

## CARTA AL DIRECTOR

## Cirugía mayor ambulatoria en mujeres con cáncer de mama

### Day surgery in women with breast cancer

B. Acea Nebril

*Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*

Autor para correspondencia: Benigno.Acea.Nebril@sergas.es

*Sr. Director:*

El cáncer de mama constituye actualmente la primera causa de muerte por cáncer en la mujer europea y se prevé un aumento de su incidencia durante los próximos años. Tradicionalmente, el manejo quirúrgico de estas enfermas ha precisado de un ingreso hospitalario encaminado al control del sangrado postoperatorio y el cuidado de los drenajes aspirativo, pero durante los últimos años hemos asistido a nuevas propuestas asistenciales orientadas a programas de cirugía sin ingreso o de corta estancia para mejorar la calidad asistencial y optimizar los recursos sanitarios. Este cambio no es un fenómeno casual, ya que se sustenta en tres hechos reconocibles en la actualidad: las variaciones epidemiológicas en la presentación de la enfermedad, las innovaciones en su manejo quirúrgico, y los cambios organizativos en los sistemas sanitarios (1).

La cirugía ambulatoria en patología mamaria surge en los años ochenta como una necesidad ante el incremento de biopsias quirúrgicas originadas en los programas de cribado para el cáncer de mama. La utilización de anestesia local y el manejo de estas mujeres en unidades quirúrgicas especializadas posibilitó la ambulatorización en la mayoría de los procedimientos y con una adecuada calidad asistencial. 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. Desde principio de la década de los noventa, se ha propuesto la ambulatorización de estas enfermas, y así, el estudio de Warren y cols. (2), realizado

sobre datos del Medicare, demuestra un incremento en la ambulatorización de enfermas con cáncer de mama del 0 al 10,8 % para el periodo 1986-1995, un ascenso que se centró fundamentalmente en mujeres sin patología asociada y con una mayor incidencia de reingreso en enfermas mastectomizadas. Posteriormente, se ha constatado un incremento en el manejo ambulatorio durante la década de los noventa (1990-1996) que se centra, fundamentalmente, en la tumorectomía, que alcanza un 88 % de ambulatorización, mientras que la mastectomía no sobrepasa el 30 % (3). Estas diferencias se deben a que la linfadenectomía axilar precisa un mayor control analgésico (especialmente cuando se realiza la movilización precoz del brazo), un manejo especializado del drenaje axilar y un mayor riesgo de hemorragia postoperatoria. Por ello, las necesidades básicas para la instauración de un programa de cirugía ambulatoria en enfermas con linfadenectomía se centran en un adecuado control del dolor postoperatorio, la educación de la enferma en la utilización y cuidado del drenaje axilar, una profilaxis enérgica de los vómitos y la utilización de nuevas técnicas anestésicas que permitan la recuperación precoz de la mujer tras el acto operatorio. Aunque estas condiciones son necesarias para la ambulatorización, es preciso complementarlas con otras actuaciones que faciliten el proceso informativo y el conocimiento de la mujer sobre su intervención y cuidados postoperatorios. Efectivamente, la piedra angular de cualquier procedimiento ambulatorio es la información a la paciente sobre la posibilidad del alta en el día, realizada por el mismo cirujano y en diferentes actos informativos. Esta información oral debe complementarse con un tríptico informativo que facilite la comprensión de la información recibida y permitir el contacto de la enferma con

la unidad. La toma de decisión debe basarse en la autonomía de la mujer, es decir, en su capacidad para elegir aquel procedimiento, ambulatorio o con ingreso, que más se acerque a sus valores y preferencias. La inclusión en el grupo multidisciplinario de enfermeras para la educación de la enferma en el manejo de los drenajes, junto con la elaboración de un tríptico informativo, constituyen actuaciones fundamentales para facilitar el manejo ambulatorio y en corta estancia en estas enfermas. Al igual que otros grupos (4), la introducción de técnicas mínimamente invasivas, como la biopsia de ganglio centinela (BGC), potencia el manejo ambulatorio de estas enfermas que, posteriormente, se ha ampliado a pacientes con linfadenectomía axilar (LA). Finalmente, la existencia de una infraestructura basada en unidades específicas para la cirugía ambulatoria y/o de corta estancia ha permitido identificar precozmente la principal complicación en este tipo de cirugía, el sangrado agudo, que en la mayoría de las ocasiones se producirá durante las primeras horas del postoperatorio. En la mayoría de los casos los sangrados postoperatorios serán diagnosticados y revisados a las pocas horas de su inicio sin que en ningún momento se presenten episodios de hipotensión ni shock.

El manejo en 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 postoperatorias y la posibilidad de educar a la enferma en el manejo de los drenajes durante su estancia hospitalaria. Su principal indicación se encuentra en las mujeres tratadas mediante una mastectomía y/o LA, si bien un grupo importante de enfermas con LA pueden ser manejadas en un programa de cirugía ambulatoria. Las principales limitaciones al manejo en corta estancia se centran en mujeres con patologías secundarias limitantes, alteraciones psiquiátricas, retraso mental o ausencia de un apoyo familiar apropiado. Por su parte, las enfermas con reconstrucción inmediata mediante un colgajo muscular constituyen un grupo que requiere un ingreso ordinario por la necesidad de un control hospitalario del colgajo y por la demora en la recuperación de la paciente.

¿Cuáles son las ventajas de un manejo ambulatorio y de corta estancia en mujeres con cáncer de mama? La cirugía ambulatoria y de corta estancia se asocia al contexto de la eficiencia, ya que permite una mejora en la utilización de los recursos sanitarios (5). Aunque esta cualidad es evidente, debemos destacar otras relacionadas con el impacto psicológico de la enfermedad sobre la mujer (6). Así, un grupo importante de mujeres viven su enfermedad como una sentencia de muerte que se acentúa por las heridas emocionales y psicológicas del tratamiento quirúrgico y médico. La cirugía ambulatoria y de corta estancia atenúa esta secuela, especialmente cuando se utilizan técnicas mínimamente invasivas, como la BGC, y un proceso continuo y personalizado. En la experiencia de Margolese y cols. (7) en donde se comparan dos grupos

de mujeres intervenidas por un cáncer de mama con y sin ingreso, se destaca la mejora del contexto emocional en las enfermas no hospitalizadas, así como la disminución de los síntomas de estrés y la reducción en la recuperación física e incorporación a la actividad doméstica. El manejo actual de la mujer con cáncer de mama exige su participación en la toma de decisión y una modificación en su actitud frente a la enfermedad para evitar la pasividad y resignación frente a la planificación propuesta por los profesionales. Los programas de cirugía ambulatoria facilitan que la mujer adquiera un mayor control sobre su enfermedad y una mayor seguridad en sus cuidados gracias a la información escrita, la entrevista con la enfermera y el diálogo con el cirujano. La instauración de estos programas en mujeres con cáncer de mama exige un alto nivel de competencia profesional e institucional y, por ello, debe enmarcarse en el contexto de la excelencia.

En conclusión, el manejo ambulatorio y en corta estancia es una alternativa eficaz, eficiente y segura para la mujer con cáncer de mama. La cirugía conservadora constituye la principal indicación para el manejo ambulatorio, especialmente cuando se utilizan técnicas mínimamente invasivas, como la BGC, para la estadificación axilar. Su realización en unidades especializadas permite identificar precozmente las complicaciones, especialmente el sangrado agudo, garantizando la seguridad de la paciente. Las mujeres intervenidas con mastectomía son subsidiarias de un ingreso en corta estancia en la mayoría de los casos excepto cuando se asocia una técnica reconstructiva mediante colgajo muscular. En cualquiera de estas dos opciones, el proceso informativo es fundamental para que la mujer pueda seleccionar aquella modalidad que más se acerque a sus preferencias (8).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Acea Nebriil B. Perspectivas futuras en el manejo ambulatorio de la mujer con cáncer de mama. *Cir May Amb* 2005;10(3):113-4.
2. Warren J, Riley G, Potosky A, Klabunde C, Rotcher E, Ballard R. Trends and outcomes of outpatients mastectomy in elderly women. *J Natl Cancer Inst* 1998;90(11):833-40.
3. Case C, Johantgen M, Steiner C. Outpatient mastectomy: Clinical, payer and geographic influences. *Health Serv Res* 2001;36(5):869-84.
4. Buonomo O, Granai A, Felici A, Piccirillo R, De Ligouri N, Guadagni F, Polzoni M, et al. Day-surgical management of ductal carcinoma in situ (DCIS) of breast using wide local excision with sentinel node biopsy. *Tumori* 2002;88(3):S48-S49.
5. McManus S, Topp D, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. *Am Surg* 1994;60(12):967-70.
6. Kambouris A. Physical, psychological and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. *Am Surg* 1996;62(2):123-7.
7. Margolese R, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000;7(3):181-7.
8. Acea Nebriil B. Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cirugía Española* 2004;75(2):64-8.
9. Acea Nebriil B, López S, Cereijo C, Bazarra A, Candia B, Gómez C. Evaluación de un programa de cirugía ambulatoria y de corta estancia en pacientes con cáncer de mama. *Cirugía Española* 2003; 74(5):283-7.