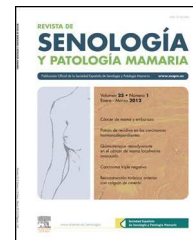




# Revista de Senología y Patología Mamaria

[www.elsevier.es/senologia](http://www.elsevier.es/senologia)



## ORIGINAL

## Tratamiento quirúrgico ambulatorio del cáncer de mama. Experiencia en el Hospital General de Ciudad Real



Susana Sánchez-García\*, Ricardo Pardo-García,  
M. Carmen Manzanares Campillo, Virginia Muñoz-Atienza,  
Esther P. García-Santos y Jesús Martín Fernández

Departamento de Cirugía General, Hospital General Universitario, Ciudad Real, España

Recibido el 24 de enero de 2015; aceptado el 2 de agosto de 2015

Disponible en Internet el 8 de septiembre de 2015

### PALABRAS CLAVE

Cirugía del cáncer de  
mama;  
Cirugía mayor  
ambulatoria;  
Cáncer de mama

### KEYWORDS

Breast cancer  
surgery;  
Ambulatory surgery;  
Breast cancer

### Resumen

**Objetivo:** Describir la casuística de pacientes con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas en el Hospital General Universitario de Ciudad Real mediante un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA).

**Pacientes y método:** Estudio descriptivo retrospectivo donde se presenta la serie de pacientes del Hospital General de Ciudad Real con diagnóstico de cáncer de mama e intervenidas quirúrgicamente en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 1 de febrero de 2011.

**Resultados:** Se intervinieron un total de 130 pacientes; de ellas, un 20% se consideraron larga estancia, un 32,3% corta estancia y un 47,7%, CMA. En el 69,4% de los casos, las técnicas quirúrgicas más asociadas a CMA fueron cirugías conservadoras.

**Conclusiones:** La cirugía del cáncer de mama es factible en programas de cirugía mayor ambulatoria, con criterios establecidos de selección de pacientes. Las técnicas conservadoras fueron las más empleadas en nuestro programa.

© 2015 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Breast cancer ambulatory surgery. Experience at General Hospital in Ciudad Real

#### Abstract

**Objective:** To describe the series of patients diagnosed with breast cancer that went to the operation room in the Ambulatory Surgery Program in the University General Hospital of Ciudad Real.

**Patients and methods:** Retrospective descriptive study of patients diagnosed of breast cancer in University General Hospital of Ciudad Real and had been operated between 01-01-2010 to 01-02-2011.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ssanchezgarcia15@gmail.com](mailto:ssanchezgarcia15@gmail.com) (S. Sánchez-García).

**Results:** 130 patients were analyzed. 20% were considered long stay more than 72 hours, 32,3% were short stay and 47,7% were ambulatory surgery. Conservative surgery were performed in 69,4% of all the cases included.

**Conclusion:** Breast cancer surgery is feasible in ambulatory surgery programs with patients selection criteria. Conservative techniques were the most common surgery in our program.

© 2015 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

Tradicionalmente, las pacientes sometidas a cirugía del cáncer de mama han requerido ingreso hospitalario para la realización de mastectomía o cirugía conservadora, con o sin linfadenectomía axilar, encaminado al control del sangrado postoperatorio, cuidado de los drenajes quirúrgicos y observación de posibles efectos adversos de la anestesia general. Gracias a los programas de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia es posible mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios<sup>1</sup>.

En algunos estudios no se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en morbilidad o reingresos hospitalarios en pacientes intervenidas de cirugía del cáncer de mama entre un régimen de hospitalización y uno de cirugía mayor ambulatoria<sup>2</sup>. Sin embargo, las diferencias en términos económicos, psicológicos y de satisfacción para las pacientes son destacadas<sup>3,4</sup>. Por lo tanto, la cirugía del cáncer de mama podría ser incluida en un programa de cirugía mayor ambulatoria, en base a criterios de inclusión seleccionados.

En nuestro centro, disponemos de una unidad de cirugía mayor ambulatoria estructurada con recursos físicos y humanos con el objetivo de seleccionar a los pacientes subsidiarios de la inclusión en dicho programa. El objetivo de este estudio es presentar la serie de pacientes intervenidas de cirugía oncológica de la mama en el Hospital General Universitario de Ciudad Real en un periodo de 13 meses, destacando los casos que fueron incluidos en un régimen de cirugía mayor ambulatoria.

## Pacientes y método

Presentamos un estudio descriptivo y retrospectivo donde se analiza la serie de pacientes del Hospital General de Ciudad Real con diagnóstico de cáncer de mama intervenidas quirúrgicamente en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2010 y el 1 de febrero 2011. La variable principal es la estancia media hospitalaria, definida por *cirugía mayor ambulatoria* (CMA: sin ingreso hospitalario), *ingreso de corta estancia* (menor de 72 h) o *ingreso de larga estancia* (mayor de 72 h) en cada una de las técnicas quirúrgicas empleadas. Otras variables analizadas son el tipo de cirugía y las complicaciones postoperatorias.

Los *criterios de inclusión* de las pacientes en régimen de CMA son los adaptados y publicados por Acea<sup>5</sup>:

- Mujeres 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.

Entre los criterios de exclusión, destacan:

- 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.

## Resultados

Se intervinieron un total de 130 pacientes, con una edad media de 59,7 años; de ellas, un 20% se consideraron larga estancia, un 32,3% corta estancia y un 47,7% de CMA (tabla 1). Las pacientes incluidas en el régimen de CMA presentaron un ECOG 0-1 y ASA I-II. La técnica quirúrgica más empleada en régimen de CMA corresponde a cirugías conservadoras de mama, asociadas o no a biopsia de ganglio centinela (69,4%), junto con técnicas de menor complejidad, como ampliaciones de márgenes quirúrgicos o biopsias escisionales (12,9%) (fig. 1).

El tipo de anestesia utilizada fue anestesia general en la mayoría de los casos (87%). La anestesia local (13%) se limitó a las pacientes con procedimientos menos complejos (biopsias escisionales o ampliaciones de márgenes).

Se registraron 2 casos de infección de herida que requirieron drenaje quirúrgico, 2 casos de hematomas en lecho quirúrgico autolimitados y una reintervención quirúrgica por sangrado postoperatorio precoz. De estas complicaciones observadas, una paciente pertenecía al régimen de CMA (infección de herida quirúrgica que precisó drenaje tras cirugía conservadora de mama), 3 al régimen de corta estancia (una cuantrectomía con BSGC que se reintervino por sangrado postoperatorio, una mastectomía simple con hematoma autolimitado y una cuantrectomía con infección de herida) y una al régimen de larga estancia (mastectomía con linfadenectomía que presentó hematoma autolimitado).

**Tabla 1** Procedimientos quirúrgicos realizados durante el período, según la estancia

| Procedimientos                                     | CMA        | Corta estancia (< 72 h) | Larga estancia (> 72 h) |
|----------------------------------------------------|------------|-------------------------|-------------------------|
| Cirugía conservadora ± BSGC                        | 43 (69,4%) | 12 (4,8%)               | 0                       |
| Cirugía conservadora ± LA                          | 5 (8,1%)   | 18 (42,9%)              | 5 (19,2%)               |
| Mastectomía ± BSGC                                 | 4 (6,5%)   | 12 (28,6%)              | 7 (26,9%)               |
| Mastectomía ± LA                                   | 2 (3,2%)   | 10 (23,8%)              | 14 (53,8%)              |
| Otros (biopsia escisional, ampliación de márgenes) | 8 (12,9%)  | 0                       | 0                       |
| Total                                              | 62         | 52                      | 26                      |

BSGC: biopsia selectiva de ganglio centinela; CMA: cirugía mayor ambulatoria; LA: linfadenectomía axilar.

## Discusión

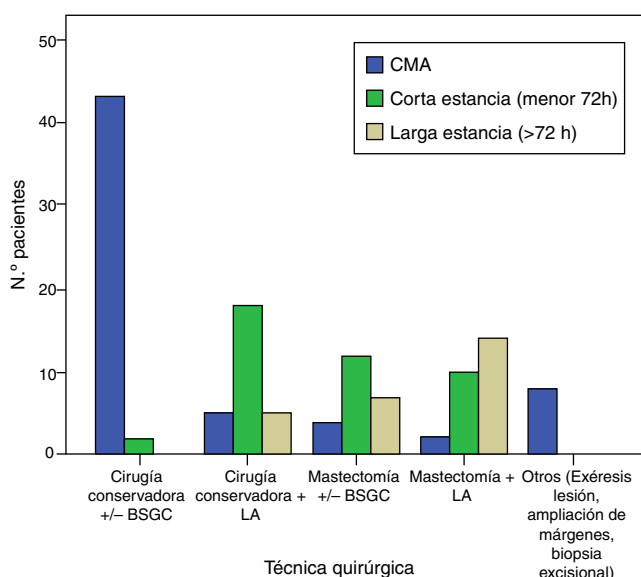
La cirugía sin ingreso hospitalario se ha ido implantando de forma progresiva y ampliando sus indicaciones a diversos campos quirúrgicos, incluida la patología quirúrgica de la mama. Hasta hace unos años, las mujeres intervenidas de cirugía mamaria se mantenían ingresadas para control postoperatorio tanto analgésico como del sangrado posquirúrgico. Con la puesta en marcha en centros hospitalarios de programas de cirugía sin ingreso o cirugía mayor ambulatoria, los criterios de inclusión de estas pacientes cada vez son más amplios<sup>5</sup>. La mayor especialización de los cirujanos dedicados a la patología mamaria, así como las técnicas oncológicas cada vez más conservadoras, consiguen que estas intervenciones se incluyan en programas de cirugía sin ingreso<sup>5,6</sup>.

En nuestra revisión, las técnicas que más frecuentemente formaron parte del programa de CMA fueron las técnicas conservadoras, como cuadrantectomías por carcinoma mamario o ampliaciones de márgenes positivos de cirugías previas. Este tipo de intervenciones, además de ser técnicamente de menor complejidad y presentar un menor índice de complicaciones, son subsidiarios de procedimientos anestésicos locales o locorregionales, contando con un equipo de

anestesia dispuesto a aplicar esta práctica. Así, se fomenta la recuperación precoz sin disminuir el control analgésico<sup>7</sup>.

En los estudios publicados en la literatura se concluye que la cirugía del cáncer de mama en régimen de CMA es una opción factible, segura y con menores costes sanitarios en comparación con la hospitalización de las pacientes<sup>8,9</sup>. Al igual que en nuestra serie, las complicaciones postoperatorias y el reingreso hospitalario no presentan mayor incidencia en las pacientes incluidas en el programa de CMA. A pesar de ello, son necesarios estudios prospectivos y aleatorizados que demuestren estos hallazgos.

En las pacientes donde el alta hospitalaria de CMA no es posible (náuseas o vómitos, mal control del dolor), el tratamiento quirúrgico de corta estancia constituye un paso intermedio entre la opción ambulatoria y la estancia ordinaria. En este caso, ya no es un régimen de CMA, puesto que requiere ingreso hospitalario, con los costes añadidos, no analizados en este estudio. Sus principales ventajas se concretan en un mayor tiempo de observación para el diagnóstico de las complicaciones postoperatorias inmediatas (sangrado o dolor) y la posibilidad de educar a la paciente y la familia durante su estancia hospitalaria para el control de los drenajes<sup>10-12</sup>. En nuestra serie, del 32,3% de las pacientes de ingreso de corta estancia (ingreso hospitalario), un 3,2% procedían de la unidad de CMA. Los criterios del ingreso fueron las náuseas y los vómitos postoperatorios. Esta situación nos indica la implicación del equipo de anestesia en el manejo de los pacientes incluidos en CMA, para el control tanto intra como postoperatorio inmediato de las comorbilidades<sup>13</sup>. Así, en determinados procedimientos, como la linfadenectomía axilar o la mastectomía simple, se puede plantear el alta hospitalaria formando parte de ingreso de corta estancia, incluso de CMA, explicando a la paciente el manejo del drenaje, en el caso de su uso. Para este tipo de procedimientos, en los que existe un mayor riesgo de hemorragia postoperatoria y requieren un mayor control analgésico, la educación sanitaria es fundamental<sup>7-15</sup>. Ofrecer a las pacientes desde la consulta la posibilidad de un procedimiento quirúrgico ambulatorio cuando se enfrentan a una patología maligna y tan mutilante como es el cáncer de mama puede ayudar a que el proceso terapéutico sea menos traumático, fomentando la autonomía de las pacientes. Las pacientes con apoyo familiar y domicilio cercano, además de la enseñanza del control del drenaje quirúrgico por parte de personal de enfermería cualificado, pueden incluirse en un programa de ingreso de corta estancia. Esta decisión se debe basar en la autonomía que tiene la paciente para elegir entre el procedimiento ambulatorio o con ingreso, siempre bajo una



**Figura 1** Comparativa entre los procedimientos realizados según la estancia hospitalaria.

BSGC: biopsia selectiva de ganglio centinela; CMA: cirugía mayor ambulatoria; LA: linfadenectomía axilar.

adecuada información ofrecida por el cirujano y una unidad de CMA con equipos multidisciplinares formados para tal fin<sup>16,17</sup>.

En conclusión, la cirugía del cáncer de mama es factible en programas de CMA utilizando criterios de selección de las pacientes y equipo experimentado y multidisciplinar, ofreciendo educación sanitaria a las pacientes para los cuidados postoperatorios.

En nuestra serie, como en la literatura, las técnicas conservadoras son las más empleadas en estos programas, probablemente en relación con la disminución de la agresividad quirúrgica en el cáncer de mama.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses en este artículo.

## Bibliografía

1. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. *Br J Surg*. 2010;97:141–50.
2. Dravet F, Belloin J, Dupre PF, Francois T, Robard S, Theard JL, et al. Role of outpatient surgery in breast surgery. Prospective feasibility study. *Ann Chir*. 2000;125:668–76.
3. Bonnema J, van Wersch AM, van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Paul MA, et al. Medical and psychosocial effects of early discharge after surgery for breast cancer: randomised trial. *BMJ*. 1998;316:1267–71.
4. Bonnema J, van Wersch AM, van Geel AN, Pruyn JF, Schmitz PI, Uyl-de Groot CA, et al. Cost of care in a randomised trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. *Eur J Cancer*. 1998;34:2015–20.
5. Acea B. Cáncer de mama y cirugía mayor ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cir Esp*. 2004;75:64–8.
6. Cantero A, Mederos ON, Romero CA, Barrera JC. Cirugía ambulatoria y de corta hospitalización en el cáncer de mama. *Rev Cubana Cir*. 2007;46(2).
7. López Álvarez S, Acea Nebril B, González Nisarre C. Cáncer de mama en programas de CMA. *Cir May Amb*. 2004;9:22–7.
8. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg*. 2009;7:318–23.
9. Ng YY, Chan PM, Chen JJ, Seah MD, Teo C, Tan EY. Adopting ambulatory breast cancer surgery as the standard of care in an asian population. *Int J Breast Cancer*. 2014. ID 672743.
10. 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.
11. Margolese R, Larsy J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Chir Oncol*. 2000;7:181–7.
12. Dooley W. Ambulatory breast cancer surgery. *Ann Chir Oncol*. 2000;7:174–5.
13. Coveney E, Weltz CR, Greengrass R, Iglehart JD, Leight GS, Steele SM, et al. Use of paravertebral block anesthesia in the surgical management of breast cancer: experience in 156 cases. *Ann Surg*. 1998;227:496–501.
14. Mascaro A, Farina M, Gigli R. Recent advances in the surgical care of breast cancer patients. *World J Surg Oncol*. 2010;8:5.
15. de Kok M, Frotscher CN, van der Weijden T, Kessels AG, Dirksen CD, van de Velde CJ, et al. Introduction of a breast cancer care programme including ultra short hospital stay in 4 early adopter centres: Framework for an implementation study. *BMC Cancer*. 2007;7:117.
16. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. *Am Surg*. 1997;63:865.
17. Candia B, Cereijo C, Gonzalez C. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama en cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Clin*. 2005;15:106–7.