

Recibido: 16-11-2024. Aceptado: 25-11-2024

<https://doi.org/10.20986/revcma.2025.1026/2025>

ORIGINAL

Implementación de un protocolo de cirugía mayor ambulatoria (CMA) para el manejo del cáncer de mama

Implementation of a major ambulatory surgery (MAS) protocol for the management of breast cancer

Silvia Robledo Casas, Nuria Estellés Vidagany, Álvaro Pérez Rubio, Marta Córcoles Córcoles, Ana María Parra Muñoz, Ana Álvarez Morera y Rosario Martínez García

Unidad de Mama y Cirugía Endocrina. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia, España

Autor para correspondencia: Silvia Robledo Casas (silviarob26@gmail.com)

RESUMEN

Introducción: La ambulatorización del cáncer de mama (CM) ha ido en aumento, y para asegurar una adecuada calidad asistencial es necesario establecer un modelo organizativo. El objetivo del presente estudio fue describir la experiencia de nuestra unidad en intervenciones por CM en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) así como mostrar el circuito de manejo protocolizado en nuestro centro, y determinar si se cumplen los indicadores de calidad establecidos por ASECMA y EUSOMA.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional descriptivo realizado en una unidad especializada. El estudio incluyó a 305 pacientes intervenidas por CM en régimen de CMA desde enero de 2020 hasta marzo de 2023. Las principales variables del estudio fueron distintos indicadores de calidad establecidos por ASECMA y EUSOMA.

Resultados: La tasas de ambulatorización fue del 60,63 %, la de sustitución del 96,25 %, la de cancelaciones del 0 %, la de reintervenciones el mismo día de la cirugía del 0,65 % y la de reingresos del 0,98 %. El índice de pernocta fue del 9,8 %, siendo la principal causa la linfadenectomía no prevista (73,3 %). El índice de complicaciones fue del 17,58 %, siendo la mayoría complicaciones Clavien Dindo I y II.

Conclusión: La protocolización del circuito de CMA en pacientes con CM y el cambio de mentalidad hacia la ambulatorización mayoritaria ha permitido mantener la calidad asistencial ofreciendo a las pacientes las ventajas de la ambulatorización, con un índice de sustitución excelente, de modo que podría ser considerado la vía clínica de elección para el CM en nuestro medio.

Palabras clave: Cáncer de mama, cirugía mayor ambulatoria, indicadores de calidad.

ABSTRACT

Introduction: Breast cancer (BC) outpatient treatment has been increasing, and to ensure adequate quality of care it is necessary to establish an organisational model. The aim of the present study was to describe the experience of our unit in breast cancer interventions in major outpatient surgery (MOS) as well as to show the protocolised management circuit in our centre, and to determine whether the quality indicators established by ASECMA and EUSOMA are met.

Material and methods: We present a descriptive observational study conducted in a specialised unit. The study included 305 patients who underwent surgery for BC under MOS from January 2020 to March 2023. The main study variables were different quality indicators established by ASECMA and EUSOMA.

Results: The outpatient rate was 60.63 %, substitution rate 96.25 %, cancellation rate 0 %, same-day reoperation rate 0.65 % and readmission rate 0.98 %. The overnight stay rate was 9.8 %, the main cause being unplanned lymphadenectomy (73.3 %). The complication rate was 17.58 %, the majority being Clavien Dindo I and II complications.

Conclusion: The protocolisation of the MOS circuit in patients with BC and the change in mentality towards the majority of outpatients has made it possible to maintain the quality of care by offering patients the advantages of outpatients, with an excellent replacement rate, so that it could be considered the clinical pathway of choice for BC in our environment.

Keywords: Breast cancer, quality indicators, major outpatient surgery.

INTRODUCCIÓN

La patología mamaria se encuentra dentro de los procedimientos quirúrgicos incluidos en la cartera de intervenciones por cirugía mayor ambulatoria (CMA), aunque hasta ahora, los procesos malignos no han sido extensamente incluidos en los programas de CMA. Sin embargo, en el momento actual, el incremento del diagnóstico en estadios más precoces gracias a los programas de cribado, la mejoría en el manejo perioperatorio, las técnicas quirúrgicas menos invasivas y los cambios epidemiológicos y culturales de la población, junto con la creación de unidades de Patología Mamaria (1) ha permitido un aumento en la ambulatorización de la cirugía del cáncer de mama (CM).

La implementación del cáncer de mama en programas de CMA es necesaria por su alta prevalencia, pero es variable según el medio hospitalario, por lo que el desarrollo de un modelo de atención para el cáncer de mama en CMA tendría como objetivo alcanzar la igualdad en la asistencia y la poca variabilidad en las prestaciones, independientemente del medio (2).

Tener un modelo organizativo de CMA ha demostrado poder desarrollar el proceso quirúrgico con alta seguridad, manteniendo la eficiencia clínica y asegurando la satisfacción por parte del paciente.

En nuestra unidad, desde hace años se incluye el cáncer de mama en la CMA, pero es en 2019 cuando se diseñó un circuito de CMA para el manejo del cáncer de mama, consiguiendo con ello un cambio hacia la ambulatorización mayoritaria.

El incremento significativo del número de procedimientos quirúrgicos ambulatorios conlleva asociado el riesgo de disminuir la calidad asistencial prestada. El control de la calidad asistencial se basa en la utilización de un sistema de indicadores que permiten medir, comparar e introducir

posibles elementos de mejora en los procedimientos quirúrgicos que se realizan por CMA (3). De modo, que para garantizar una adecuada calidad asistencial es necesaria su monitorización continua (4).

Dentro de los sistemas de indicadores de calidad encontramos los indicadores establecidos por la ASECEMA (Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria) (2,4) para procedimientos quirúrgicos ambulatorios, y los establecidos por EUSOMA (European Society of Breast Cancer Specialists) (4) para el manejo del cáncer de mama.

El principal objetivo del presente estudio es describir la experiencia de nuestra unidad en intervenciones por cáncer de mama en régimen de CMA, así como mostrar el protocolo de manejo estandarizado en nuestro centro. Los objetivos secundarios son determinar si nuestra unidad cumple con los estándares de calidad en CMA establecidos por ASECEMA, y los establecidos por EUSOMA para el manejo del cáncer de mama.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional descriptivo realizado en el Servicio de Cirugía General y Digestiva del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Los datos fueron recogidos de forma retrospectiva en una base de datos entre enero de 2020 y marzo de 2023. Se incluyeron todas las pacientes intervenidas por cáncer de mama en régimen ambulatorio, y se estudiaron distintos indicadores de calidad para poder compararlos con los estándares establecidos por ASECEMA y EUSOMA.

El manejo de todas las pacientes se ha realizado según el circuito de CMA para el manejo del cáncer de mama protocolizado en nuestro centro (Figura 1). Son subsidiarias de CMA todas las pacientes con indicación de cirugía por cáncer de mama. Son motivos de exclusión quirúrgica las indicaciones de mastectomía, linfadenectomía axilar o técnica onco-

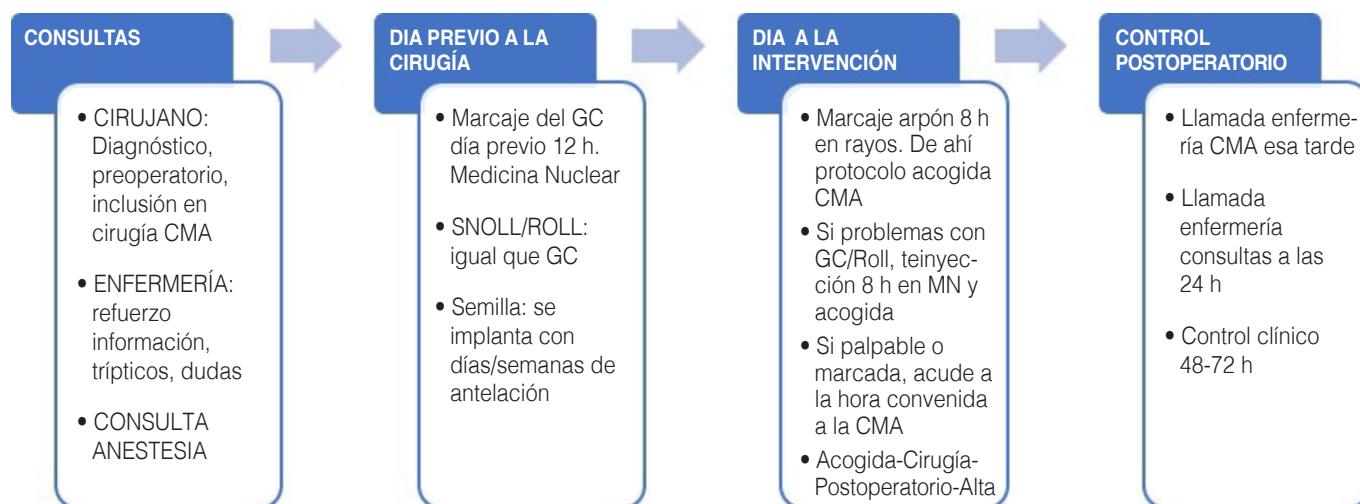


Fig. 1. Circuito de CMA para el manejo del cáncer de mama protocolizado en nuestro centro.

plástica compleja (patrones oncoplásticos, reconstrucción inmediata o simetrización). También se excluyen aquellas pacientes que no cumplen criterios para CMA.

El circuito de CMA (Figura 1) para cáncer de mama se inicia en la consulta prequirúrgica en la que el cirujano incluye a todas las pacientes que cumplen criterios en el programa de CMA. Enfermería especializada refuerza la información, aclara dudas y aporta información escrita. El marcaje del ganglio centinela y de las lesiones que no son palpables se realiza previo a la cirugía. Todos los cuidados perioperatorios se realizan orientados a la ambulatorización de la paciente como la utilización de anestesia inhalatoria, bloqueos regionales, etc. Tras la intervención, si la paciente no presenta ninguna complicación inmediata es dada de alta. Tras ello, se realiza un seguimiento postoperatorio estrecho mediante contacto telefónico la misma tarde de la intervención y a las 24 horas, y control clínico por el cirujano a las 48-72 horas.

RESULTADOS

Durante el periodo de tiempo observado se intervinieron 489 pacientes siendo 305 potencialmente ambulatorizables. La edad media de la población de estudio fue de 61 años. La mayoría de las pacientes presentaron tumores T1 (52,75 %) seguido de T2 (27,47 %), sin afectación ganglionar al diagnóstico (97,80 %), siendo el tipo tumoral más frecuente el carcinoma ductal infiltrante (74,73 %). Solo un 34,74 % de las lesiones fueron palpables, siendo para las lesiones no palpables la técnica de marcaje más utilizada el arpón (82,09 %).

El porcentaje de complicaciones observado fue de 17,58 %, siendo más de un 90 % complicaciones Clavien Dindo I-II. La complicación más frecuente fue el seroma postquirúrgico. Solo un 1,47 % de complicaciones (4 pacientes) fueron Clavien Dindo IIIb. Dentro de este grupo de complicaciones, dos pacientes presentaron un hematoma postquirúrgico, con necesidad de reintervención en las primeras 24 horas. Otra paciente presentó un hematoma postquirúrgico, pero se reintervino pasadas las primeras 24 horas, y la última paciente presentó una dehiscencia de sutura (Tabla I).

En la Tabla II se recogen los distintos indicadores de calidad que hemos estudiado y se comparan los resultados que hemos obtenido con los estándares de calidad establecidos por ASECMA.

El índice de ambulatorización fue del 60,63 %, el de cancelaciones del 0 % y el de reingresos del 0,98 %. El índice de reintervenciones el mismo día de la cirugía fue del 0,65 %, el de sustitución del 96,25 % y el de suspensiones del 1,97 %.

El índice de pernocta obtenido fue del 9,8 %. Si analizamos las principales causas de ingreso desde la unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) encontramos que la mayoría

TABLA I

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CLAVIEN DINDO

Clasificación Clavien Dindo	Porcentaje
Grado I	0,73 %
Grado II	15,38 %
Grado IIIA	0 %
Grado IIIB	1,47 %
Grado IV	0 %

TABLA II

TABLA COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN INDICADORES DE CALIDAD Y LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR ASECMA

Indicadores de calidad	Resultados del estudio	Estándares de calidad según asecma (1,2)
Índice de ambulatorización	60,63 %	> 43,3 %
Índice de sustitución	96,25 %	No establecido
Índice de cancelaciones	0 %	< 10-17 %
Índice de suspensiones	1,97 %	No establecido
Índice de reintervenciones el mismo día	0,65 %	No establecido
Índice de pernocta	9,8 %	< 1,5-5 %
Índice de reingresos	0,98 %	< 1 %
Índice de infecciones	2,56 %	< 1-2,5 %
Índice de complicaciones	17,58 %	No establecido

de los casos (73,3 %) son debidos a la realización de una linfadenectomía no prevista, obteniendo un porcentaje bajo en el resto de las causas (Tabla III).

TABLA III

PRINCIPALES CAUSAS DE INGRESO DESDE LA UNIDAD DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (UCMA)

	Número de pacientes	Porcentaje
Comorbilidad	2	6,7 %
Linfadenectomía no prevista	22	73,3 %
Mal control del dolor	2	6,7 %
Cirugía más compleja de lo previsto	1	3,3 %
Complicación postoperatoria inmediata	2	6,7 %

En la Tabla IV se recogen los distintos indicadores de calidad establecidos por EUSOMA para el manejo del cáncer de mama.

Durante el periodo de tiempo observado, la tasa de márgenes afectos fue del 10 %, la media de ganglios aislados en la linfadenectomía de 12 y el porcentaje de pacientes orientadas a tratamiento conservador fue del 84 %.

La tasa de ganglios centinela positivos fue del 11,4 % y la tasa de linfadenectomía del 11,14 %.

DISCUSIÓN

El cáncer de mama es una patología muy prevalente en nuestro medio y hasta el momento no había sido extensamente incluida en los programas de CMA. El cambio reciente hacia la ambulatorización mayoritaria de esta patología asocia el riesgo de disminuir la calidad asistencial prestada, por lo que es necesario un modelo organizativo que garantice poder desarrollar el proceso quirúrgico con alta seguridad manteniendo la eficiencia clínica y asegurando la satisfacción por parte de la paciente.

Para valorar la calidad asistencial prestada es necesario analizar indicadores de calidad. En nuestro estudio hemos analizado distintos indicadores establecidos por ASEOMA para los procesos ambulatorios (Tabla II).

Hemos obtenido buenos resultados en cuanto al índice de ambulatorización, de sustitución, de cancelaciones, de reintervenciones el mismo día de la cirugía y de reingresos, que son los principales indicadores de calidad que establece la IAAS en la Declaración de Boston de 2023.

TABLA IV

TABLA COMPARATIVA DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS EN INDICADORES DE CALIDAD Y LOS ESTÁNDARES ESTABLECIDOS POR EUSOMA

Indicador de calidad	Resultados	Estándares de calidad según EUSOMA ³
Tasa de márgenes afectos	10 %	< 15 %
Tasa de ganglios centinela positivos	11,4 %	No establecido
Tasa de linfadenectomía	11,14 %	No establecido
Media de ganglios aislados en linfadenectomía	12	> 10
% De pacientes orientadas a tratamiento conservador (entendido por la suma de cirugía conservadora más mastectomía con reconstrucción inmediata)	84 %	> 85 %

El índice de ambulatorización fue del 60,63 %, estableciéndose el estándar de calidad por encima del 43,3 %, lo que refleja que se ha realizado una derivación prioritaria hacia la ambulatorización.

El índice de cancelaciones fue del 0 % estableciéndose el estándar por debajo del 10 %, y el índice de reingresos fue del 0,98 % siendo el estándar por debajo del 1 %.

Con respecto al índice de sustituciones obtuvimos un 96,25 %, no existiendo un estándar definido para compararse. Sin embargo, es un valor alto que refleja que la gran mayoría de las pacientes que se propusieron para CMA se intervinieron por dicha vía, lo que es garante del adecuado proceso de selección de estas pacientes.

El índice de reintervenciones el mismo día de la cirugía fue de 0,65 %, no existiendo un estándar establecido. Este porcentaje se debe a dos pacientes que se reoperaron en las primeras 24 horas a causa de un hematoma posquirúrgico, lo que representa un porcentaje muy bajo dentro del porcentaje global de complicaciones.

El índice de pernocta obtenido fue del 9,8 %, situándose el estándar por debajo del 5 %, un valor alto que nos sitúa por encima del estándar de calidad establecido por ASEOMA. El índice de pernocta depende de tres factores, la correcta

selección de las pacientes para CMA, la complejidad del procedimiento quirúrgico y la capacidad de readaptación al medio. En nuestro caso, el alto índice de pernocta se debe claramente a la consideración de complejidad de la linfadenectomía lo que nos lleva a ingresar a estas pacientes, representando el 73,3 % de los casos de ingreso desde UCMA (Tabla III). Este aspecto abre la puerta a otra vía de investigación, para valorar si las pacientes sometidas a una linfadenectomía presentan mayor porcentaje de complicaciones y en base a ello determinar si este procedimiento podría incluirse en CMA. Solo un 6,7 % de los ingresos desde UCMA fueron debidos a una complicación postquirúrgica inmediata, y otro 6,7 % a un mal control del dolor posoperatorio.

Con respecto al índice de complicaciones no hay un estándar establecido con el que compararse. En nuestro estudio obtuvimos un 17,58 % de complicaciones (Tabla I), siendo la mayoría (91,6 %) complicaciones Clavien Dindo I y II. Únicamente un 8,4 % fueron complicaciones Clavien Dindo III, y de este porcentaje, solo el 0,7 % fueron complicaciones que requirieron una reintervención en las primeras 24 horas. Del análisis de este bajo número de complicaciones se podría valorar ampliar la inclusión en CMA de procedimientos quirúrgicos que hasta ahora considerábamos causa de exclusión.

Por otro lado, en nuestro estudio también hemos analizado y comparado distintos indicadores de calidad establecidos por EUSOMA para el manejo del cáncer de mama (Tabla IV).

La tasa de márgenes afectos fue del 10 %, estableciéndose el estándar de calidad por debajo del 15 %. La tasa de ganglios centinela positivos fue del 11,4 % y la tasa de linfadenectomía del 11,14 %, no existiendo para ambos indicadores un estándar de calidad establecido. La media de ganglios aislados en la linfadenectomía fue de 12, estableciéndose el estándar por encima de 10. Y el porcentaje de paciente orientadas a tratamiento conservador (entendido por la suma de cirugía conservadora más mastectomía con reconstrucción inmediata) fue del 84 %, situándose el estándar por encima del 85 %.

Los buenos resultados obtenidos en estos indicadores de calidad, tanto los establecidos por ASECMa como por EUSOMA, son garante del buen funcionamiento del circuito de CMA protocolizado en nuestro centro para pacientes con cáncer de mama, y demuestran que este circuito es un modelo organizativo seguro y eficiente que mantiene la calidad asistencial prestada.

Como puntos fuertes del circuito (Figura 1), hacer mención del papel del cirujano en la consulta prequirúrgica, quien realiza una derivación prioritaria electiva hacia la CMA. Esto se ve reforzado con el papel de enfermería. Todos los cuidados perioperatorios que se realizan orientados a la ambulatorización de la paciente. Y, por último, una parte importante del circuito es el control postoperatorio estrecho

y seguimiento tras la intervención, que tiene como objetivo conseguir que la paciente tenga una percepción del procedimiento con seguridad muy semejante a ser tratada en un ambiente de hospitalización.

Una limitación del estudio ha sido la falta de valoración del grado de satisfacción de las pacientes, que es otro indicador clave en CMA. A través de las encuestas de satisfacción, podemos conocer cómo valoran nuestras pacientes la asistencia recibida. Dentro de estas, uno de los indicadores principales es el NPS (Net Promoter Score), que permite conocer a cuántas de nuestras pacientes les ha gustado lo suficiente la intervención por CMA como para promover o recomendarla, por lo que es una herramienta fundamental para identificar y corregir problemas (6,7). En nuestra unidad se ha establecido como objetivo implementar de forma sistemática este score.

CONCLUSIÓN

La protocolización de un circuito de CMA para pacientes con cáncer de mama ha demostrado ser un modelo organizativo seguro y eficiente, ha permitido mantener los resultados, con un índice de sustitución excelente, por lo que podría ser considerado la vía clínica de elección del cáncer de mama en nuestro medio.

Del análisis de resultados podríamos valorar aumentar o implementar algunas técnicas quirúrgicas dentro de las indicaciones de CMA en cáncer de mama.

Y, por último, remarcar la necesidad de establecer objetivos y homogenizar indicadores para que podamos medir y compararnos en los mismos términos, lo que permite la equidad en asistencia en cualquier medio hospitalario.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tresserra F, Ara C, Montealegre P, Martínez MA, Fábregas R, Pascual MA. Indicadores de calidad en el diagnóstico y tratamiento del cáncer para unidades de mama: encuesta nacional. *Rev Senol Patol Mamar*. 2017;30(2):45-51.
2. Verde L, López E. Índices de calidad en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb*. 2013;18(3):114-6.
3. Maes-Carballo M, Gómez-Fandiño Y, Estrada-López CR, Reinoso-Hermida A, Khan KS, Martín-Díaz M, et al. Breast Cancer Care Quality Indicators in Spain: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6411. DOI: 10.3390/ijerph18126411.

4. ASECMA. Indicadores de calidad. Recomendaciones ASECMA [Internet]. ASECMA; 2025. Disponible en: www.asecma.org/publicaciones_guias.aspx
5. Biganzoli L, Marotti L, Hart CD, Cataliotti L, Cutuli B, Kühn T, et al. Quality indicators in breast cancer care: An update from the EU-SOMA working group. *Eur J Cancer*. 2017;86:59-81. DOI: 10.1016/j.ejca.2017.08.017.
6. Gutiérrez G, Padrón T, Martínez S. Haz lo que haces tan bien que tus pacientes querrán verlo de nuevo: sistema automatizado de valoración de satisfacción de los usuarios en CMA. *Cir May Amb*. 2022;27(1):3-5.

CUESTIONARIO

1. Con respecto a la implementación del cáncer de mama en programas de CMA señale la incorrecta:
 - a. Es necesario por la alta prevalencia del cáncer de mama.
 - b. Tiene como objetivo que la asistencia sea variable según el medio hospitalario.
 - c. La creación de Unidades de Patología Mamaria, entre otros, ha permitido un aumento de la ambulatorización de la cirugía del cáncer de mama.
 - d. Tener un modelo organizativo de CMA ha demostrado poder desarrollar el proceso quirúrgico con alta seguridad.
 - e. Protocolizar un circuito de CMA para cáncer de mama garantiza mantener la eficiencia clínica y la satisfacción por parte de las pacientes en la ambulatorización de la cirugía del cáncer de mama.
2. Con respecto a los indicadores de calidad, señale la incorrecta:
 - a. Se utilizan para el control de la calidad asistencial prestada.
 - b. Permiten medir, comparar e introducir posibles elementos de mejora en los procedimientos quirúrgicos que se realizan por CMA.
 - c. Es necesaria su monitorización continua.
 - d. Los indicadores de calidad establecidos por ASECMA son específicos para el manejo del cáncer de mama.
 - e. Dentro de los indicadores de calidad establecidos por ASECMA se encuentra la valoración del grado de satisfacción de los pacientes.
3. ¿Qué paciente con diagnóstico de cáncer de mama no sería candidata a CMA?
 - a. Paciente de 40 años con indicación de tumorectomía de mama derecha.
 - b. Paciente de 50 años con indicación de tumorectomía de mama bilateral.
 - c. Paciente de 65 años, que vive sola, con indicación de tumorectomía de mama izquierda.
 - d. Paciente de 80 años con indicación de tumorectomía de mama derecha.
 - e. Paciente de 45 años con indicación de tumorectomía de mama derecha y reconstrucción de tipo round block.
4. Con respecto a los resultados observados:
 - a. El índice de ambulatorización observado se sitúa por encima del establecido por ASECMA, lo que refleja que la gran mayoría de pacientes que se propusieron para CMA se intervinieron por dicha vía.
 - b. El alto índice de pernocta fue debido principalmente a la necesidad de realizar una linfadenectomía no prevista.
 - c. La mayoría de las complicaciones observadas fueron Clavien Dindo ≥ 3 .
 - d. El índice de reintervenciones en el mismo día fue alto, representando la mayoría de las complicaciones observadas.
 - e. El índice de reingresos fue mayor del 1 %, situándose por encima del establecido por ASECMA.
6. Con respecto al estudio señale la correcta:
 - a. Los resultados obtenidos en los indicadores de calidad establecidos por ASECMA son garante del buen funcionamiento del circuito de CMA protocolizado en nuestro centro para pacientes con cáncer de mama.

- b. La protocolización de un circuito de CMA para pacientes con cáncer de mama ha demostrado ser un modelo organizativo seguro y eficiente.
- c. Una limitación del estudio ha sido la falta de valoración del grado de satisfacción de las pacientes, que es otro indicador clave en CMA.
- d. Del análisis de resultados se podría valorar aumentar o implementar algunas técnicas quirúrgicas dentro de las indicaciones de CMA en cáncer de mama.
- e. Todas las anteriores son correctas.