

Hospital Universitario «Manuel Fajardo»

Cirugía ambulatoria y de corta hospitalización en el cáncer de mama

Dr. Alexis Cantero Ronquillo,¹ Dr. C. Orestes N. Mederos Curbelo,² Dr. Carlos A. Romero Díaz³ y Dr. Juan C. Barrera Ortega⁴

RESUMEN

La cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía constituye un método eficaz y seguro si se hace una selección adecuada de los enfermos y se utilizan técnicas quirúrgicas depuradas con la creación consecuente de la infraestructura para tales fines. Tradicionalmente, el cáncer de mama ha requerido ingreso hospitalario por el riesgo de hemorragia posoperatoria, la necesidad del control de los drenajes quirúrgicos, etc. Internacionalmente esto ha cambiado tras la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas como la biopsia del ganglio centinela, la estandarización de las técnicas preservadoras de tejido mamario, así como la especialización de grupos de cirugía en afecciones de la mama. La creación de un grupo de mastología en nuestro centro permitió incursionar en esta modalidad y ya podemos contar 31 pacientes operadas entre enero de 2004 y junio de 2006. Fueron utilizadas diferentes técnicas quirúrgicas con cirugía de corta estadía, previo establecimiento de los criterios de selección. Pudimos concluir que el tratamiento ambulatorio del cáncer de mama en casos seleccionados es factible, dado que se garantiza la seguridad de la paciente, la calidad asistencial y la continuidad en la atención, que además facilita la recuperación psicológica de la enferma y su reinserción temprana en la familia.

Palabras clave: Cáncer, mama, cirugía ambulatoria, alta precoz, corta hospitalización.

La introducción del sistema ambulatorio en la cirugía mayor beneficia alrededor de 40 a 50 % de los pacientes operados, lo cual aboga sustancialmente a su favor.¹⁻³ La cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia constituye un método eficaz y seguro debido a una selección adecuada de los enfermos, la utilización de técnicas más acertadas y la existencia de estructuras para estos fines. Tradicionalmente, el cáncer de mama ha requerido ingreso hospitalario por el riesgo de hemorragia posoperatoria y la necesidad de control de los drenajes quirúrgicos, pero internacionalmente esto ha cambiado tras la introducción de nuevas técnicas quirúrgicas como la biopsia del ganglio centinela, la estandarización de las técnicas preservadoras de tejido mamario y la especialización de grupos de cirugía en afecciones de la mama.⁴⁻¹²

Estos elementos unidos a la presencia en el sistema de salud cubano de un médico y una enfermera que reside en la comunidad ha contribuido a que el tratamiento del cáncer de mama se oriente en la actualidad hacia la cirugía ambulatoria, dado que se garantiza la seguridad del paciente, la calidad asistencial y la continuidad de la atención, además de que facilita la recuperación psicológica de la paciente por la re inserción temprana a su familia.

MÉTODOS

Se realiza un estudio de 31 pacientes con cáncer de mama operadas ambulatoriamente en nuestra institución a partir del 2004 hasta la fecha y seleccionadas casuísticamente. Las variables analizadas fueron, entre otras, los criterios de inclusión, técnica quirúrgica, profilaxis antimicrobiana y las complicaciones posoperatorias. Los resultados fueron analizados mediante el método de porcentajes y medios ilustrados por tablas.

Además de que no presentaran enfermedades asociadas y que fueran menores de 60 años en su mayoría, se contó con la anuencia de pacientes y familiares, un medio social que incluyera condiciones adecuadas en el hogar, comunicación y transporte, así como garantía de seguimiento médico estrecho, previamente coordinado con el médico de la familia.

Los criterios de selección fueron:

- menos de 60 años (relativo),
- consentimiento de la paciente (y familiares),
- control de enfermedades asociadas,
- medio social adecuado,
- seguimiento médico estrecho.

Se utilizó profilaxis antimicrobiana en los casos siguientes: tumores ulcerados, diabetes mellitus u obesidad.

RESULTADOS

En nuestro medio, gracias a la experiencia acumulada por el equipo en esta cirugía, 54,63 % de las operadas fueron tratadas mediante cirugía radical y 33,46 % mediante procedimientos conservadores. El tipo de técnica quirúrgica no constituyó una limitante (tabla 1).

Tabla 1. Técnicas quirúrgicas

Técnica quirúrgica	Núm.	%
Mastectomía total ampliada	1	3,22
Mastectomía sanitaria	2	6,43
Cirugía conservadora	11	33,46
Mastectomía radical modificada	17	54,63
Total	31	100

Fuente: Historias clínicas.

En nuestra serie la edad fue un elemento importante a considerar y los casos mayores de 60 años operados eran familiares cercanos de profesionales de la salud (tabla 2).

Tabla 2. Grupos etarios

Grupos etarios	Núm.
35 a 39 años	4
40 a 49 años	13
50 a 60	9
Mayores de 60 años	5
Total	31

Fuente: Historias clínicas.

En esta serie que presentamos solo tuvimos tres casos con complicaciones posoperatorias (9,6 %), dos de los cuales correspondieron a seroma (6,4 %) y uno (3,2 %), a sepsis superficial de la herida. En ninguno de los casos se utilizó profilaxis antimicrobiana, pues la indicamos solo en casos muy concretos. No se presentó sepsis en ninguno de los casos en que se usó la profilaxis antibiótica.

Utilizamos la profilaxis en un caso operado 7 días antes a causa de un nódulo de mama, pues presentaba enrojecimiento de la herida. También la usamos en los casos de tumores ulcerados previos a la mastectomía sanitaria, diabetes mellitus y obesidad.

DISCUSIÓN

La cirugía ambulatoria en las afecciones de la mama se ha desarrollado de forma rápida gracias al incremento de la efectividad de las biopsias operatorias en los nódulos y numerosas patologías del órgano.⁴⁻¹² La utilización de anestesia local en estas lesiones hace posible, con una adecuada calidad asistencial, la operación de forma ambulatoria en la mayoría de los procedimientos. 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, además del estricto control del posible sangrado posoperatorio.⁶⁻⁹

Desde principios de la década de 1990 se ha propuesto la cirugía sin ingreso de estas pacientes y se ha constatado un incremento del uso del tratamiento quirúrgico ambulatorio hasta la fecha. Este se centra fundamentalmente en la tumorectomía, que alcanza 88 %, mientras que en la mastectomía no sobrepasa 30 %. Estas diferencias se deben a que la linfadenectomía axilar precisa un mayor control analgésico, cuidados especializados del drenaje y a que existe mayor riesgo de hemorragia posoperatoria.⁵⁻¹⁰

Las necesidades básicas para la instauración de un programa de cirugía ambulatoria en pacientes con linfadenectomía se centran en un adecuado control del dolor posoperatorio, la educación en la utilización y cuidado del drenaje axilar y la utilización de nuevas técnicas anestésicas que permitan la recuperación precoz de la mujer tras el acto operatorio.⁶⁻⁹ 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 posoperatorios. La toma de decisión debe basarse en la autonomía de la paciente para elegir el procedimiento, ambulatorio o con ingreso.⁸⁻¹²

Cuando nos referimos a un medio social adecuado queda implícito la disponibilidad de transporte, comunicación telefónica, etc., además de las condiciones de la vivienda. La coordinación con el médico de la familia es un aspecto importante que no debe olvidarse al planificar este tipo de cirugía, que de lo contrario no es aconsejable salvo que la paciente cuente con profesionales que asuman su seguimiento.

El tratamiento quirúrgico 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 posoperatorias inmediatas a que nos hemos referido anteriormente y la posibilidad de educar a la paciente y la familia durante su estancia hospitalaria para el control de los drenajes. En nuestro medio ello es bastante simple dadas las características de estos.

Las pacientes que pudieran recibir este tratamiento quirúrgico ambulatorio deben cumplir además los requisitos relacionados con el estado físico de la mujer. Ellas deben poder ser incluidas en las categorías ASA I y II de la Asociación Americana de Anestesia o en la ASA III si han permanecido estables no menos de tres meses antes de la intervención y que no se alteren por la intervención propuesta.^{7,12}

Las pacientes con alteraciones psiquiátricas, edad avanzada, obesas o con sobrepeso superior a 30 %, diabéticas, alérgicas, enfermas que reciben anticoagulantes, con trastornos físicos (sordera, sordomudez, ceguera) y psíquicos (retraso mental no muy profundo), etc.

deben ser evaluadas con mucho cuidado, pues estas condicionales no son categórica ni definitivamente excluyentes.

La profilaxis de las náuseas y los vómitos, el control del dolor y, fundamentalmente, la educación de la mujer en el control de los drenajes, permiten al cirujano plantear a la enferma un acto quirúrgico ambulatorio como alternativa al ingreso ordinario, lo que generalmente es aceptado por pacientes y familiares, y las primeras toleran aceptablemente el dolor después de las 12 horas de operadas.⁷⁻¹¹ Es muy importante la movilización del brazo y de la paciente en general antes de abandonar el hospital. Se debe insistir en el tipo de ejercicios que debe realizar con el miembro de la mama operada.

El riesgo de hemorragia posoperatoria tras el acto quirúrgico merece un comentario especial. La hemorragia aguda inmediata tras el acto quirúrgico refleja deficiencias en la técnica quirúrgica y típicamente se manifiesta durante las primeras horas del período posoperatorio,⁸⁻¹² bien a través de los drenajes o por abombamiento de la pared en la proyección de la herida quirúrgica. Ello hace necesario un tiempo mínimo de observación en la unidad de cirugía ambulatoria para el diagnóstico precoz de esta complicación que, en caso de producirse, precisará la revisión del lecho quirúrgico. Una condición para la práctica de este procedimiento es que los profesionales que lo empleen sean especialistas bien entrenados en estas técnicas y realicen la operación con la técnica más depurada. Nosotros establecimos un período de observación de 16 horas como mínimo.

Hemos determinado premisas de absoluto cumplimiento antes de que la operada abandone la sala. Estas son:

- Tiempo de observación no menor de 16 horas.
- Valoración de las pérdidas por el drenaje.
- Realizar un hemograma si hubo sangrado importante durante la operación.
- Estudiar la glicemia si la paciente padece diabetes mellitus.
- Citar a consulta al cuarto o quinto día para retirar drenaje.
- Absoluta certeza de que la paciente y los familiares cuentan con comunicación directa con el Servicio de Urgencias del hospital y con el médico de asistencia.

En general, el pequeño volumen de la muestra no nos permite hacer conclusiones sobre nuestros resultados, pero es innegable que existen muchos beneficios a la hora de comparar el método ambulatorio con el de la estancia normal. Estos se deben no solo a la incorporación rápida de la operada a su medio familiar y a la repercusión psicológica positiva que lleva aparejada tanto para ella como para la familia, sino también a que la recuperación y el período posoperatorio transcurren con menos morbilidad, tal vez porque la operada disfruta de más comodidades por estar «en su medio», en todos los sentidos.

Consideraciones finales

- La cirugía ambulatoria y de corta hospitalización en pacientes con cáncer de mama es factible siempre que se seleccione individualmente cada caso, ya que ofrece resultados semejantes a los de la estancia ordinaria. Debe ser realizada por equipos

de profesionales entrenados y siempre que existan las condiciones para el control y seguimiento médico estrecho de la paciente.

- En pacientes seleccionadas para cirugía ambulatoria de corta hospitalización, el tipo de procedimiento quirúrgico no parece tener contraindicación en los procesos oncoproliferativos del seno.

SUMMARY

Ambulatory major surgery with short hospitalization period is an efficient and safe method if a proper selection of patients is made and refined surgical techniques are used, all supported on adequate infrastructure to this end. Traditionally, breast cancer has required admission at hospital due to postsurgical hemorrhage risk, need for surgical drainage control, etc. This has changed worldwide after the introduction of new surgical techniques as sentinel node biopsy, standardization of preserving techniques for breast tissue and specialization of surgeon teams in breast illnesses. The creation of a mastology group in our center allowed tackling this modality and we already have 31 operated patients in the period from January 2004 to June 2006. Several surgical techniques were used with short hospitalization periods, after setting the selection criteria. We may conclude that ambulatory breast cancer treatment in selected cases is feasible since it assures the safety of patient, the quality of medical assistance and continuous care, thus facilitating the psychological recovery of the female patient and her early reincorporation into the family.

Key words: cancer, breast, ambulatory surgery, early discharge, short hospitalization period.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estévez MD, Gálvez AJ, García PP, Serrano PP, Ferrer RR, Molto AM. Cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada en un hospital. Desarrollo y evaluación. *Cirugía Esp.* 1996; 59(3): 236-40.
2. Mederos O, Pargas LA, Ruiz BJ, Gutiérrez RA, Peraza E, del Castillo AG. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 pacientes. *Rev Cubana Med Gen Int.* 1991; 7(3):243-7.
3. Mederos O, León L, Romero C, Mustafa R, Quesada L, Torres D. Resultados de la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Comandante Manuel Fajardo. *Rev Cubana Cir.* 1999; 38(1):41-5.
4. Barillari P, Leuzzi R, Bassiri A, D'Angelo F, Aurello P, Naticchioni E. Trattamento ambulatoriale del carcinoma della mammella. *Minerva Chir.* 2001; 56:55-9.
5. Dravet F, Belloin J, Dupre P, Francois T, Robard S, Theard J. Place de la chirurgie ambulatoire en chirurgie sénologique. Étude prospective de faisabilité. *Ann Chir.* 2000; 125:668-76.

6. Dooley W. Ambulatory breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol*. 2000; 7:174-5.
7. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. *Am Surg*. 1997;63:865
8. 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.
9. Acea Nebril B, Pais P, Uriarte I, Pradas C, Guitián D, Candia B. 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.
10. Buonomo O, Granai A, Felici A, Piccirillo R, De Ligouri N, Guadagni F. Day-surgical management of ductal carcinoma in situ of breast using wide local excision with sentinel node biopsy. *Tumori*. 2002; 88:S48-S9.
11. Narducci F, Creutz V, Aubard Y, Dugrain M, Carpentir P, Baranzelli. Sentinel-node biopsy in axillary lymph-node staging under local anaesthesia in breast cancer: technical aspect. *Bull Cancer*. 2003; 90:177-80.
12. Margolese R, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients *Ann Surg Oncol*. 2000; 7:181-7.

Recibido: 11 de noviembre de 2006. Aprobado: 2 de febrero de 2007.

Dr. Alexis Cantero Ronquillo. Calle Zapata y D, Municipio Plaza de la Revolución. La Habana.

Correo electrónico: alexisc@infomed.sld.cu

¹ Especialista de II Segundo Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

² Doctor en Ciencias Médicas. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular.

³ Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

⁴ Especialista de II Grado en Cirugía. Diplomado en Terapia Intensiva. Profesor Asistente.