

ORIGINAL

Programa de cirugía mayor ambulatoria para cáncer de mama: experiencia en el Hospital de Mataró



Elisabet Julià*, Guillem Picart, Cristina Serra, Maribel Nieto, Gladys-Margarita Hernández y Josep Maria Gubern

Unidad de Patología Mamaria, Hospital de Mataró, Consorci Sanitari del Maresme, Mataró, Barcelona, España

Recibido el 28 de marzo de 2016; aceptado el 13 de enero de 2017
Disponibile en Internet el 7 de marzo de 2017

PALABRAS CLAVE

Cáncer de mama;
Cirugía mayor ambulatoria;
Cirugía para cáncer de mama;
Cirugía sin ingreso

Resumen

Objetivos: Estudiar los resultados obtenidos desde el pleno funcionamiento del programa de cirugía mayor ambulatoria para cáncer de mama en nuestro centro.

Métodos: Análisis retrospectivo de las pacientes intervenidas de cáncer de mama dentro del programa desde enero del 2012 hasta diciembre del 2014. Se han estudiado el número de pacientes tratadas en el programa, el tipo de procedimientos quirúrgicos realizados, la evolución del índice de sustitución del tratamiento quirúrgico para el cáncer de mama, la tasa y las causas de conversión a ingreso y los motivos de no inclusión en el programa.

Resultados: Durante este período 369 pacientes fueron intervenidas de cáncer de mama, de las cuales 161 fueron incluidas en el programa. El índice de sustitución global fue del 44%.

Del 2012 al 2014, la tasa de conversión al ingreso fue del 10% (18 pacientes) siendo las 2 primeras causas la linfadenectomía axilar por positividad del ganglio centinela (12 pacientes) y las complicaciones postoperatorias inmediatas médicas o anestésicas (5 pacientes); 31 pacientes no fueron incluidas en el programa: 19 (61%) por comorbilidades médicas, 5 (16%) por motivos sociales y 7 (23%) por decisión del cirujano responsable.

Conclusiones: La cirugía ambulatoria para el tratamiento del cáncer de mama se muestra factible y segura. Desde el inicio del programa el índice de sustitución ha aumentado de forma progresiva, presentando una buena tasa de satisfacción por parte de las pacientes tratadas.

© 2017 SESPM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ejulia@c sdm.cat (E. Julià).

KEYWORDS

Breast cancer;
Major ambulatory
surgery;
Surgery for breast
cancer;
Outpatient surgery

Major ambulatory surgery programme for breast cancer: Experience in Hospital de Mataró (Spain)

Abstract

Objectives: To study the results obtained after the full implementation of a major ambulatory surgery programme for breast cancer in our centre.

Methods: A retrospective review was conducted of all patients undergoing breast cancer surgery within a major ambulatory surgery programme from January 2012 to December 2014. We studied the number of patients treated in the major ambulatory surgery programme, the trend in the substitution rate of breast cancer surgical treatment, the surgical procedures performed, the satisfaction rate, the inpatient rate and its causes, and the reasons for not including patients in the ambulatory programme.

Results: During this period, 369 patients underwent breast cancer surgery, of which 161 were included in the major ambulatory surgery programme. The overall substitution rate was 44%.

From 2012 to 2014, the inpatient rate was 10% (18 patients), the two main causes being axillary lymph node dissection due to a positive result of sentinel lymph node biopsy (12 patients) and medical and anaesthetic postoperative complications (5 patients). A total of 31 patients were not included in the program: 19 (61%) due to medical comorbidities, 5 (16%) due to social reasons and 7 (23%) due to the decision of the treating surgeon.

Conclusions: Outpatient surgery programmes for breast cancer are feasible and safe. Since the start of the programme, the substitution rate in our centre has improved progressively, resulting in a good satisfaction rate among treated patients.

© 2017 SESPM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las primeras intervenciones ambulatorias publicadas en la literatura se remontan al 1909, cuando James Nicoll publicó la realización de casi 9.000 intervenciones ambulatorias en cirugía pediátrica¹. En los últimos años, los programas de cirugía ambulatoria se han popularizado a nivel mundial y se han utilizado para todo tipo de patologías y especialidades, siendo mayoritariamente patologías benignas las tratadas mediante ambulatorización².

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama, por otro lado, ha ido evolucionando, siendo cada vez menos agresivos y más conservador para la mama y los ganglios axilares, de modo que se ha considerado adecuado para los programas de cirugía ambulatoria. Desde el inicio de la década de los años 90 se están poniendo en marcha programas de cirugía ambulatoria para cáncer de mama en centros de varios países³⁻⁵, consiguiendo muy buenos resultados tanto por el bajo índice de complicaciones como a nivel de satisfacción de las pacientes, contribuyendo así a mejorar su estado emocional, sobre todo en patologías malignas.

En nuestro centro los programas de cirugía ambulatoria para las distintas especialidades se iniciaron en el año 2004. Actualmente, están plenamente implantados, representando las intervenciones realizadas mediante los programas de ambulatorización el pasado año 2014 un 32% del global de las intervenciones quirúrgicas realizadas en nuestro centro.

El tratamiento quirúrgico ambulatorio de las patologías mamarias se inició con la apertura de la Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI), en 2004, inicialmente con patologías benignas y posteriormente se fue ampliando a patología

maligna. Dicho programa para cáncer de mama fue iniciado en 2009, aplicándose de forma progresiva, siendo en el año 2012 en que se considera plenamente instaurado y aceptado por parte de los cirujanos y ginecólogos que forman parte de la Unidad de Patología Mamaria.

El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos desde el pleno funcionamiento del programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) para cáncer de mama en nuestro centro.

Pacientes y métodos

Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de las pacientes intervenidas por cáncer de mama dentro del programa de CMA en el Hospital de Mataró desde enero del 2012 hasta diciembre del 2014 sobre una base de datos recogida de forma prospectiva (StatView Sas Institute Inc[®]).

Los criterios de inclusión para el programa de CMA para el cáncer de mama son: 1) cumplir los criterios de la UCSI (tabla 1); 2) intervenciones sin requerimiento de drenajes aspirativos: biopsia del ganglio centinela (BGC), tumorectomía y tumorectomía con BGC, y 3) entendimiento, aceptación y firma del consentimiento informado de la intervención y del programa de cirugía ambulatoria por parte de la paciente o de un adulto responsable.

Los criterios de exclusión son: 1) Cumplir los criterios de exclusión de la UCSI (tabla 1), y 2) necesidad de drenajes aspirativos: mastectomía, linfadenectomía, reconstrucciones mamarias inmediatas y tumorectomías con reducción mamaria contralateral.

El funcionamiento del circuito ambulatorio se inicia en la consulta externa, donde el cirujano responsable de la

Tabla 1 Criterios de selección de los pacientes para la UCSI

Criterios de selección

Del paciente

Aceptación del programa sin ingreso
Actitud positiva y activa frente la enfermedad
Aceptable comportamiento frente el dolor

Socio-familiares

Teléfono cercano y accesible en el domicilio
Ausencia de barreras arquitectónicas (según procedimiento)
Adulto responsable durante las primeras 24-48 h
Buena comunicación entre el paciente y el centro sanitario
Ausencia de barreras idiomáticas y/o culturales
Transporte propio (coche o taxi).

Criterios de inclusión*Según intervención*

Poca preparación prequirúrgica
 Dolor posoperatorio controlable con analgesia oral
 No necesidad de antibioterapia por vía intravenosa
 Intervenciones sin foco séptico
 Escasa pérdida hemática
 Duración aproximada de la intervención de 1,5 h
 Intervención con poco riesgo de complicaciones
 Ingesta y deambulación precoz

Según patología

ASA I y II
 ASA III y IV estables sin descompensaciones los últimos 3 meses
 EPOC, diabetes tipo II y obesidad solo serán admitidos en función de la intervención y la técnica anestésica
 En pacientes insulino dependientes serán solo incluidos en caso de diabetes tipo II bien controlada
 Pacientes en tratamiento anticoagulante: pacientes con acenocumarol si buena preparación prequirúrgica por parte del servicio de Hematología, con control de INR

Criterios de exclusión

Diabetes tipo I
 EPOC, obesidad con IMC > 40, si requieren anestesia general
 Pacientes psiquiátricos de difícil control o con tratamiento con IMAO
 Drogodependencia sin control y/o tratamiento
 Antecedentes personales o familiares de coagulopatías
 Pacientes pediátricos de menos de 10 kg de peso
 Antecedentes de complicaciones anestésicas en intervenciones anteriores

paciente evalúa la posibilidad de su inclusión en el programa de CMA, ofreciendo toda la información necesaria y un tríptico informativo acerca del proceso a seguir en el caso de ser intervenida mediante CMA. Asimismo, se requiere de la paciente la firma del consentimiento informado que hace especial referencia a su inclusión en el programa de CMA.

Desde la UCSI, el día previo a la intervención una persona del equipo de enfermería contacta telefónicamente con las pacientes para recordar las indicaciones previas al ingreso; al día siguiente las pacientes ingresan a la hora

programada a la UCSI, donde se realizará la preparación previa a la intervención.

Una vez intervenidas, la reanimación postoperatoria inmediata se realiza en el bloque quirúrgico y posteriormente son trasladadas a la UCSI para completar la reanimación postoperatoria y ser dadas de alta a su domicilio, el mismo día de la intervención, con la medicación analgésica postoperatoria prescrita según protocolo y con información sobre los cuidados de las heridas, las normas de reconsulta y la citación en consultas externas con el cirujano responsable. Es recomendable programar a estas pacientes a primera hora de la mañana para tener suficiente tiempo de observación postoperatorio.

Al día siguiente de la intervención, una enfermera contacta telefónicamente con las pacientes para consultar su estado y resolver las posibles dudas existentes.

Las variables analizadas en el estudio son:

1. El número de pacientes intervenidas de cáncer de mama en nuestro centro y el número de ellas incluidas dentro del programa de CMA.
2. El tipo de procedimientos quirúrgicos realizados mediante cirugía ambulatoria.
3. La evolución del índice de sustitución (IS) del tratamiento quirúrgico ambulatorio para el cáncer de mama a lo largo del período analizado. El IS es el porcentaje de intervenciones realizadas mediante el programa de CMA respecto el total de intervenciones.
4. La tasa y las causas de conversión a ingreso en las pacientes inicialmente programadas para el programa de CMA. La tasa de conversión es el porcentaje de pacientes programadas inicialmente para CMA que ingresaron respecto al total de intervenciones programadas como CMA.
5. Las causas de exclusión del programa de CMA en pacientes tributarias de haber sido incluidas.
6. El número de visitas a urgencias durante las primeras 24-72 h postoperatorias de las pacientes intervenidas dentro del programa de CMA.
7. El índice de satisfacción de las pacientes intervenidas dentro del programa de CMA. El índice de satisfacción se midió a través de una encuesta telefónica a las 2 semanas de la intervención y se realizó mediante un cuestionario con 13 ítems, los 10 primeros referentes al grado de satisfacción global del programa de CMA valorados del 0 al 10 (mínima satisfacción a máxima satisfacción) y los 3 últimos valorando las posibles complicaciones postoperatorias (náuseas y vómitos, dolor y sangrado). Se considera alto grado de satisfacción una puntuación superior o igual a 80 (sobre 100).

El análisis de los resultados se ha realizado calculando los porcentajes de los distintos tipos de intervenciones, del IS y de la media aritmética y la desviación estándar de la edad de las pacientes.

Resultados

Desde la total implantación del programa de CMA para cáncer de mama, de enero del 2012 a diciembre del 2014, 369 pacientes fueron intervenidas de cáncer de mama. Inicialmente, 179 pacientes fueron programadas para ser

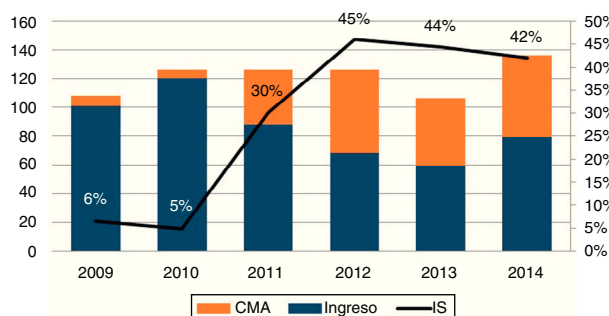


Figura 1 Evolución del índice de sustitución.

incluidas en el programa de CMA, 161 de las cuales fueron dadas de alta a su domicilio desde la UCSI sin complicaciones postoperatorias inmediatas, siendo el IS del 44% (fig. 1); 18 finalmente tuvieron que ingresar 24-48 h (por complicaciones postoperatorias leves), siendo, por tanto, la tasa de conversión a ingreso de un 10% de las pacientes inicialmente programadas dentro del programa de CMA.

Las causas de ingreso de las pacientes inicialmente programadas como ambulatorias fueron: en 12 de ellas por necesidad de drenajes aspirativos al haber tenido que efectuar una linfadenectomía axilar por positividad del ganglio centinela en el análisis patológico intraoperatorio, una paciente por un hematoma tratado de forma conservadora sin necesidad de revisión quirúrgica, 3 por complicaciones anestésicas postoperatorias presentando náuseas y vómitos persistentes con inestabilidad de la marcha, una por mal control glucémico de su diabetes mellitus de base, por lo que se decidió ingreso para control e insulino terapia, y una por no cumplir preoperatoriamente los criterios de inclusión.

Respecto al tipo de procedimiento realizado, en 22 pacientes se realizó tumorectomía (12%), en 155 pacientes tumorectomía con BGC (87%) y en 2 pacientes BGC (1%).

Durante este período no se registraron visitas a urgencias durante las primeras 24-72 h postoperatorias en las pacientes intervenidas dentro del programa de CMA.

Teniendo en cuenta los criterios quirúrgicos de selección para entrar en el programa de CMA (tabla 1), 220 pacientes fueron tributarias a entrar: 179 fueron incluidas, de las cuales 18 finalmente ingresaron; las 31 pacientes restantes fueron tributarias a entrar en el programa de CMA pero no fueron incluidas en el mismo por diversas causas. Las principales causas de exclusión de estas pacientes fueron en 19 pacientes las comorbilidades médicas (61%), en 5 pacientes motivos sociales (16%) y en un 7 pacientes (23%) por la no aceptación de la ambulatorización por parte de la paciente o los familiares, o por criterio del cirujano responsable.

El índice de satisfacción general de la UCSI de nuestro centro durante el período estudiado fue superior a los 90 puntos sobre 100 en el global de las intervenciones realizadas mediante cirugía ambulatoria, según las encuestas telefónicas realizadas.

Discusión

La cirugía sin ingreso se ha ido generalizando progresivamente en las distintas disciplinas quirúrgicas en las últimas décadas. Y desde hace más de 20 años se ha aplicado también a la patología mamaria³⁻⁶. Con la evolución de los

procedimientos quirúrgicos oncológicos para el cáncer de mama a cirugías menos agresivas y con técnicas anestésicas y fármacos que permiten recuperaciones más rápidas², estos han pasado a ser tributarios de ser incluidos en los programas de cirugía ambulatoria. Además, se ha generalizado el uso de protocolos estrictos de actuación y manejo para poder dar de alta a los pacientes de los programas de cirugía ambulatoria de forma más segura y, por tanto, minimizar el riesgo de complicaciones⁷. Es decir, actualmente, los programas de cirugía ambulatoria para el cáncer de mama son factibles y seguros obteniendo buenos resultados tanto en el número de consultas a urgencias y complicaciones postoperatorias⁸⁻¹⁰, así como disminuyendo el impacto emocional en las pacientes sometidas a cirugía del cáncer de mama¹¹. Además, dichos programas representan un ahorro para el sistema sanitario, ya que se ha disminuido el número de ingresos y los costes asociados a los mismos¹².

Nuestro centro dispone de una UCSI «integrada», es decir, con quirófanos compartidos con el bloque quirúrgico, en el cual se interviene a los pacientes con ingreso hospitalario pero con un área de acogida de los pacientes, reanimación y observación propia.

Con el tiempo, se han incluido en el programa de CMA cada vez más procedimientos quirúrgicos para la patología mamaria, incluyendo desde hace años los tratamientos quirúrgicos conservadores para el cáncer de mama.

Desde la introducción del programa de CMA para el cáncer de mama en nuestro centro en 2009, el IS ha ido aumentando progresivamente, siendo menor del 10% los primeros años y llegando a ser superior al 40% en los últimos 3 años, es decir, desde la plena implantación del programa (fig. 1). El IS logrado por nuestro equipo sería equiparable con los resultados obtenidos por otros autores¹⁰. Aun así, los valores de IS varían mucho según las experiencias en los distintos hospitales, con rangos del 18% a más del 70%^{5,9}.

Las causas de conversión a ingreso en las pacientes inicialmente programadas para realizarse ambulatoriamente en 2 tercios de los casos son debidas a la realización de la linfadenectomía por positividad del ganglio centinela en el análisis intraoperatorio. Nuestra tasa de conversión a ingreso se encuentra dentro de los valores hallados en la literatura⁸; estos autores en su revisión sistemática presentan unas tasas de conversión del 0 al 14%.

Desde el inicio del programa, no se han registrado consultas a urgencias durante las primeras 24-72 h postoperatorias por parte de las pacientes dadas de alta el mismo día de la intervención ni complicaciones mayores postoperatorias inmediatas.

Las pacientes no incluidas en el programa de CMA para cáncer de mama lo son, en general, por no cumplir los criterios de inclusión. Se debe mencionar que hubo 7 de las pacientes tributarias de ser intervenidas ambulatoriamente que no lo fueron, en la mayoría de los casos debido a la no aceptación por parte de las pacientes o a criterio del cirujano responsable.

El nivel de satisfacción general del programa de cirugía ambulatoria en nuestro hospital está alrededor del 90%, que es parecido a los valores ya publicados¹³, aunque los test utilizados en los 2 casos no son exactamente los mismos y, por lo tanto, son difícilmente comparables.

Además, en las pacientes intervenidas por cáncer de mama, la realización de un tratamiento de base ambulatoria

supone una minimización del impacto emocional que comporta la enfermedad y una mayor autonomía de estas^{13,14}, por tanto, consideramos importante ofrecer una buena información, en la consulta externa, por parte del cirujano que va a llevar a cabo la intervención quirúrgica sobre el tratamiento quirúrgico y los cuidados durante el postoperatorio inmediato¹⁵⁻¹⁷, generando en las pacientes la confianza necesaria en el programa y les permita plantear las dudas que puedan presentar.

Aunque en esta revisión no se han analizado los efectos económicos de este tipo de programas, se ha visto que sirven también para mejorar la eficiencia del sistema sanitario al disminuir la necesidad de ingresos hospitalarios¹⁵.

En el futuro, queremos incrementar el IS en nuestro centro, añadiendo en las indicaciones de cirugía ambulatoria las mastectomías y linfadenectomías axilares, como hacen en otros centros^{5,10}, que actualmente son criterio de exclusión por la necesidad de drenajes aspirativos. Aun así, actualmente se está poniendo en marcha un programa mixto entre la UCSI y la unidad de Hospitalización Domiciliaria (HD) para incluir a las pacientes con drenajes. Estas pacientes son dadas de alta a domicilio el mismo día de la intervención y reciben visitas domiciliarias diarias por parte del personal médico y/o de enfermería de HD, se les realizan curas de las heridas quirúrgicas y se lleva a cabo el manejo de los drenajes, evitando a las pacientes tener que acudir al hospital durante el postoperatorio inmediato para el control de los drenajes. Este programa está teniendo muy buena acogida por parte de las pacientes.

En conclusión, el tratamiento quirúrgico sin ingreso del cáncer de mama es factible y seguro, y el índice de complicaciones es prácticamente nulo siempre que se realice siguiendo unos protocolos concretos y acordados por parte de todos los profesionales de la Unidad de Patología Mamaria.

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 han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

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

Autoría

Mencionar que todos los autores han participado en la concepción y diseño del original y han aprobado la versión

finalmente publicada. Elisabet Julià, Guillem Picart y Josep Maria Gubern hemos participado en la redacción y las revisiones del texto.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Nicoll JH, Glasg C. The surgery of infancy. *Br Med J*. 1909;735-54.
2. Glass P. The future and safety of ambulatory surgery. *South Africa J Anaesth Analg*. 2014;20:59-61.
3. Goodman AA, Mendez AL. Definitive surgery for breast cancer outpatient. *Arch Surg*. 1993;128:1149-52.
4. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. *Am Surg*. 1997;63:865-7.
5. Ying Y, Mun P, Jia J, Dee M, Teo C, Yu E. Adopting ambulatory breast cancer surgery as the standard of care in an asian population. *Int J Breast Cancer*. 2014;2014. Article ID 672743.
6. Hoehn JL. Definitive breast cancer surgery as an outpatient: A rational basis for the transition. *Semin Surg Oncol*. 1996;12:53-8.
7. Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Can J Anesth*. 2006;53:858-72.
8. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg*. 2009;7:318-23.
9. Rovera F, Ferrari A, Marelli M, Bellani M, Limonta G, Dionigi A, et al. Breast cancer surgery in an ambulatory setting. *Int J Surg*. 2008;6:S116-8.
10. Sánchez-García S, Pardo-García R, Campillo MCM, Mu V, García-Santos EP, Martín J. Tratamiento quirúrgico ambulatorio del cáncer de mama. Experiencia en el Hospital General de Ciudad Real. *Rev Senol Patol Mamar*. 2015;28:168-71.
11. Margolese RG, Lasry JM. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol*. 2000;7:181-7.
12. Marrazzo A, Taormina P, David M, Riili I, lo Gerfo D, Casà L, et al. Surgical treatment of early breast cancer in day surgery. *Chir Ital*. 2007;59:687-92.
13. Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H, Carrabin N, Faure C, Ferraioli D, et al. Satisfaction des patientes opérées par tumorectomie-ganglion sentinelle pour cancer du sein en ambulatoire. *Gynecol Obstet Fertil*. 2015;43:213-8.
14. Han J, Grothuesmann D, Neises M, Hille U, Hillemanns P. Quality of life and satisfaction after breast cancer operation. *Arch Gynecol Obstet*. 1994;282:75-82.
15. McManus SA, Topp DA, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. *Am Surg*. 1994;60:967-70.
16. Marchal F, Dravet F, Classe JM, Champion L, Franc T. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *Eur J Surg Oncol*. 2005;31:495-9.
17. Dawe DE, Bennett LR, Kearney A, Westera D. Emotional and informational needs of women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Can Oncol Nurs J*. 2014;24:20-4.