nurses.

Results. Ninety-seven women underwent surgery for breast carcinoma during the study period. The mean age was 57.6 years. Thirty-one patients (31.9%) underwent mastectomy while the remaining 66 (68%) underwent conservative techniques. In total, 52 women (53.6%) were treated in the ambulatory setting while 45 (46.4%) required a minimum stay of 24 hours. Tumorectomy and sentinel node biopsy was performed in the ambulatory setting in all patients under-

Este proyecto de investigación ha sido financiado por la Secretaría Xeral de Investigación e Desenvolvemento (Xunta de Galicia) a través de la ayuda PGIDT03PXIA91601PR.

Correspondencia: B. Acea Nebril.
Plaza del Exilio, 3, 1.^o A.
15179 Santa Cruz de Oleiros. A Coruña. España.
Correo electrónico: homero@canalejo.org

Manuscripto recibido el 31-3-2003 y aceptado el 1-6-2003.

going these procedures (50 women). Length of hospital stay in patients undergoing a conservative technique with axillary lymphadenectomy (1.0 days) was lower than that in women undergoing mastectomy (1.8 days). Thirty women (30.9%) presented complications in the postoperative period. Two patients scheduled to undergo ambulatory surgery presented acute postoperative bleeding requiring reintervention and admission. There were no readmissions.

Conclusions. Ambulatory surgery is an appropriate alternative in conservative surgery for breast cancer, especially when sentinel node biopsy is used. Most of the women undergoing mastectomy can be treated in a short-stay regimen when educated in the management of drains.

Key words: Breast cancer. Ambulatory surgery. Short stay. Sentinel node biopsy.

Introducción

La cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia constituye en la actualidad un método eficaz y seguro gracias a una adecuada selección de los enfermos, la utilización de técnicas mínimamente invasivas y la existencia de una infraestructura adecuada. Tradicionalmente, el cáncer de mama ha sido un proceso subsidiario de ingreso hospitalario justificado por el riesgo de hemorragia postoperatoria y por la necesidad de un control de los drenajes quirúrgicos. Sin embargo, algunas circunstancias han modificado este planteamiento tradicional de la enferma

con carcinoma mamario, y entre ellas destacan la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas (biopsia del ganglio centinela), la especialización del cirujano en patología mamaria y la participación de la enfermería en la educación de la paciente. Todo ello ha contribuido a que el tratamiento del cáncer de mama se oriente hoy progresivamente hacia la cirugía en régimen ambulatorio, dado que se garantiza su seguridad, la calidad asistencial y la continuidad en la atención¹⁻⁵.

El presente estudio expone la experiencia de los autores en la implantación de un programa de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia en mujeres diagnosticadas de un carcinoma mamario con objeto de analizar sus resultados y discutir sus indicaciones.

Pacientes y método

Pacientes

Estudio prospectivo no aleatorizado en mujeres intervenidas quirúrgicamente por un carcinoma de mama entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2002. Inicialmente, las pacientes fueron seleccionadas atendiendo a los criterios para la cirugía conservadora que, de no cumplirse, obligaron a la realización de una mastectomía en régimen de corta estancia (fig. 1). Si se indicaba una técnica conservadora, se valoró la realización de una biopsia del ganglio centinela (BGC) con la intención de proponer a la enferma una tumorrectomía/cuadrantectomía con BGC en régimen ambulatorio. En la tabla 1 se exponen los criterios para la realización de cirugía ambulatoria, cirugía conservadora de la mama y BGC. Si el estudio diferido del ganglio centinela demostraba la existencia de infiltración tumoral se propuso a la paciente la realización de una linfadenectomía axilar (LA), excepto cuando dicha infiltración era menor de 2 mm (micrometástasis), en cuyo caso se ofreció a la paciente su participación en el ensayo clínico AATM048/13/2000. La LA de rescate se

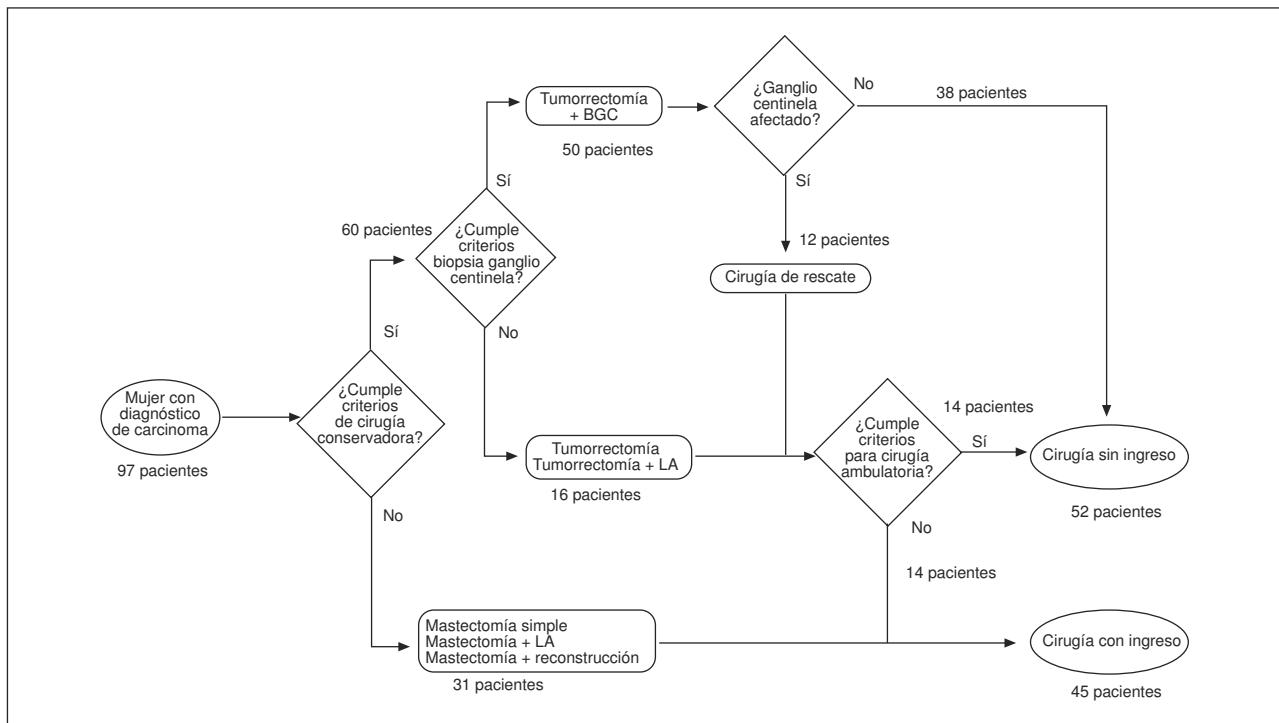


Fig. 1. Algoritmo del programa de cirugía ambulatoria y de corta estancia en las pacientes estudiadas; BGC: biopsia de ganglio centinela; LA: linfadenectomía axilar.

TABLA 1. Criterios de inclusión para la cirugía ambulatoria, cirugía conservadora de mama y biopsia del ganglio centinela

	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Cirugía ambulatoria	<ul style="list-style-type: none"> - ASA I y II - ASA III estables durante los últimos 3 meses y/o no alterables por la intervención propuesta - Adulto responsable durante las 24-48 h del postoperatorio - Teléfono domiciliario o en el vecindario - Distancia no superior a 60 min del centro hospitalario 	<ul style="list-style-type: none"> - ASA IV y V - Ausencia de adulto responsable durante las 24-48 h del postoperatorio - Distancia superior a 60 min del centro hospitalario - Incapacidad para entender el procedimiento ambulatorio y los cuidados postoperatorios - Obesidad mórbida - Drogodependencia - Antecedentes de hipertermia maligna - Imposibilidad o ausencia de colaboración en el seguimiento - Mamas grandes y péndulas que impidan una irradiación eficaz - Multicentricidad - Mala relación entre el tamaño del tumor y el volumen mamario - Tumores de crecimiento rápido - Embarazo - Enfermedades del colágeno (esclerodermia, lupus, etc.) - Radioterapia previa - Adenopatías palpables y sospechosas de infiltración tumoral ($N_{1,2}$ de la clasificación TNM) - Tumores localmente avanzados ($T_{3,4}$ de la clasificación TNM) - Tumores multicéntricos - Cirugía axilar previa - Quimioterapia-radioterapia previa - Cáncer de mama en estadio IV - Negativa de la enferma - Embarazo y lactancia. Se contraíndica el marcaje isotópico por sus efectos sobre el feto o lactante. Inicialmente no se contraíndica el marcaje con colorante - Biopsia mamaria previa extensa
Cirugía conservadora	<ul style="list-style-type: none"> - Tumor de diámetro inferior a 3 cm o de tamaño superior que ha sido reducido a menos de 3 cm con quimioterapia neoadyuvante - Buena relación entre el tamaño tumoral y el volumen mamario (no superior a 1:5) - Estadio clínico axilar N_0-N_{1a-b} - Tumores <i>in situ</i> que no superen los 3 cm de diámetro 	
Biopsia del ganglio centinela	<ul style="list-style-type: none"> - Carcinomas infiltrantes menores de 3 cm (T_1 y algunos T_2) y sin afectación clínica axilar (N_0) - Carcinoma ductal <i>in situ</i> extenso o de alto grado - Pacientes con elevado riesgo quirúrgico y/o anestésico 	

realizó con un ingreso de 24-48 h pero, a partir de septiembre de 2002, todas las LA se realizaron de forma ambulatoria. Finalmente, las mujeres intervenidas mediante una técnica quirúrgica conservadora sin BGC lo fueron en régimen ambulatorio cuando cumplían los criterios para este procedimiento (estabilidad hemodinámica, tolerancia a líquidos, ausencia de dolor, ausencia de hemorragia quirúrgica, persona responsable de la paciente, teléfono domiciliario).

Círculo de las pacientes

Las pacientes acudieron al hospital el mismo día de la intervención quirúrgica, excepto las que precisaron una pauta para su diabetes o profilaxis para endocarditis. Las pacientes con BGC realizaron previamente, en un centro concertado, el marcaje isotópico del ganglio centinela (GC) y posteriormente acudieron al hospital. En las pacientes ingresadas se inició tolerancia a líquidos a las 6 h de la intervención quirúrgica y se propuso la deambulación en la habitación antes de la primera noche. Las pacientes en régimen ambulatorio fueron atendidas a las 48 h en la consulta externa para efectuar el control de las heridas quirúrgicas y realizar una entrevista con una enfermera especializada. Todas las pacientes acudieron a los 7-10 días de la intervención a la consulta externa de cirugía general para ser informadas de los resultados anatomiopatológicos y para realizar el control de la herida quirúrgica.

Método quirúrgico

La cirugía conservadora consistió en una resección local de tumor (tumorrectomía o cuadrantectomía) con biopsia intraoperatoria para estudio de bordes. La BGC se realizó mediante un marcaje combinado con isótopo y colorante, según la técnica descrita por los autores en una publicación previa⁶. En ningún caso se realizó estudio intraoperatorio del GC. En las pacientes sometidas a LA, ésta consistió en una ablación de los niveles I y II con preservación del pectoral menor y de los nervios torácico largo y del dorsal ancho. En las pacientes con afec-

tación macroscópica de ganglios en nivel I y/o II se procedió a la ablación del nivel III.

Método anestésico

Tras hidratar y premedicar a la mujer con 10-30 mg/kg de midazolam, se procedió a la inducción anestésica con un bolo de propofol (2-2,5 mg/kg) y remifentanilo en perfusión de 0,5-1 g/kg/min. Posteriormente, se colocó una mascarilla laríngea sin usar relajantes musculares. La prevención de náuseas y vómitos se realizó en todas las mujeres con 4 mg de dexametasona o con ondasetrón en casos de elevado riesgo. El control del dolor postoperatorio se llevó a cabo con 2 g de metamizol magnésico cada 6-8 h.

Ética

Todas las pacientes fueron informadas por el cirujano del diagnóstico del proceso, de las alternativas terapéuticas y de la finalidad investigadora del programa. Las pacientes sometidas a LA fueron entrenadas en el control del drenaje aspirativo por dos enfermeras especializadas y con el apoyo de un tríptico informativo. Todos los procedimientos quirúrgicos fueron explicados previamente y se obtuvo la autorización para los mismos a través de un documento de consentimiento específico para cada intervención.

Resultados

Características de las pacientes

Durante el período de estudio, un total de 97 mujeres fueron intervenidas de un carcinoma de mama, se practi-

TABLA 2. Estancia media según las técnicas quirúrgicas utilizadas

Técnica quirúrgica	Número de pacientes	Estancia media (rango)
Tumorrectomía + BGC	50	0 (0)
Mastectomía + LA	24	1,8 (1-3)
Tumorrectomía/cuadranctectomía	8	0,25 (0-2)
Tumorrectomía + LA	7	1,0 (0-2)
Mastectomía + reconstrucción	4	3,0 (2-6)
Mastectomía simple	3	1,3 (1-2)
LA	1	2 (2)
Total	97	0,78 (0-6)

BGC: biopsia del ganglio centinela; LA: linfadenectomía axilar.

TABLA 3. Cirugía de rescate. Estancia media según las técnicas quirúrgicas empleadas

Técnica quirúrgica	Número de pacientes	Estancia media (rango)
LA	9	0,6 (0-2)
Tumorrectomía + LA	2	0,5 (0-1)
Mastectomía + LA	1	1 (1)
	12	0,67 (0-2)

LA: linfadenectomía axilar.

có un total de 109 intervenciones quirúrgicas (97 actos principales y 12 cirugías de rescate por afectación del ganglio centinela). La edad media fue de 57,6 años, predominaba el estado posmenopáusico (58%).

Tratamiento ambulatorio

De las 97 pacientes intervenidas, 31 (31,9%) no cumplieron los criterios de conservación mamaria y precisaron la realización de una mastectomía en régimen de corta estancia (fig. 1). Las 66 (68%) pacientes restantes fueron sometidas a una técnica conservadora y, de éstas, en 50 casos se indicó una BGC en régimen ambulatorio. En las 28 pacientes sometidas a tumorrectomía y/o LA (16 pacientes) y cirugía de rescate por un GC afectado (12 pacientes), la mitad cumplió criterios para el tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio mientras que las 14 restantes quedaron ingresadas (2 de ellas por reintervención tras una hemorragia postoperatoria). En total, 52 (53,6%) mujeres cumplieron el programa de cirugía ambulatoria mientras que 45 (46,4%) precisaron de un ingreso mínimo de 24 h.

Estancia hospitalaria

tras que en las que se realizó una tumorrectomía y LA. Todas las pacientes sometidas a una tumorrectomía y BGC (50 pacientes) fueron tratadas en régimen ambulatorio (tabla 2), si bien 12 precisaron una cirugía de rescate, que en la mayoría de los casos se realizó con ingreso hospitalario (7 pacientes) (tabla 3). La estancia media de las mujeres sometidas a tumorrectomía sin LA (carcinomas *in situ*) fue de 0,25 días, mien necesitaron una estancia media de 24 h. Las pacientes intervenidas con mastectomía presentaron una estancia media inferior a las 48 h, pero la

TABLA 4. Complicaciones postoperatorias en la serie estudiada

Complicación	Cirugía ambulatoria (n = 56)	Cirugía con ingreso (n = 41)	Total (n = 97)
Seroma axilar	2	11	13
Hematoma	4	4	8
Seroma mamario	6	0	6
Linfangitis mamaria	0	1	1
Hemorragia aguda con reintervención	2	0	2
	14 (24,5%)	16 (39,0%)	30 (30,9%)

asociación de una técnica reconstructiva la incrementó a 3 días, especialmente cuando se realizó un colgajo miocutáneo (estancia media 6 días). La cirugía de rescate presentó cifras similares a las de la cirugía principal (tabla 3).

Complicaciones

Un total de 30 (30,9%) mujeres presentaron algún tipo de complicación durante el postoperatorio (tabla 4). La principal complicación fue el seroma axilar secundario a la LA (13 casos), seguido del hematoma de herida quirúrgica (8 casos). Dos pacientes programadas para una cirugía en régimen ambulatorio presentaron una hemorragia aguda durante el curso postoperatorio que requirió su reintervención e ingreso. El primer caso fue una paciente sometida a una LA de rescate, que a las 3 h presentó abultamiento axilar y ausencia de débito por el drenaje. La segunda paciente presentó una hemorragia de la herida mamaria a las 5 h de la intervención tras una tumorrectomía y BGC. En ambos casos, no existió inestabilidad hemodinámica y durante el acto quirúrgico no se evidenció el origen de la hemorragia.

No se registraron reingresos hospitalarios en las 97 pacientes a estudio.

Discusión

La cirugía ambulatoria en patología mamaria surge en los años 1980 como una necesidad ante el incremento de biopsias quirúrgicas originadas en los programas de cribado para el cáncer de mama. La utilización de anestesia local y el tratamiento de estas mujeres en unidades quirúrgicas especializadas, unido a un predominio de las indicaciones conservadoras en el cáncer de mama, hizo posible la aplicación ambulatoria de la mayoría de los procedimientos con una adecuada calidad asistencial. Sin embargo, las pacientes con cáncer de mama no fueron incluidas en estos programas debido a que la linfadenectomía precisa un mayor control analgésico y una atención especializada en el cuidado del drenaje axilar. Desde principios de la década de 1990, se ha propuesto la cirugía sin ingreso de estas pacientes. Así, el estudio de Warren et al⁷, realizado sobre datos del Medicare, demuestra un incremento de la cirugía en régimen ambulatorio en pacientes con cáncer de mama del 0 al 10,8% para el período 1986-1995, un ascenso que se centró fundamentalmente en mujeres sin patología asociada y

con una mayor incidencia de reingreso, en pacientes mastectomizadas. Posteriormente, se ha constatado un incremento en el tratamiento quirúrgico ambulatorio durante la década de 1990 (1990-1996) que se centra, fundamentalmente, en la tumorrectomía, que alcanza un 88%, mientras que la mastectomía no sobrepasa el 30%⁸. Estas diferencias se deben a que la linfadenectomía axilar precisa un mayor control analgésico (especialmente cuando se realiza la movilización precoz del brazo), cuidados especializados del drenaje axilar y presenta un mayor riesgo de hemorragia postoperatoria. Por ello, las necesidades básicas para la instauración de un programa de cirugía ambulatoria en enfermas con linfadenectomía se centran en un adecuado control del dolor postoperatorio, la educación de la enferma en la utilización y cuidado del drenaje axilar, una profilaxis energética de los vómitos y la utilización de nuevas técnicas anestésicas que permitan la recuperación precoz de la mujer tras el acto operatorio. Aunque estas condiciones son necesarias para el alta en el día, es preciso complementarlas con otras actuaciones que faciliten el proceso informativo y el conocimiento de la mujer sobre su intervención y cuidados postoperatorios. Efectivamente, la piedra angular de cualquier procedimiento ambulatorio es la información a la paciente sobre la posibilidad del alta en el día, realizada por el mismo cirujano y en diferentes actos informativos. Esta información oral debe complementarse con un tríptico informativo que facilite la comprensión de la información recibida y permita el contacto de la paciente con la unidad. La toma de decisión debe basarse en la autonomía de la mujer, es decir, en su capacidad para elegir aquel procedimiento, ambulatorio o con ingreso, que más se acerque a sus valores y preferencias. En nuestra experiencia, la inclusión en el grupo multidisciplinario de dos enfermeras para la educación de la paciente en el control de sus drenajes, junto con la elaboración de un tríptico informativo, han constituido dos actuaciones fundamentales para facilitar tanto el tratamiento ambulatorio como el de corta estancia en nuestras pacientes. Al igual que otros grupos⁹, la introducción de técnicas mínimamente invasivas, como la BGC, ha posibilitado el inicio de nuestra experiencia en la cirugía sin ingreso para estas pacientes que, posteriormente, hemos ampliado a pacientes con LA. Finalmente, la existencia de una infraestructura basada en unidades específicas para la cirugía ambulatoria y/o de corta estancia ha permitido identificar precozmente la principal complicación en este tipo de cirugía, la hemorragia aguda, que en la mayoría de las ocasiones se producirá durante las primeras horas del período postoperatorio. En nuestra experiencia, los dos casos de hemorragia postoperatoria fueron diagnosticados y tratados a las pocas horas de su inicio, sin que en ningún momento se registraran episodios de hipotensión ni shock. Respecto a las complicaciones surgidas durante las revisiones en consulta, destaca la mayor incidencia de seromas axilares en el grupo con ingreso, por una mayor incidencia de LA, y el incremento de los seromas mamarios en las enfermas sin ingreso. Para esta última cuestión no tenemos una explicación clara y desconocemos si la inoculación del isótopo y colorante en la región del lecho quirúrgico tiene relevancia en la aparición de esta complicación.

El tratamiento quirúrgico en régimen de corta estancia constituye un paso intermedio entre la opción ambulatoria y la estancia ordinaria. Sus principales ventajas se concretan en un mayor tiempo de observación para el diagnóstico de las complicaciones postoperatorias y la posibilidad de educar a la paciente en el control de los drenajes durante su estancia hospitalaria. Su principal indicación se encuentra en las mujeres tratadas mediante una mastectomía y/o LA si bien, tal como ha ocurrido en nuestra experiencia, un grupo importante de pacientes con LA puede ser tratado dentro de un programa de cirugía ambulatoria. Las principales limitaciones a la cirugía de corta estancia se producen en mujeres con patologías secundarias limitantes, alteraciones psiquiátricas, retraso mental o ausencia de un apoyo familiar apropiado. Nuestro estudio ha evidenciado, además, que las pacientes con reconstrucción inmediata mediante un colgajo muscular constituyen un grupo que requiere un ingreso ordinario al precisar un control hospitalario del colgajo y un mayor tiempo de recuperación.

¿Cuáles son las ventajas de un tratamiento quirúrgico ambulatorio y de corta estancia en mujeres con cáncer de mama? La cirugía ambulatoria y de corta estancia se asocia al contexto de la eficiencia, ya que permite una mejora en la utilización de los recursos sanitarios¹². Aunque esta cualidad es evidente, debemos destacar otras relacionadas con el impacto psicológico de la enfermedad sobre la mujer¹³. Así, un grupo importante de mujeres viven su enfermedad como una sentencia de muerte que se acentúa por las heridas emocionales y psicológicas del tratamiento quirúrgico y médico. La cirugía ambulatoria y de corta estancia atenua esta secuela, especialmente cuando se utilizan técnicas mínimamente invasivas, como la BGC, y un proceso continuo y personalizado. En la experiencia de Margolese et al¹⁴, en donde se comparan dos grupos de mujeres intervenidas por un cáncer de mama con y sin ingreso, se destaca la mejora del contexto emocional en las enfermas no hospitalizadas, así como la disminución de los síntomas de estrés y la reducción en la recuperación física e incorporación a la actividad doméstica.

En conclusión, la cirugía en régimen ambulatorio y en régimen de corta estancia es una alternativa eficaz, eficiente y segura para la mujer con cáncer de mama. La cirugía conservadora constituye la principal indicación para este planteamiento ambulatorio, especialmente cuando se utilizan técnicas mínimamente invasivas, como la BGC, para valorar el estado de los ganglios de la axila. Su realización en unidades especializadas permite identificar precozmente las complicaciones, especialmente la hemorragia aguda, garantizando la seguridad de la paciente. Las mujeres intervenidas con mastectomía son subsidiarias de un ingreso de corta estancia en la mayoría de los casos, excepto cuando se asocia una técnica reconstructiva mediante colgajo muscular. En cualquiera de estas dos opciones, el proceso informativo es fundamental para que la mujer pueda seleccionar aquella modalidad que más se acerque a sus preferencias.

Bibliografía

- Barillari P, Leuzzi R, Bassiri A, D'Angelo F, Aurelio P, Naticchioni E. Trattamento ambulatoriale del carcinoma della mammella. Minerva Chir 2001;56:55-9.

2. Dravet F, Belloin J, Dupre P, Francois T, Robard S, Theard J, et al. Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénonologique. Étude prospective de faisabilité. Ann Chir 2000;125:668-76.
3. Dooley W. Ambulatory breast cancer surgery. Ann Surg Oncol 2000;7:174-5.
4. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. Am Surg 1997;63:865-7.
5. García A, Rojo R, Collado M, Ferreiro N, Samaranch N. Tratamiento quirúrgico conservador del cáncer infiltrante de mama en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp 2002;72:255-60.
6. Acea Nebril B, País P, Uriarte I, Pradas C, Gutián D, Candia B, et al. Biopsia del ganglio centinela en enfermas con cáncer de mama. Resultados de la fase de validación y efecto de la técnica de marcaje combinado en la identificación ganglionar y la concordancia histológica. Cir Esp 2002;72:23-7.
7. Warren J, Riley G, Potosky A, Klabunde C, Rotcher E, Ballard R. Trends and outcomes of outpatient mastectomy in elderly women. J Natl Cancer Inst 1998;90:833-40.
8. Case C, Johantgen M, Steiner C. Outpatient mastectomy: clinical, payer and geographic influences. Health Serv Res 2001;36:869-84.
9. Buonomo O, Granai A, Felici A, Piccirillo R, De Ligouri N, Guadagni F, et al. Day-surgical management of ductal carcinoma in situ (DCIS) of breast using wide local excision with sentinel node biopsy. Tumori 2002;88:S48-S9.
10. Seltzer M. Partial mastectomy and limited axillary dissection performed as a same day surgical procedure in the treatment of breast cancer. Int Surg 1995;80:79-81.
11. Clark J, Kent R. One-day hospitalization following modified radical mastectomy. Am Surg 1992;58:239-42.
12. McManus Š, Topp D, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. Am Surg 1994;60:967-70.
13. Kambouris A. Physical, psychological and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. Am Surg 1996;62:123-7.
14. Margolese R, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. Ann Surg Oncol 2000;7:181-7.