

Hospital Universitario «Abel Santamaría Cuadrado» (Pinar del Río)

Cáncer de mama y cirugía ambulatoria en el Hospital «Abel Santamaría» (1995 a 2004)

Dr. Ivanis Ruizcalderón Cabrera,¹ Dr. Carlos Sánchez Portela,² Dr. Luis A. Rojas Ampudia³ y Dr. Luis Alexis Gonzáles Báez⁴

RESUMEN

Se realizó un estudio transversal, analítico, retrospectivo, que evaluó los resultados de las modalidades de ingreso ambulatorio y electivo en las pacientes operadas con diagnóstico de cáncer de mama en estadios I y II, en el Hospital General Docente «Abel Santamaría Cuadrado» (Pinar del Río), durante el período comprendido entre el 1.º de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 2004. La muestra objeto de estudio estuvo constituida por 120 pacientes, divididos en dos grupos de 60 pacientes cada uno: grupo I (cirugía en paciente con ingreso electivo) y grupo II (cirugía en paciente con ingreso ambulatorio). Se conocieron las ventajas de ambos métodos en cuanto a complicaciones sépticas y no sépticas, estadía hospitalaria y costes. No se presentaron diferencias significativas en la comparación de las complicaciones sépticas y no sépticas. Las estadías preoperatoria, posoperatoria y media total fueron mayores en la cirugía con ingreso electivo, así como sus costes. Se demostró, por tanto, que la cirugía ambulatoria en el cáncer de mama en estadios I y II es económicamente ventajosa y no aumenta los riesgos para las pacientes.

Palabras clave: Cirugía ambulatoria, neoplasma de mama, análisis de coste-beneficio.

La estadía posoperatoria en los últimos años se ha ido reduciendo para muchos tipos de operaciones pues existen mejores condiciones que han hecho factibles los cuidados en los pacientes egresados. La introducción de la cirugía ambulatoria no solo aligera las listas de espera de los hospitales, sino que representa ventajas económicas y beneficios sociales para el paciente. Según *Cohen y Dillon* «[...] puede resultar completamente seguro si se lleva a cabo con seriedad y bajo controles estrictos por parte del binomio cirujano-anestesiólogo, no estribando (sic.) la seguridad del paciente en si está hospitalizado o es ambulatorio».¹

Es posible lograr una constancia en la relación médico-paciente, de modo que sea el mismo médico en la consulta, en la operación y en el seguimiento posoperatorio, lo que genera un alto grado de confianza entre ambas partes. La presencia del médico de la familia en este proceso amplió la gama de posibilidades quirúrgicas, ya que garantiza la seguridad del paciente en coordinación con el equipo de cirujanos.

En 1989 en nuestra institución se organizó el grupo multidisciplinario de atención al cáncer de mama, el cual fue creado para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de las pacientes portadoras de la enfermedad. Es así que nos motivamos a realizar una investigación para evaluar los resultados de la atención ambulatoria en comparación con los ingresos programados y tuvimos en cuenta, sobre todo, las complicaciones sépticas y no sépticas, la estadía hospitalaria y los costes.

MÉTODOS

La presente investigación constituye un estudio transversal, analítico, retrospectivo, del tipo de las investigaciones en sistemas y servicios de salud (ISSS), que evaluó los resultados de la cirugía ambulatoria en comparación con la cirugía de ingreso programado, en las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama en estadios I y II, intervenidas quirúrgicamente en el Hospital General Docente «Abel Santamaría», en Pinar del Río, durante el período del 1.º de enero de 1995 al 31 de diciembre de 2004.

El universo de trabajo lo constituyen las 520 pacientes operadas con el diagnóstico de cáncer de mama en estadios I y II, de las cuales seleccionamos para la muestra a las 120 que cumplieran con los criterios de inclusión propuestos en el proyecto de investigación que se desarrolla por parte del Servicio de Cirugía General de dicha institución. Estos criterios de inclusión son:

- § Cáncer de mama en estadio I y II.
- § Edad entre 30 y 80 años.
- § Ausencia de enfermedades como hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatía isquémica, insuficiencia renal y trastornos psiquiátricos.
- § Posibilidad de seguimiento al egreso en su área de salud.
- § Historia clínica que recoja los datos necesarios para el estudio.

La muestra conformada fue dividida en dos grupos de 60 pacientes: el grupo I (control), constituido por las pacientes operadas en ingresos programados y el grupo II (estudio), formado por las pacientes operadas de forma ambulatoria.

Control semántico

Llamamos cirugía ambulatoria a las operaciones realizadas bajo cualquier tipo de anestesia, en las cuales es necesario o recomendable un período de recuperación u observación del paciente menor de 24 horas.

La estadística descriptiva se presentó con un análisis porcentual. A las variables con distribución dicotómica se les aplicó el chi cuadrado para determinar el grado de probabilidad con un nivel de significación de $p \leq 0,05$. Los resultados fueron comparados con la literatura nacional y extranjera sobre el tema.

RESULTADOS

En la tabla 1 vemos que en el grupo I (ingreso programado) se presentaron 7 casos con sepsis de la herida para un 11,7 % y en el grupo II (cirugía ambulatoria) fueron 3 pacientes (5,0 %). No existieron diferencias significativas al evaluar esta variable.

Tabla 1. Sepsis de la herida según modalidad de ingreso

Sepsis de la herida	Modalidad de ingreso			
	Programado(Grupo I)		Ambulatorio (Grupo II)	
	N.º	%	N.º	%
Sí	7	11,7	3	5,0
No	53	88,3	57	95,0
Total	60	100	60	100

$p = 0,18$ ($p > 0,05$)

Fuente: Historias clínicas.

Otras complicaciones no definen la efectividad el proceder, No obstante, como se muestra en la tabla 2, la dehiscencia de la herida, el seroma y el hematoma presentados en ambos grupos, no evidencian significación estadística, a pesar de que entre las complicaciones no sépticas, el seroma es el de mayor frecuencia en ambos grupos.

Tabla 2. Complicaciones no sépticas según modalidad de ingreso

Complicaciones	Modalidad de ingreso				p
	Programado		Ambulatorio		
	Sí	No	Sí	No	
Dehiscencia de la herida	1	59	2	58	$p = 0,55^*$
Seroma	6	54	10	50	$p = 0,28^*$
Hematoma	2	58	2	58	$p = 1^*$

* $p > 0,05$

Fuente: Historias clínicas.

En la figura apreciamos las diferencias en la estadía total entre los grupos, el grupo I tuvo una estadía total de 5 días (120 h), sin embargo la de las pacientes del grupo II fue de 0,9 días (23 h).

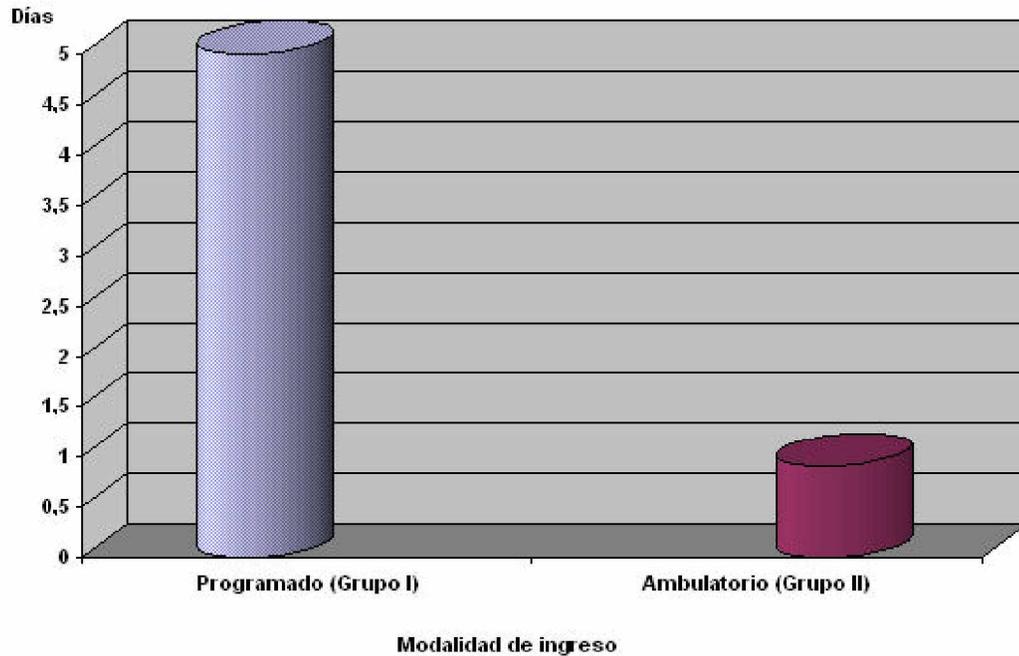


Figura. Estadía total según modalidad de ingreso.

Los costes por estadía en la cirugía para el cáncer de mama de uno y otro grupo se comportaron de la manera siguiente: las pacientes del grupo I consumieron un total de 34 839,60 CU, mientras que el grupo II consumió 25 326,00 CU. Esto evidencia un ahorro económico de 9 513,60 CU con la cirugía ambulatoria.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico del cáncer de mama puede asociarse a una diversidad de problemas físicos relativos a los cuidados del paciente. Complicaciones como linfedema, seroma, neumotórax, necrosis tisular, hemorragia y lesiones de estructuras neurovasculares de la axila, se pueden presentar luego de un procedimiento quirúrgico sobre la mama.^{2,3}

Si bien la infección de la herida quirúrgica es una complicación infrecuente, la contaminación bacteriana y la celulitis de la herida después de la cirugía, pueden asociarse a un alto índice de morbilidad en el posoperatorio.³⁻⁵

En nuestro trabajo no encontramos diferencias significativas en la incidencia de complicaciones sépticas entre los grupos. Múltiples trabajos⁶⁻⁹ demuestran de forma particular que no existe significación estadística en la aparición de complicaciones dependientes de la modalidad de ingreso, y por tanto de si se mantuvo o no durante varios días en un hospital, con drenajes que generalmente se retiran entre el cuarto y octavo día.^{9,10} Estos elementos son los que nos hacen plantear que la cirugía ambulatoria en el cáncer de mama es segura y con escaso riesgo para las pacientes.

Otras complicaciones que se puedan apreciar (seroma, hematoma, dehiscencia de la herida quirúrgica) están más relacionadas con el procedimiento quirúrgico que con la modalidad de ingreso empleada. A pesar de eso al evaluarlas no encontramos diferencia significativa entre uno y otro grupo.

La estadía media es quizás el indicador más importante y el más utilizado en el aprovechamiento de los recursos en instalaciones hospitalarias. En los servicios quirúrgicos la evaluación de la estadía tiene características particulares, principalmente porque se pueden distinguir claramente la estadía preoperatoria y la posoperatoria. Los factores que influyen sobre la duración de la primera son, sobre todo, administrativos. La cirugía puede demorarse por falta de exámenes complementarios, por dilaciones en la asignación del turno quirúrgico y por posposición de la operación, entre otros.

En este estudio, el 100 % de la muestra, de uno y otro grupo, ingresó en la institución con sus complementarios realizados, su hoja de anestesia, y evidentemente, como se trató de pacientes sin antecedentes patológicos personales que pudieran influir en la suspensión de la operación, no se presentaron factores que influyeran en la duración de la estadía preoperatoria. Fue evaluada la estadía posoperatoria, que realmente es la que marca las diferencias entre un grupo y otro.

Es evidente que la estadía en este estudio estuvo determinada por la modalidad de ingreso empleada y no por factores que como otros autores refieren,^{11,12} están en dependencia de las características del paciente y de las políticas de egreso que se sigan en el servicio. En las estadías han influenciado la edad, el lugar de residencia, el nivel socioeconómico, el diagnóstico o enfermedad de base, la intervención quirúrgica realizada, entre otros elementos que, sin embargo, al homogeneizar ambos grupos no se necesitó evaluar.

El sistema de costes implantados por el sistema nacional de salud constituye uno de los instrumentos más efectivos para identificar el grado de aprovechamiento de los recursos humanos, materiales y financieros, por esta razón, su adecuada utilización es parte importante del trabajo que debemos desarrollar para conocer la eficacia con que se brindan los servicios de salud.¹¹ Su aplicación está regida por el principio de que el paciente recibe todo cuanto sea necesario para restablecer su salud, lo cual hace imprescindible que debemos garantizar un aprovechamiento máximo y un alto nivel de control sobre los diferentes medios de que se dispone, incluida la fuerza de trabajo. En este trabajo es evidente lo que la atención ambulatoria de estas pacientes puede significar económicamente en ahorro monetario.

Otros trabajos que se consultaron coinciden de una forma u otra en plantear que la cirugía ambulatoria aporta grandes beneficios económicos al centro en el que se desarrolla.^{12,13} Ésta no solo es factible de aplicar con excelentes resultados en cirugía general sino también en otros servicios.¹⁴ Es por eso que recomendamos fomentar la consolidación de los programas de cirugía mayor ambulatoria para el cáncer de mama en los estadios I y II, por considerarla económicamente ventajosa y por no incrementar el riesgo de complicaciones.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pérez Fouces F, Rodríguez Ramírez, Bertos Álvarez JF, González Rondón PL. Cirugía mayor ambulatoria en el Servicio de Cirugía General. *Rev Cubana Cir.* 2000; 39(3): 184-7.
2. Veronessi U. The Lynn sage memorial lecture: New developments in breast cancer management. *J Am Coll Surg.* 2001; 192(6):761-68.
3. Takahashi K, Saito M, Makita M, Tada T, Vchida Y, Yashimoto M. Day surgery for breast cancer. *Nipón Geka Gakkai Zasshi.* 2000; 101(10):713-16.
4. Kirkland KB, Briggs SL, Wilkinson WE, Sexton DJ. The impact of surgical-site infections in 1990s: attributable mortality excess length of hospitalization and extra costs. *Infect Control Hosp Epidemiol.* 1999; 20(11): 725-30.
5. Vegas AA, Jodra VM, García MI. Nosocomial infection in surgery wards: a controlled study of increased duration of hospital stays and direct cost of hospitalization. *Eur J Epidemiol.* 1993; 9(5): 504-10.
6. Seltzer MH. Partial mastectomy and limited axillary dissection performed as a same day surgical procedure in the treatment of breast cancer. *Int Surg* 2000; 80(1): 79-81.
7. Tejler G, Aspegren K. Complications and hospital stay after surgery for breast cancer: a prospective study of 385 patients. *Br J Surg.* 1996; 72(7): 542-4.
8. Wagman LD, Terz Hill R, Beatty JD, Kokal WA Riihmaki Du. Evaluation of a short stay program for patients undergoing mastectomy. *J Surg Oncol.* 2001; 41(2): 98-102.
9. Yis M, Murphy C, Orr N. Early removal of drains and discharge of breast cancer surgery patients: a controlled prospective clinical trial. *Ann R Coll Surg Engl.* 1995; 77(5):377-9.
10. Gupta R, Pate K, Varshney S, Goddard J, Royle GT. A comparison of 5 day and 8 day drainage following mastectomy and axillary clearance. *Eur J Surg Oncol.* 2001; 27(1): 26-30.
11. La actividad quirúrgica en hospitales y la eficiencia hospitalaria. Santiago de Cuba: ECO Salud; 1994, 14 – 17.
12. Edwards MJ, Road Water JR, Bell JL, Ames Fc, Balch Cm. Economic impact of reducing hospitalization for mastectomy patients. *Ann Surg.* 2000; 179(6): 441-5.
13. Bonema J, Van Wersch MA, Van Geel An, Pruyn JF, Shmitz Pl, Vyl-de Groot CA, *et al.* Cost of care on randomized trial of early hospital discharge after surgery for breast cancer. *Eur J Cancer.* 1998; 34(13): 2015-20.
14. Estrada Sarmiento M. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial pediátrico. *Rev Cubana Pediatr.* 1997; 69(1): 56-61.

Recibido: 8 de mayo de 2006. Aprobado: 26 de julio de 2006.

Dr. Ivanis Ruizcalderón Cabrera. Solano Ramos N.068 e/ Cuartel y Volcán. Pinar del Río, Cuba. CP: 20100

Correo electrónico: ivanis@princesa.pri.sld.cu

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.

⁴ Especialista de I Grado en Cirugía General.

