

## Cartas científicas

# Con el COVID-19 llegó el cambio y la ampliación de los programas de CMA en la patología mamaria



## With COVID-19 came the change and expansion of MAS programs in breast pathology

El cáncer de mama (CM) es el cáncer más frecuente en el mundo. En el año 2020 se diagnosticaron 33.000 nuevos casos en España<sup>1</sup>.

No hay duda de que la cirugía mayor ambulatoria (CMA) trae importantes beneficios, no sólo para el paciente, sino también para los servicios de salud. Se ha demostrado que el alta temprana contribuye a una mayor eficiencia sanitaria sin comprometer la calidad de la atención<sup>2</sup>. Margolese et al.<sup>3</sup> comprobaron que la CMA para el tratamiento del CM aporta múltiples ventajas; mayor satisfacción, beneficios psicológicos para las pacientes, reducción de costes sanitarios, etc. sin comprometer los resultados quirúrgicos en términos de morbilidad o reingresos.

La pandemia por la COVID fue un momento en el que se necesitó realizar cambios para poder dar atención adecuada y en tiempo a nuestras pacientes, con ello pudimos realizar cambios en nuestra práctica diaria, proporcionándonos la herramienta necesaria para producir un cambio en nuestros protocolos de actuación en los regímenes de hospitalización transformándolos en programas de CMA. Para mantener nuestra actividad y proporcionar el tratamiento quirúrgico a nuestra paciente, se decidió poner marcha una CMA en la que las pacientes con drenajes estaban incluidas.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados de la inclusión de un programa de CMA en pacientes a las que se les realizaron cirugía por CM y eran portadoras de drenaje tanto axilar o mamario.

Se intervinieron 364 pacientes de CM en el año 2020. Grupo 1 o grupo previo a la pandemia y el grupo 2 o durante la pandemia. En la [tabla 1](#) se recogen los datos más descriptivos de ambos grupos.

La proporción de pacientes con patología maligna que se sometieron a cirugía sin ingreso fue significativamente mayor en el grupo 2, sin embargo, no aumentamos las mastectomías, pero si disminuimos la cirugía reconstructiva.

En cuanto a los índices de calidad asistencial, se realizó una comparación descriptiva entre los años 2018, 2019 y 2020 ([tabla 2](#)). El número de cirugías con hospitalización en el año 2020 se redujo considerablemente, paralelamente al aumento en el número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios. En el año 2020 las camas evitadas para la mastectomía y para la tumorectomía, incluida la biopsia selectiva del ganglio centinela, fueron de -0,35 camas/día y -1,09 camas/día, respectivamente, lo que trasmite un ahorro económico y una mayor eficiencia.

En cuanto a la seguridad, dos pacientes experimentaron broncoespasmo durante la cirugía, uno (0,4%) en el grupo del protocolo CMA y uno (1,1%) en el grupo de hospitalizadas. Las tasas de incidencia de eventos adversos posoperatorios fueron del 1,1 (3/271) y 4,3% (4/93) en grupo 2 y 1, respectivamente (diferencia de medias: 3,2%; IC 95: -6,5 a 0,0%; p = 0,0553).

La situación vivida durante los años 2020 y 2021 debido a la pandemia del COVID-19 nos ha obligado a adoptar cambios en nuestros hábitos asistenciales, generalizando en el momento actual la CMA como protocolo habitual.

La cirugía ambulatoria del CM ha demostrado ser una estrategia factible y segura durante más de 20 años<sup>4</sup>. En los últimos años, CMA ha sido cada vez más popular hasta que se ha considerado el estándar de atención para la cirugía oncoplástica de mama en patologías benignas<sup>5</sup>. Sin embargo, algunos procedimientos quirúrgicos, como las mastectomías, la linfadenectomía y la reconstrucción mamaria, que a menudo requieren drenaje para prevenir la formación de seromas, no se han incluido convencionalmente, en los principales protocolos quirúrgicos ambulatorios.

Según los resultados del estudio actual, las tasas de procedimientos de CM para pacientes hospitalizados fueron altas en los años 2018 y 2019. De hecho, el número de mastectomías ambulatorias fue de 0 en 2018 y 2019 cada una, respectivamente, en comparación con 59 en 2020 (del 16 de marzo al 31 de diciembre de 2020).

Antes de marzo del 2020, los pacientes ingresaban durante 24 horas en unidades quirúrgicas siempre que llevaran algún drenaje o fueran de edad avanzada; mientras que al asumir dentro del programa de CMA a estas pacientes fueron dadas de alta el mismo día de la cirugía. Esta estrategia se tradujo en un ahorro de camas, tanto en cirugía tipo mastectomía (-0,35 camas por día) como en cirugía conservadora de mama que se asociaban a LA (-1,57 camas por día), no aumentando el número de complicaciones posoperatoria.

De forma subjetiva, ya que no se realizaron encuestas de satisfacción, las pacientes, sobre todo, de edad avanzadas acogieron bien este programa, probablemente porque no modificaban su rutina y se sentían apoyadas por su familia.

En cuanto a la seguridad, los resultados del estudio actual mostraron que el protocolo CMA era una estrategia segura en pacientes con CM. Hubo una tendencia a una menor tasa de incidencia de eventos adversos en el protocolo CMA en comparación con los programas de hospitalización, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa (diferencia de medias: 3,2%; IC 95: -6,5 a 0,0%; p = 0,0553).

**Tabla 1 – Características demográficas y clínicas de la muestra del estudio**

	En general (n = 364)	Grupo I (n = 93)	Grupo II (n = 271)	p
Edad, años				
Media (DE)	55,7 (14,1)	56,3 (13,0)	55,5 (14,5)	0,6362 <sup>a</sup>
IC 95%	54,3 a 57,2	53,6 a 59,0	53,8 a 57,2	
CC, n (%)				
Sí	249 (68,4)	55 (59,1)	194 (71,6)	0,0286 <sup>b</sup>
No	115 (31,6)	38 (40,9)	77 (28,1)	
Malignidad, n (%)				
Sí	300 (82,4)	71 (66,3)	229 (84,5)	0,0833 <sup>b</sup>
No	64 (17,6)	22 (23,7)	42 (15,5)	
Procedimiento quirúrgico, n (%) <sup>*</sup>				
Tumorectomía	84 (23,2)	21 (22,8)	63 (23,3)	
Tumorectomía + BSGC	149 (41,2)	29 (31,5)	120 (44,4)	
Tumorectomía + LA	2 (0,6)	1 (1,1)	1 (0,4)	
Mastectomía simple	12 (3,3)	6 (6,5)	6 (2,2)	
Mastectomía + BSGC	53 (14,6)	14 (15,2)	39 (14,4)	0,2002 <sup>c</sup>
Mastectomía + LA	24 (6,6)	7 (7,6)	17 (6,3)	
MAP-CAP	22 (6,1)	10 (10,9)	12 (4,4)	
BSGC	5 (1,4)	1 (1,1)	4 (1,5)	
LA	4 (1,1)	1 (1,1)	3 (1,1)	
Tumorectomía oncoplástica	7 (1,9)	2 (2,2)	5 (1,9)	
CMA, n (%)				
Sí	270 (74,2)	30 (32,3)	240 (88,6)	< 0,0001 <sup>b</sup>
No	94 (25,8)	63 (67,7)	31 (11,4)	
Recibieron NA	125 (34,34)	31 (33,3)	94 (34,6)	
Maligno en CMA n (%)	226	20 (28,2)	206 (90)	0,00
Benigno en CMA n (%)	44	10 (45)	34 (81)	0,04
CC en CMA, n	211	30	181	0,02
Mastectomía en CMA, n	59	0	59	0,00
CC en ordinario, n	39	25	14	
Mastectomía en ordinario, n	75	58	17	0,00

Grupo I: Sujetos que se sometieron a cirugía del 1 de enero al 15 de marzo de 2020.

Grupo II: Sujetos que se sometieron a cirugía del 16 de marzo al 31 de diciembre de 2020.

DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza; CMA: cirugía mayor ambulatoria; CC: cirugía conservadora de la mama; ILM: afectación de los márgenes de la lesión; CDI: carcinoma ductal invasivo; BSGC: biopsia del ganglio linfático centinela; LA: linfadenectomía axilar; MAP-CAP: mastectomía con preservación del pezón.

<sup>a</sup> Prueba t de Student de muestra independiente bidireccional.

<sup>b</sup> Prueba exacta de Fisher.

<sup>c</sup> Prueba chisquadrada.

<sup>\*</sup> Muestra 362 sujetos.

**Tabla 2 – Índices de calidad de los grupos relacionados con el diagnóstico hospitalario y ambulatorio más frecuentes en patología mamaria en los años 2018, 2019 y 2020 en nuestro hospital**

	Diagnóstico (GRD)	2018	2019	2020
GRD Hospitalización	362	94	83	35
n	363	136	127	23
GRD CMA	362	0	0	59
n	363	51	101	240
	385	83	163	85
IEMA hospitalización	362	0,62	0,74	0,62
	363	0,63	0,58	0,05
Camas día evitadas hospitalización	362	-0,13	-0,23	-0,08
	363	-0,13	-0,15	-0,05
Camas día evitadas CMA	362	0	0	-0,35
	363	-0,27	-0,61	-1,09
	385	-0,45	-1,1	-0,57
Índice funcional de pacientes hospitalizados	362	0,51	0,74	0,61
	363	0,81	0,58	0,63

GRD: grupo relacionado con el diagnóstico; IEMA índice de estancia media ajustada; 363: Procedimientos en mama excepto mastectomía; 362: Procedimientos de mastectomía; 385. Otras enfermedades de la piel, el tejido subcutáneo y mama; n: número de pacientes.

La CMA para cirugía de mama, incluyendo pacientes con drenajes, ha sido una alternativa segura y efectiva para mantener el tratamiento quirúrgico durante la pandemia.

Hay que tener en cuenta algunas limitaciones de estudio. El primero, y en nuestra opinión, el más importante, es el hecho de que se trata de un estudio de un solo centro, por lo que sólo refleja la realidad de un área de salud específica. Y el segundo la falta de realizar encuestas que valoren la opinión de las pacientes de forma objetiva

---

## Financiación

Esta investigación no ha recibido ayudas que provengan de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

---

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

---

## BIBLIOGRAFÍA

1. Las cifras del cáncer en España 2022 [Internet]. SEOM. 2022;1-38 [consultado 14 May 2023]. Disponible en: [https://seom.org/images/LAS\\_CIFRAS\\_DEL\\_CANCER\\_EN\\_ESPANA\\_2022.pdf](https://seom.org/images/LAS_CIFRAS_DEL_CANCER_EN_ESPANA_2022.pdf).
2. Panda N, Solsky I HAB. Redefiniendo la toma de decisiones compartida en el era digital. Eur J Surg Oncol. 2019;45:2287-8.

3. Margolese RG, Lasry JCM, Trentman TL, Mueller JT, Gray RJ, Pockaj BA, et al. Outpatient surgery performed in an ambulatory surgery center versus a hospital: Comparison of perioperative time intervals. Ann Surg Oncol [Internet]. 2020;54:487-97. <http://dx.doi.org/10.1007/s10549-020-05644-z>.
4. Vuong B, Graff-Baker AN, Yanagisawa M, Chang SB, Mentakis M, Shim V, et al. I. Implementación de un programa de recuperación en el hogar después de la mastectomía en un sistema de prestación de atención médica grande e integrado. Ann Surg Oncol. 2019;26:3178-84.
5. Medina Velázquez R, Jiménez Díaz L, Fernández Carrión J, Rosas Bermúdez C, Miralles Curto M, Acosta Mérida MA, et al. Major Ambulatory Surgery for the Treatment of Breast Cancer: Factors Conditioning Conversion to Conventional Hospitalization. Cir Esp (Engl Ed). 2019;97:40-5.

Elvira Buch<sup>ab</sup>, Mireia Bauza<sup>a</sup>, Ernesto Muñoz<sup>a</sup>, Marcos Adrianzén<sup>a</sup> y Vicente López<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía del Hospital Clínico Universitario de Valencia

<sup>b</sup>Universidad Medicina CEU Cardenal Herrera Valencia

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [buch\\_elv@gva.es](mailto:buch_elv@gva.es) (E. Buch).

<https://doi.org/10.1016/j.cireng.2022.03.021>  
0009-739X/© 2024 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.  
Todos los derechos reservados.