



ISSN: 1561-3194

Rev. Ciencias Médicas. enero-junio, 2000; 4(1):3-11
ARTÍCULO ORIGINAL

Cirugía ambulatoria en el cancer de mama. Etapas I y II

Ambulatory surgery in breast cancer. Stages I and II

Gilberto Cabrera Nogueira¹, Osmín Fajardo Orta², Roberto Monduy Matias³.

¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río.

²Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico «Abel Santamaría Cuadrado». Pinar del Río.

RESUMEN

Se intervinieron quirúrgicamente 129 personas con el diagnóstico de cáncer de mama en etapas I y II en el Hospital Docente Clínico «Abel Santamaría Cuadrado» de Pinar del Río en el período comprendido entre el primero de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1998. La intervención se realizó de forma ambulatoria en 47 pacientes y las restantes 82 pacientes fueron intervenidas en el transcurso de su ingreso hospitalario, siendo los grupos etáreos mas frecuentes entre 41 y 50 años así como las mayores de 70. Las pacientes se encontraban fundamentalmente en los estadios I y II - a de la enfermedad y fueron operadas por cirugía conservadora. Las complicaciones no infecciosas predominaron y el costo por paciente en las enfermedades ingresadas superó mas de dos veces a aquellas operadas ambulatoriamente. La cirugía ambulatoria mostró superioridad desde el punto de vista biopsicoeconómico.

DeCS: CIRUGIA AMBULATORIA, NEOPLASMAS DE LA MAMA/ Cirugía.

ABSTRACT

One hundred twenty nine patients were operated with de diagnosis of breast cancer stages I and II at "Abel Santamaria" General Hospital of Pinar del Río in the period from January 1995 and December 31, 1998. The surgery was made at the out-patient service in 47 patients and the remaining 82 patients were operated upon during their hospital stay, the most frequent age groups were between 41 and 50 years old as well as those older than 70. The patients were mainly in stages I and II of the disease of the disease and they were operated upon by means of conservative surgery. There was a prevalence of non infectious complications and the cost per patient was more than double than those operated as ambulatory patients. Ambulatory surgery showed to be superior from the biosychoeconomic point of view.

DeCS: AMBULATORY SURGERY, BREAST NEOPLASMA/ Surgery.

INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria (CA) es la forma de tratamiento mas antigua que se conoce, pues se conoce antes que los hospitales surgieran y se desarrollaran como instituciones de la sociedad.^{1,2}

Actualmente en muchos países el numero de operaciones mayores realizadas sin hospitalización aumenta considerablemente, incluyendo aquellas que requieren un período de observación postoperatorio aun cuando se realicen con anestesia local, esto es lo que se define actualmente como cirugía mayor en pacientes ambulatorios.³

La era moderna de la cirugía mayor ambulatoria se inició a principios de los años 60 en Estados Unidos. En Cuba esta modalidad de atención paciente quirúrgico comenzó en 1983 en el Hospital "Hermanos Ameijeiras".^{1,4} Desde entonces se ha difundido por todo el país debido a las enormes ventajas que proporciona y que 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 la seguridad del paciente en si está hospitalizado o es ambulatorio....".⁵

Teniendo en cuenta que el cáncer de mama es la tercera causa mas frecuente de neoplasia maligna a nivel mundial y la primera en el sexo femenino, no comportándose de forma diferente en nuestro país y conociendo las principales ventajas de este método quirúrgico, dado fundamentalmente por la favorable repercusión económica y psicológica que aporta para la paciente,⁶⁻⁸ es que decidimos realizar el presente trabajo.

METODO

Se realiza un estudio retrospectivo, descriptivo y comparativo entre un grupo de 129 pacientes operadas con el diagnóstico de cáncer de mama en los estadios I y II en el Hospital "Abel Santamaría Cuadrado" de Pinar del Río en el período

comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1998 las que fueron intervenidas de forma ambulatoria o ingresadas.

La información fue tomada de las historias clínicas de las pacientes, así como, del Departamento de Economía de nuestro hospital, de donde se obtuvieron variables de caracterización general como: edad, técnica quirúrgica, estadio clínico, complicaciones postoperatorias y costos teniendo en cuenta el pre, trans y postoperatorio de las pacientes.

Criterios de exclusión: hipertensión arterial, diabetes mellitus, cardiopatías, E. P. O. C., insuficiencia renal y mayores de 60 años, aunque de forma relativas

A las intervenidas de forma ambulatoria se les aplicó una encuesta para conocer el nivel de satisfacción.

Los datos se procesaron en computadora usando la frecuencia absoluta y el porcentaje para el análisis estadístico expresando los resultados en diferentes tablas.

RESULTADOS

En el período analizado se intervinieron 129 pacientes, 47 de ellas de forma ambulatoria y 82 ingresadas con el diagnóstico de cáncer de mama.

La tabla 1 muestra la distribución por grupos etáreos, donde apreciamos la mayor incidencia de la enfermedad entre los 41 y 50 años con 13 casos, para un 27,66 %, en las operadas por C. A. Y 21 en las mayores de 70 años (25,60 %) en las ingresadas.

Tabla 1. Distribución por edades.

Grupos etáreos	Cirugía Ambulatoria		Ingresadas	
	Pacientes	%	Pacientes	%
< de 30 años	2	4,26	1	1,22
31 - 40 años	11	23,40	11	13,42
41 - 50 años	13	27,66	13	15,85
51 - 60 años	10	21,28	20	24,39
61 - 70 años	8	17,02	16	19,51
> de 70 años	3	6,38	21	25,61
Total	47	100	82	100

Fuente: Historias Clínicas

En la distribución por estadios clínicos según la clasificación TNM vigente la mayoría de las pacientes ambulatorias se encontraban en el estadio I -II- a (41 pacientes) y en las ingresadas predominó el estadio I con 34 pacientes (41,46 %). (Tabla 2).

Esto demuestra que el diagnóstico se hace tempranamente pero aun no se detectan con frecuencia los tumores in situ.

Tabla 2. Distribución por estadios clínicos.

Etapa Clínica	Cirugía Ambulatoria		Ingresadas	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Tumor in situ	1	2,15	1	1,22
Estadio I	20	42,55	34	41,46
Estadio II- a	21	44,68	26	31,71
Estadio II- b	5	10,64	21	25,61
Total	47	100	82	100

Fuente: Historias Clínicas

La Cirugía Conservadora fue la técnica más empleada tanto en las pacientes ambulatorias (89,36 %) como en las pacientes ingresadas (74,39 %). La Mastectomía Radical solo fue usada en 26 pacientes (25,61 %). (Tabla 3).

Tabla 3. Técnicas quirúrgicas empleadas.

Técnicas quirúrgicas	Cirugía Ambulatoria		Ingresadas	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Cirugía Conservadora	42	89,36	61	74,39
Mastectomía Radical	5	10,64	21	25,61
Total	47	100	82	100

Fuente: Historias Clínicas

Existieron pocas complicaciones posquirúrgicas tanto por uno como por otro método, con 18 y 20 pacientes respectivamente, siendo la mas frecuente el seroma de la herida con 11 casos para un 61,11 % en las pertenecientes a la cirugía ambulatoria y 10 casos para un 50 % en las ingresadas. (Tabla 4).

Tabla 4. Complicaciones postoperatorias.

Complicaciones Postoperatorias	Cirugía Ambulatoria		Ingresadas	
	Pacientes	%	Pacientes	%
Dehiscencia de la herida	2	11,11	1	5
Sepsis de la herida	3	16,66	8	40
Seroma	11	61,11	10	50
Hematoma	2	11,11	1	5
Total	18	100	20	100

Fuente: Historias Clínicas

De forma general, los costos son iguales en todas las pacientes intervenidas tanto por Cirugía Ambulatoria como las que fueron ingresadas, la diferencia radica en la estadía hospitalaria con un costo de 96,43 pesos por cada paciente en el caso de las intervenidas por Cirugía Ambulatoria (tabla 5) y de 196,03 pesos por cada paciente en el caso de las ingresadas. El 100 % de las pacientes operadas ambulatoriamente aceptaron el método.

Tabla 5. Costo por paciente.

C/ Costo	U/M	Promedio	C. Ambulatoria C/ Total	Ingresadas C/ Total
Lab. Clínico	Análisis	1,0	\$0,41	\$0,41
A. Patológica	Examen	1,0	\$5,55	\$5,55
ECG	Examen	1,0	\$0,15	\$0,15
Rx	Examen	1,0	\$9,42	\$9,42
S. Operación	Minutos	45	\$68,40	\$68,40
Anestesia	Paciente	1,0	\$5,50	\$5,50
R. Humanos	Paciente	1,0	\$7,0	\$7,0
Hospitaliz.	Día/pte.	4,0	-	\$99,60
Total	-	-	\$96,47	\$196,03

Fuente: Departamento de Economía.

DISCUSIÓN

Nuestra casuística comprende 129 mujeres con el diagnóstico de cáncer de mama en las etapas I y II, de ellas 47 fueron operadas por cirugía ambulatoria y 82 ingresadas para igual tratamiento.

Se tuvo en cuenta para la selección de las pacientes que se someterían a C. A. Una serie de criterios de exclusión que concuerdan con la bibliografía revisada,⁹ aunque no encontramos otros trabajos o investigaciones que hicieran referencias a la utilización de este método en pacientes portadoras de neoplasias de mama. En nuestro estudio se tomó la edad de las pacientes, que cuando exceden los 60 años ya comienzan a presentar una serie de riesgos no solo por la edad, sino porque generalmente presentan otras patologías asociadas como: cardiopatías, hipertensión arterial y accidentes vasculares encefálicos, que constituyen a su vez otro criterio de exclusión valorado en este trabajo.

El mayor número de casos tratados por C. A. Se encuentran entre los 41 y 50 años, las ingresadas con 70 o más lo que concuerda con los criterios de exclusión aplicados en nuestro trabajo y reportados por otros autores,⁹ en las operaciones de enfermos de otras patologías empleando el método ambulatorio.

Teniendo en cuenta que 101 pacientes se encontraban en las etapas I y II de la enfermedad y 2 clasificadas como Tis, fue posible aplicar la cirugía conservadora en ellas, ya que aparte de ser un proceder menos agresivo^{10, 11, 12, 13} constituye un factor psicológico que influye de manera muy positiva en la recuperación total de las mujeres dada la posibilidad de conservar su seno.^{14, 15}

A 26 pacientes que se encontraban en el estadio IIb fue necesario realizarles Mastectomía radical, lo que coincide con lo planteado en otros trabajos.^{10, 11, 12, 13}

Existieron pocas complicaciones, tanto en las que fueron sometidas a C. A., como en las ingresadas predominando las complicaciones no infecciosas, aunque es válido señalar que de forma comparativa se presentaron mayor número de sepsis en las pacientes ingresadas, tema muy abordado en múltiples investigaciones.^{10, 11, 13, 14, 16, 17}

Los costos por pacientes se comportaron de igual tanto en la consulta externa como en el transoperatorio, radicando la diferencia en el postoperatorio, ya que la estancia hospitalaria en las mujeres ingresadas es de 48 a 96 horas por lo general, en caso de no existir complicaciones lo que incrementaría el costo por permanencia en el servicio, diferenciándose en gran medida de las intervenidas de forma ambulatoria que permanecieron de 8 a 12 horas en el centro, por lo que no incurren en gastos por estadía.^{18, 19}

Gracias al perfeccionamiento de técnicas anestésicas y quirúrgicas, ha sido posible que las pacientes regresen a sus casas en un lapso de 6 a 12 horas posteriores a la operación,²⁰ lo que es de gran importancia para ellas, se siente mejor psicológicamente, se recuperan más rápido, además de proporcionar otras ventajas como la disminución de los costos hospitalarios, el aumento de las camas disponibles, la reducción de la lista de espera, así como la reducción de la morbilidad postoperatoria.^{6- 8, 20}

Somos del criterio de que se debe efectuar una revisión de los criterios de exclusión empleados para la admisión de las pacientes que serán operadas por cáncer de mama con la finalidad de incluir algunas más en el método ambulatorio.

RECOMENDACIONES

Hacer una mayor y mejor valoración de las pacientes portadoras de cáncer de mama, en las etapas I-II de la enfermedad, que presenten algunos de los criterios de exclusión, con la finalidad de poder incrementar el número de pacientes que se operen por C. A., dadas las ventajas que ofrece el método y de esta forma lograr una mayor interrelación hospital y médico de la familia, y procurar extenderlo al grupo de mujeres que necesitan por lo avanzado de la enfermedad otro tipo de proceder quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Hernández R, Río Álvarez J, Cordero Jiménez C, Bermúdez Balado C. Cirugía ambulatoria en la provincia de Ciego de Ávila: años 1986 a 1988. Rev Cubana Cir. 1992 Jul - Dic; 31(2): 116-23.
2. Mederos Curbado ON, Payor López A, Ruiz Barricén J, Gutiérrez Rojas A, Peraza Santiago A, Castillo A G. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. Parte I Rev Cubana Med Gen Int. 1991 Jul - Sep; 7(3): 243-47.
3. Paredes Díaz J, Hernández Pérez R, Sujas Valdivia L. El tratamiento quirúrgico ambulatorio en terceros molares retenidos. Nuevo procedimiento. Rev Cubana Estomatol. 1991 Jul- Dic; 28(1): 34-38.
4. Paredes Díaz J, Hernández Pérez R, Castañeda González H, Rodríguez Otero A. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial. Rev Cubana Estomatol. 1991 Jul-Dic; 28(2): 106-11.
5. Rivera Gutiérrez J, Giner Noguera M, Subh M. Cirugía ambulatoria. Estudio piloto. Cir Esp. 1988 Dic; 44(6): 865-70.
6. Díaz Fernández J, Fernández Labrada M, Pérez Pérez O. Costo estimado de la cirugía ambulatoria en la fractura cigomática estable. Rev Cubana Estomatol. 1996 Sep-Dic; 33(3): 116-19.
7. Revuelta Álvarez S, Hernández de la Fuente F, Puente Gómez C, Mayoral Gómez I, Ramón Roca C, Sierra Gil E, et al. Ahorro económico propiciado por disminuir de la incapacidad temporal con programas de cirugía mayor ambulatoria. Estudio multicéntrico. Cir Esp. 1997 Sep; 61(2): 167-70.
8. Fernández Garrote I, Molina A, Bush M L, Camacho Rodríguez R. El médico de la familia y su equipo en el diagnóstico precoz del cáncer de mama. Rev Cubana Med Gen Int. 1994 Jul-Sep; 10(3): 225-29.
9. Escalante de Rotundo M. Criterios de solución y criterios de alta, en unidades de cirugía ambulatoria. Rev Cubana Anestesiología. 1992 Ene-Abr; 7(1): 33-7.
10. Haga S, Shimizu I, Kinoshita J, Watanabe D, Kajiwara T, Okawa T. Application and technique of breast conservative treatment of breast cancer. Nippon Geka Gakkai Zasshi. 1992 Sep; 93(9): 1202-5.

11. Antonello M, Polico R, Busseto M, Pizzi G. Results of conservative treatment of stage I-II carcinoma of the breast. Analysis of 311 patients. Radiol Med Torino. 1992; 84(4): 440-3.
12. Arrigoni F, Vertriglia L, Saturao F, Politti E M, Sacco R. Quadrantectomy in the conservative treatment of breast carcinoma. G Chir. 1993 Feb; 14(2): 1124-7.
13. Mishi T, Fuku-Uchi A, Takenchi M, Miyamoto H, Muruyama Y. Breast conservative treatment of early breast cancer: eight year experience. Nippon Gekka Zasshi. 1992 sep; 93(9): 1199-201.
14. Cabrera Martín R, Zamora Santana O, Domínguez Somoza JC, Alonso González E, Cabrera Espinosa JC, Cárdena I. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción de los pacientes. Rev Cubana Med Gen Int. 1991 Jul -Sep; 7(3): 248-50.
15. Gutiérrez R, Kiriakidis C. Cirugía ambulatoria: una alternativa en la flevoextracción. Bol Med postgrado 1993 Sep-Dic; 9(3): 36-41.
16. Álvarez D, Melaine A. Incidencia de complicaciones postoperatorias en cirugía ambulatoria 1994-1996. UNAS. 1996 Ago; 51.
17. Torres S, Maldonado T. Hernioplastia ambulatoria en pacientes de la tercera edad. Rev Guatemalteca Cir. 1995 Ene-Abr; 4(1): 20-1.
18. Drucker Zertuche M, Flores Viladroza A, Ibnes Fuentes R. Implicaciones de un servicio de cirugía ambulatoria. Rev Cir Gen. 1995 Abr -Jun; 17(2): 109-11.
19. Guzmán Rodríguez JE, Reyna Rivera JM. Cirugía mayor de corta estancia. Rev Med IMSS. 1995 Mar-Abr; 33(2): 153-56.
20. Arriagada Lassa E, Hurtubia Noris R, Zenteno Espinosa O, Vargas Barriar C. Cirugía mayor ambulatoria. Rev Chilena Cir. 1996 Dic; 48(6): 622 -25.

Recibido: 23 de Marzo del 2000

Aprobado: 6 de Junio del 2000

Dr. Gilberto Cabrera Nogueira. ¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico "Abel Santamaría Cuadrado". Pinar del Río.