

Cirugía oncológica ambulatoria de la mama

Ambulatory breast cancer surgery

Martos-Rojas N, Gómez-Pérez R, Corrales-Valero E, Fernández-García FJ, de Luna-Díaz R

Unidad de Mama. UGC Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Victoria. Málaga. España.

RESUMEN

Introducción y Objetivos: El Cáncer de Mama (CM) es el más frecuente en la mujer española, con 34722 casos diagnosticados en 2022. Dichos números exigen una adecuada gestión de los recursos en vista a una atención eficiente que mejore la calidad de vida de las pacientes a lo largo del tratamiento.

Material y Métodos: En lo que al tratamiento quirúrgico se refiere, se ha implementado la Cirugía Oncológica Ambulatoria de la Mama (COAM) para intentar cumplir los objetivos anteriormente expuestos. Para garantizar unos resultados óptimos, debemos contar con un circuito de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) independiente, personal cualificado y protocolos pre, peri y postoperatorios.

Resultados: En el Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV) se comenzó a aplicar la COAM en 2017, con un 28.9% de altas en régimen ambulatorio (43.5% si solo tenemos en cuenta las cirugías conservadoras). Desde entonces, estas cifras han ido en ascenso, con un 72.8% de pacientes intervenidas en régimen COAM en 2021. No se ha observado una tasa mayor de complicaciones postquirúrgicas en comparación con las pacientes que pernoctan.

Conclusiones: La COAM ha demostrado ser segura, factible y beneficiosa para las pacientes con CM, no solo por la mejoría en la eficiencia del sistema sanitario, sino también por sus efectos en la recuperación postoperatoria tanto física como psicológica.

Palabras Clave: Cirugía Mayor Ambulatoria, cáncer de mama, mastectomía, cirugía conservadora de la mama, linfadenectomía axilar.

CORRESPONDENCIA

Noemí Martos Rojas
Hospital Universitario Virgen de la Victoria
29010 Málaga
noemimartosrojas@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Martos-Rojas N, Gómez-Pérez R, Corrales-Valero E, Fernández-García FJ, de Luna-Díaz R. Cirugía oncológica ambulatoria de la mama. Cir Andal. 2023;34(2):103-107. DOI: 10.37351/2023342.2.

ABSTRACT

Background: Breast cancer (BC) is the most common cancer in Spanish women, with 34722 diagnosed cases in 2022. These numbers require a proper management in order to provide an efficient care that improves the quality of life of the patients throughout the treatment.

Methods: In terms of surgical treatment, Ambulatory Oncologic Breast Surgery (AOBS) has been implemented as a means to accomplish the targets previously exposed. An independent Ambulatory Major Surgery circuit is needed to ensure optimal results, as well as qualified staff and pre, peri and postoperative protocols.

Results: In Virgen de la Victoria University Hospital, AOBS began to be applied in 2017, reporting 28.9% of outpatient discharges (43.5% if we only take account of breast-conserving surgeries). Since then, these figures have increased, briefing 72.8% of patients operated under AOBS in 2021. A major rate of complications has not been observed compared to inpatients.

Conclusion: AOBS has proven to be safe, feasible and beneficial for patients with BC, not only because of improvements in the efficiency of the healthcare system, but also because of its effects on both physical and psychological postoperative recovery.

Key Words: Ambulatory Major Surgery, breast cancer, mastectomy, breast-conserving surgery, axillary lymphadenectomy.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de mama (CM) es el más frecuente en la mujer española y el tercero más detectado si se incluyen ambos sexos (por detrás del cáncer colorrectal y de próstata). Según los datos del Observatorio de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC), en España se han diagnosticado hasta 34722 casos de CM en 2022¹. En Andalucía, la incidencia ha sido de 5950 casos diagnosticados también en el pasado año (Figura 1). Es la primera causa de muerte por cáncer en las mujeres de nuestro país, pero gracias a los programas de screening y a los avances en el tratamiento multimodal, su supervivencia está en aumento.

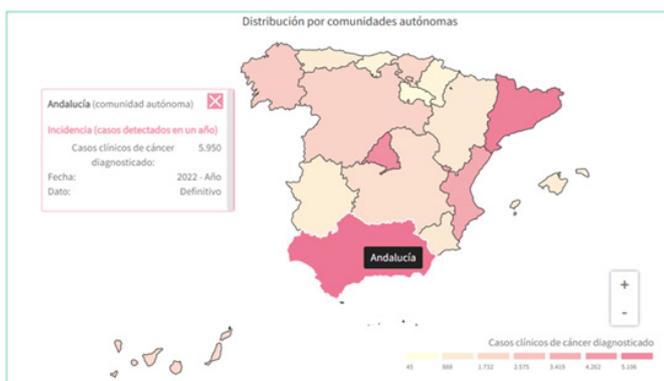


Figura 1

Incidencia del CM en Andalucía en 2022.

Existe una necesidad creciente de abordar la calidad de vida de las pacientes con CM a lo largo de la trayectoria de su tratamiento, desde el momento del diagnóstico hasta la remisión, incluyendo el tratamiento quirúrgico.

La Cirugía Oncológica Ambulatoria de la Mama (COAM) ha demostrado ser una opción factible, segura y beneficiosa para las pacientes, suponiendo, además, una gran liberación de recursos hospitalarios y a largo plazo un ahorro económico, considerándose como uno de los mejores sistemas para disminuir las listas de espera y conseguir mejorar la eficiencia quirúrgica. Reduce los costes en referencia a la cirugía con ingreso alrededor del 25-30%, llegando al 50% para algunas enfermedades quirúrgicas².

Los avances tecnológicos, el abordaje mínimamente invasivo y los agentes anestésicos de corta duración favorecen una rápida recuperación postoperatoria del paciente con efectos secundarios mínimos, incluyendo de forma progresiva pacientes y patología quirúrgica más compleja en la cartera de servicios de CMA, con la consecuente evolución de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

El perfil de pacientes que van a ser sometidos a cirugía oncológica de la mama es susceptible de una alta tasa de ambulatorización, ya que en su gran mayoría los procedimientos llevados a cabo corresponden al Tipo II según la Clasificación de Davis (Tabla 1).

Tabla 1. Criterios de Inclusión / Exclusión por Procedimiento Quirúrgico

Criterios de Inclusión	Criterios de Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> •Cirugía conservadora de la mama. •Cirugía conservadora con biopsia selectiva de ganglio centinela. •Mastectomía simple. •Mastectomía simple con biopsia selectiva de ganglio centinela. •Vaciamiento axilar: individualización según la dificultad técnica, los criterios socioculturales y la recuperación postanestésica. 	<ul style="list-style-type: none"> •Mastectomía bilateral y/o con reconstrucción.

En cuanto a “factores sociales” y “según patologías y comorbilidades”, los criterios son comunes al resto de especialidades que realizan CMA³.

La consecución del éxito en la COAM comienza en la consulta, mediante la explicación del proceso perioperatorio. Es importante disponer de un circuito bien formado e independiente para este tipo de intervenciones, así como protocolos estructurados de información preoperatoria y seguimiento. Se trata de un sistema complejo que precisa de la implicación de numerosos servicios (Enfermería, TCAE, Cirugía, Anestesia, Medicina Nuclear, Radiología, Anatomía Patológica, Medicina Física y Rehabilitación) de forma coordinada.

En un artículo publicado en 2020 en la revista de Cirugía Plástica y Reconstructiva⁴ comparaban la estancia de pacientes intervenidas de mastectomía con reconstrucción (con expansor o reconstrucción inmediata) tratadas en su Hospital de cirugía ambulatoria bajo los paradigmas de la cirugía ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), con las pacientes intervenidas en su hospital general. En su estudio, encontraron que la tasa de ingreso no planificado en el hospital fue del 35% siendo en el centro para pacientes ambulatorios cercana al 4%. Como los cirujanos, los anestesiólogos y los pacientes fueron los mismos en ambos centros, y no había diferencia estadística entre los pacientes, es evidente que la cultura institucional, los recursos y la preparación juegan un papel importante en el éxito del programa. Por ello, los grandes centros de cirugía mayor ambulatoria deberían presentar circuitos diferenciados e independientes a los de pacientes ingresados, disponiendo así de personal especializado.

El papel de la enfermería del Hospital de día quirúrgico, como hemos visto, se torna fundamental. Cuando la educación del personal de enfermería es la correcta, tanto en el equipo preoperatorio como postoperatorio, se produce un descenso de ingresos no esperados, así como de atención en urgencias en las primeras 24 horas⁵. Para esto se necesita que el personal de enfermería tenga entrenamiento en el uso de drenajes, enseñanzas al alta y manejo de curas en heridas quirúrgicas propias de la patología mamaria.

En cuanto a la esfera psicosocial, existen estudios que hablan del beneficio psicológico que produce el régimen de cirugía ambulatoria en las pacientes con cáncer de mama (encontrando diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción en las puntuaciones de depresión y ansiedad en las pacientes intervenidas en régimen CMA)⁶.

En 2017, se implementó la COAM en el Hospital Universitario Virgen de la Victoria (HUVV), con unos resultados gratamente satisfactorios, por lo que expondremos, a continuación, el circuito de CMA tal y como lo llevamos a cabo, atendiendo a los estándares y recomendaciones establecidos en las Guías de CMA⁷.

Circuito Cirugía Oncológica Ambulatoria de la Mama

Consulta inicial

En esta consulta las pacientes son informadas del diagnóstico, así como de la planificación de su tratamiento decidido en el comité multidisciplinar.

Tras la explicación de la cirugía planteada, se entregará un consentimiento informado, que tras ser debidamente explicado y firmado se archiva y digitaliza.

En esta consulta también se realiza la inclusión en lista de espera quirúrgica, recibiendo en el momento de entrega de los formularios una cita para preanestesia.

El cirujano o cirujana que atiende a la paciente en esta primera consulta es el que realizará una evaluación inicial de la paciente y de los criterios de inclusión en régimen CMA, teniendo en cuenta edad, antecedentes personales, domicilio, soporte familiar, así como tipo de cirugía planificada.

Hoja informativa:

En la consulta se entrega una hoja informativa con los detalles a tener en cuenta para el preoperatorio y el postoperatorio que pudieran ser de relevancia.

Llamada prequirúrgica

El equipo de enfermería en Hospital de día quirúrgico realiza una llamada 24h previas a la cirugía a todas las pacientes con objetivo de verificar los datos registrados en la preanestesia y si tiene que realizar alguna medida especial, toma o abandono de fármacos, etc. Se confirmaría que la paciente está informada del ayuno preoperatorio y del régimen de CMA.

En esta llamada se pregunta en cuanto a la existencia de clínica respiratoria o de otro tipo de sintomatología de nueva aparición que pudiera ser motivo de suspensión quirúrgica.

Circuito específico CMA

La entrada se efectúa directamente a la zona de CMA, donde un administrativo realiza el primer contacto y se asegura de que el paciente cumple los requisitos específicos.

Posteriormente, la paciente es atendida por enfermería y TCAE del área prequirúrgica, tomando constantes, realizando checklist prequirúrgico y la preparación para la cirugía (vía, fármacos preanestésicos, profilaxis antibiótica si precisa, etc.).

Desde el quirófano tras la cirugía la paciente es trasladada al área de recuperación postanestésica y de readaptación al medio, donde una enfermera y un TCAE realizan la observación y el manejo postquirúrgico.

Anestesia:

El papel de un anestesiólogo formado en cirugía mamaria es fundamental, intentando realizar anestesia general combinada con anestesia locorregional siempre que se lleva a cabo una mastectomía (con o sin reconstrucción) o un vaciamiento axilar, por la implicación que tiene tanto en la recuperación y el funcionamiento del circuito de CMA como por el efecto a largo plazo en la recidiva tumoral. Los bloqueos nerviosos periféricos bajo visión ecográfica directa se posicionan como una opción fácil y segura. Desde 2006 existen estudios publicados⁸ que demuestran que el manejo con anestesia general junto con bloqueo paravertebral versus anestesia general sola aumenta el tiempo libre de recurrencia de la enfermedad tumoral. Este fenómeno se debe a que la anestesia puede alterar la inmunidad celular tanto por los fármacos anestésicos que se usen, como por la necesidad de transfusión, la hipotermia o el dolor agudo. Los fármacos que actualmente se consideran relacionados con la recidiva tumoral son los agentes anestésicos volátiles, la morfina y los derivados opioides sintéticos.

La profilaxis antiemética y la minimización del uso de opioides son fundamentales para evitar náuseas y vómitos postoperatorios.

El tratamiento en el área de recuperación es pautado también por el anestesiista que atiende al paciente en quirófano, así como el inicio de la tolerancia y la hora de probable alta en función de la recuperación. La decisión final del alta es tomada por el personal del área de recuperación.

Informe de alta detallado

Al alta se entrega al paciente un informe detallado con la cirugía realizada, así como los cuidados postoperatorios, firmado por el cirujano.

El tratamiento es especificado en el informe y en la prescripción electrónica del paciente. Habitualmente está compuesto por analgesia, profilaxis con IBP en caso de que sea necesario y profilaxis antitrombótica solo en pacientes de alto riesgo.

En las indicaciones y recomendaciones habitualmente se detalla el beneficio de la deambulación precoz y la realización de curas de la herida.

Cuando la paciente sea dada de alta con drenaje se explicará el uso del mismo, adjuntando un folleto con las instrucciones de su utilización, e indicando no retirarlo hasta la supervisión por la unidad de patología mamaria.

Se adjunta también una cita en la consulta de patología mamaria para revisión y entrega de resultados unos 10-14 días tras la cirugía, asegurándonos que los resultados anatomopatológicos definitivos hayan sido presentados en el Comité Multidisciplinar.

En caso de precisarlo, se facilitará también una cita en el cuarto de curas de enfermería para la revisión de la herida y/o de los drenajes.

Tríptico explicativo

Se entrega un tríptico con indicaciones sobre el postoperatorio inmediato, las recomendaciones iniciales y posibles complicaciones. Se indica el número telefónico al que pueden llamar en caso de precisar revisión en el cuarto de curas ante cualquier complicación de la herida, que además se sitúa adyacente a la consulta de mama, pudiendo ser valorada por un facultativo.

Llamada postquirúrgica por parte de enfermería

A las 24h de la intervención se realiza una llamada por parte de enfermería del equipo de CMA para comprobar que las pacientes se encuentran bien, no han tenido complicaciones y tienen claros todos los puntos con respecto a su recuperación posterior. La intervención telefónica que se realiza por parte de enfermería postoperatoriamente también reduce los niveles de estrés y angustia emocional que en concreto presentan las pacientes con cáncer de mama en niveles más elevados que pacientes sometidos a otro tipo de cirugías⁹.

RESULTADOS

En 2017 se empezó a confiar en la CMA para el CM en nuestro centro. La linfogammagrafía para la detección del ganglio centinela comenzó a realizarse de forma ambulatoria, el día previo a la intervención, excepto en aquellas pacientes con domicilio más

lejano de lo contemplado en los criterios de CMA (habitualmente son pacientes derivadas desde otros hospitales ya que el HUVV es su centro de referencia). En este primer año se operaron 383 pacientes oncológicas, 255 cirugías conservadoras de las cuales 111 fueron dadas de alta en régimen de CMA (el 28,9% de los CM, el 43,5% de las cirugías conservadoras).

Solo 3 años más tarde, en 2020, 266 pacientes fueron intervenidas por CM (18% procedentes de neoadyuvancia), con una media de edad de 57 años. En total, 205 pacientes (77,1%) se adhirieron al régimen de COAM. En cuanto a las complicaciones, 2 pacientes (0,9%) precisaron de reintervención (Clavien Dindo IIIb).

En 2021, 390 pacientes se intervinieron por CM (cifras más acordes a las de años anteriores, en 2020 se intervinieron menos por ser diagnosticadas en estadios más avanzados por la Pandemia por COVID-19). La media de edad fue de 60 años. El 72,8% de las pacientes (284) en COAM. En cuanto a complicaciones hemos tenido 3 dehiscencias de herida que han precisado cirugía (2 Clavien Dindo IIIa (0,7%) y 1 Clavien Dindo IIIb (0,3%)). En este año se llevaron a cabo más mastectomías y linfadenectomías, hecho que encuentra su justificación en dos argumentos; primero, una mayor afectación axilar por el retraso diagnóstico por la Pandemia y, segundo, por aplicar los resultados del ensayo clínico RxPONDER (10), indicándose linfadenectomía axilar en pacientes postmenopáusicas con CM con receptores de hormonas positivos (excluyendo HER2+ y Triples negativos) y con axila positiva al diagnóstico.

Evolución de COAM en HUVV

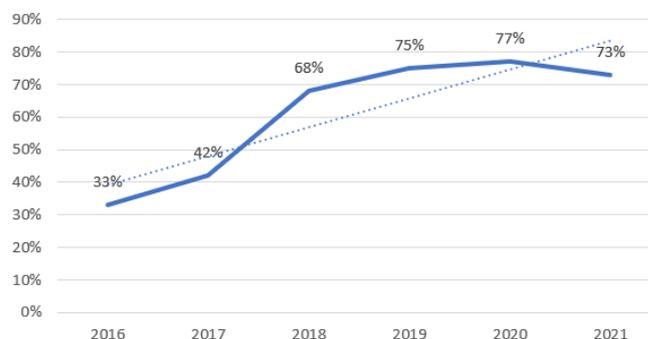


Figura 2
Evolución de COAM en HUVV.

CONCLUSIONES

El CM es el más frecuente en la mujer española, con 5950 casos diagnosticados en 2022 solamente en Andalucía. Ello exige una mejor gestión de recursos hospitalarios en cuanto a su atención compete, incluyendo el tratamiento quirúrgico. Las pacientes que van a ser sometidas a cirugía oncológica de la mama son susceptibles de una alta tasa de ambulatorización.

La COAM ha demostrado ser segura, factible y beneficiosa para las pacientes con CM, no solo porque mejora la eficiencia del sistema sanitario con el consecuente ahorro en ingresos hospitalarios y la disminución de las listas de espera quirúrgicas, sino por el

beneficio que supone en el ámbito psicológico y en la recuperación postoperatoria. Además, nos ha dado la oportunidad de continuar operando en los picos de Pandemia por COVID-19 en los que no había disponibilidad de camas de hospitalización.

Hemos comprobado que cirugías como la linfadenectomía axilar y la mastectomía simple en pacientes bien seleccionadas también son seguras de realizarse de forma ambulatoria sin mayor tasa de complicaciones ni reingresos, aumentando de este modo las indicaciones de COAM con patología quirúrgica más compleja.

Resulta fundamental un circuito bien establecido e independiente, con protocolos estructurados pre, peri y postoperatorios, para conseguir el éxito. Contar con personal cualificado, implicado y entrenado en COAM, que realice un buen trabajo en equipo, garantiza unos resultados óptimos.

BIBLIOGRAFÍA

1. <https://www.epdata.es/datos/cancer-mama-espana-graficos/619/espana/106?accion=1>
2. García-Vilanova-Comas A, Nadal-Gisbert J, Santofimia-Chordá R, Fuster-Diana C, de Andrés-Gómez A et al. Cirugía Mayor Ambulatoria en Patología Mamaria. *Cir Esp*. 2020; 98(1): 26-35.
3. Lopez-Cantarero Garcia-Cervantes M, Oehling de los Reyes H, Romera Lopez AL, Miron Pozo B. Selección de pacientes para CMA. *Cir Andal*. 2022;33(4):409-413.
4. Oxley PJ, McNeely C, Janzen R, Mian RA, Lee AT, Murabit A, Wang P, McNeely D. Successful same day discharge after immediate post-mastectomy alloplastic breast reconstruction: A single tertiary centre retrospective audit. *J Plast Reconstr Aesthet Surg*. 2020 Jun;73(6):1068-1074. doi: 10.1016/j.bjps.2020.01.018. Epub 2020 Jan 22. PMID: 32113960.
5. Keehn, A.R., Olson, D.W., Dort, J.C. et al. Same-Day Surgery for Mastectomy Patients in Alberta: A Perioperative Care Pathway and Quality Improvement Initiative. *Ann Surg Oncol* 26, 3354–3360 (2019). <https://doi.org/10.1245/s10434-019-07568-5>
6. Susini T, Carriero C, Tani F, Mattioli G, Renda I, Biglia N, Nori J, Vanzi E, Bianchi S. Day Surgery Management of Early Breast Cancer: Feasibility and Psychological Outcomes. *Anticancer Res*. 2019 Jun;39(6):3141-3146. doi: 10.21873/anticancerres.13451. PMID: 31177160
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Manual unidad de cirugía mayor ambulatoria. Estándares y recomendaciones. Madrid; 2008.
8. Exadaktylos AK, Buggy DJ, Moriarty DC, Mascha E, Sessler DI. Can anesthetic technique for primary breast cancer surgery affect recurrence or metastasis? *Anesthesiology*. 2006 Oct;105(4):660-4. doi: 10.1097/00000542-200610000-00008. PMID: 17006061; PMCID: PMC1615712.
9. Allard NC. Day surgery for breast cancer: effects of a psychoeducational telephone intervention on functional status and emotional distress. *Oncol Nurs Forum*. 2007 Jan;34(1):133-41. doi: 10.1188/07.ONF.133-141. PMID: 17562640.
10. Kalinsky K, Barlow WE, Gralow JR, Meric-Bernstam F, Albain KS, Hayes DF, et al. 21-Gene Assay to Inform Chemotherapy Benefit in Node-Positive Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2021 Dec 16;385(25):2336-2347. doi: 10.1056/NEJMoa2108873. Epub 2021 Dec 1. PMID: 34914339; PMCID: PMC9096864.