

Cirugía mayor ambulatoria en patología mamaria. Experiencia de Breast Clínica de la Mama – Hospital Italiano de La Plata

Micaela Chiaramondia, Luis Barbera,* Francisco Terrier,* Marcelo Irigo,* Aldo Creton,* Diego Valenzuela,* Valeria Moliner,* Valeria Méndez Ortiz,* P. Fernández Raone**

RESUMEN

Introducción

Se presenta un trabajo descriptivo sobre la experiencia de cirugía mayor ambulatoria en patología mamaria de Breast Clínica de la Mama – Hospital Italiano de La Plata.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en pacientes operadas por patología mamaria en una unidad de cirugía mayor ambulatoria, dando a conocer: a) los requisitos básicos para el correcto y uniforme funcionamiento de la cirugía ambulatoria; b) el porcentaje de reinternaciones y de complicaciones de dicha modalidad.

Material y método

Se establecen criterios de selección y de exclusión de las pacientes y se describe el circuito de las mismas desde el diagnóstico hasta la recuperación postquirúrgica.

Se evaluó en forma retrospectiva y mediante una encuesta la satisfacción por parte de las pacientes con este tipo de modalidad quirúrgica.

Breast Clínica de la Mama – Hospital Italiano de La Plata.

Correo electrónico de contacto:
irigomarcelo@gmail.com

Resultados

No se hallaron complicaciones inherentes a esta modalidad quirúrgica.
El porcentaje de internación fue comparable al de otras publicaciones.

Conclusiones

Podemos concluir que la cirugía ambulatoria en pacientes con patología mamaria se realiza sin inconvenientes, tanto para procedimientos menores como para cirugías más extensas, como linfadenectomías y mastectomías.

Palabras clave

Cirugía ambulatoria. Cáncer de mama.

SUMMARY

Introduction

We present a descriptive work on the experience of major outpatient surgery in breast disease at Breast Clinic and Italian Hospital in La Plata.

Objectives

To describe our experience on major outpatient surgery in breast disease at an ambulatory surgery unit. To determine: a) the basic requirements for a right and uniform functioning of ambulatory surgery; b) the re-hospitalization and complications rates.

Materials and method

Selective and exclusion criteria of choice are established and the circuit of the patient from the diagnosis to the postsurgical recovery is described.

A survey assessed in a retrospective way the acceptance shown by patients to this type of surgery.

Results

No further problems resulting from this type of surgery were found.
The rate of hospitalization could be compared to other publications.

Conclusions

We can conclude that outpatient surgery in patients with breast pathology is performed satisfactorily both in minor procedures and more serious surgeries like lymphadenectomies and mastectomies.

Key words

Ambulatory surgery. Breast carcinoma.

INTRODUCCIÓN

La cirugía nació siendo ambulatoria muchos años antes de que existieran los hospitales modernos. Conceptualmente, el logro que distingue a la cirugía ambulatoria actual es poder realizar procedimientos cada vez más complejos, aun con anestesia general, sin que sea necesario internar a la paciente con la misma seguridad y calidad técnica.^{1, 2, 3, 4, 5}

Se define como cirugía mayor ambulatoria, cirugía de día o cirugía sin ingreso a un modelo organizativo de asistencia quirúrgica, multidisciplinario, que permite tratar a pacientes correctamente seleccionados de forma electiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional, de manera que las pacientes pasan la noche anterior y posterior a la cirugía en su domicilio.^{6, 7}

Por otra parte, el imperativo de reducir costos y la necesidad de mejorar el uso y la disponibilidad de camas hospitalarias obligó a la creación de centros de diferentes características, pero con un denominador común: el alta de la paciente en el mismo día de la intervención.^{1, 2, 9, 10}

En nuestro país, en la década del '90 el tema comenzó a ser debatido a nivel académico, destacándose, en este sentido, en el relato de Ferraina al 62° Congreso Argentino de Cirugía en 1991.¹¹

El Hospital Italiano de La Plata comenzó por inaugurar la Unidad de Cirugía Ambulatoria en el año 2014. Dicha unidad cuenta con personal calificado que satisface las necesidades y expectativas de las pacientes y familiares y les proporcionan información y educación en los períodos pre, intra y postoperatorio manteniendo el carácter confidencial de la información.

Funcionamiento de la Unidad de Cirugía Ambulatoria

El Hospital Italiano de La Plata es una entidad privada asociada a la Facultad de Ciencias Médicas. Cuenta con más de 300 camas con un porcentaje de utilización de casi el 90% y una media de estadía de 48 horas.

El sector de hospital de día cuenta con 10 habitaciones, dos quirófanos y una sala de recuperación. La unidad funciona de 7.00 a 20.00 horas practicándose anestesia general en todo ese lapso. El Servicio de Mastología tiene asignado dos días quirúrgicos fijos a la semana.

Las pacientes se registran con la debida antelación (con un mínimo de 72 horas) en la oficina administrativa de la Unidad donde resuelven el día/hora de la cirugía y autorizaciones correspondientes. Se les entrega material informativo acerca de la preparación para la cirugía, marcaciones previas y consentimiento informado, así como sobre los pasos a seguir y las recomendaciones postquirúrgicas. Además, se les explica las ventajas de un procedimiento ambulatorio al completar la historia clínica.

Luego de operadas, las pacientes pasan a una sala de recuperación inmediata donde son controlados por el anestesiólogo y personal de enfermería entrenado; después de un período variable, se trasladan a la sala de recuperación mediata donde entran en contacto con los familiares, pueden incorporarse, caminar; finalmente, se les da de alta con instrucciones escritas.

Circuito del paciente en la unidad de cirugía mayor ambulatoria (CMA)

La unidad de CMA es una organización multidisciplinaria de profesionales que cumple requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma tal que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar esta actividad.¹⁵

Para la organización de las cirugías, contamos con un Ateneo oncológico y multidisciplinario que se realiza los días viernes en la Clínica Breast en donde cada profesional expone sus pacientes, se discute el procedimiento quirúrgico a realizar así como el tipo de marcación prequirúrgica –si fuera necesario–. El Ateneo cuenta con profesionales del área de mastología como así como con oncólogos, médicos especialistas en imágenes, radio-terapeutas, patólogo y psicóloga. Desde ahí se envía al Hospital Italiano de La Plata, vía mail, el listado de cirugías, consignando tipo, hora y orden de las mismas y también modalidad ambulatoria o con internación.

La paciente debe acudir al área quirúrgica el día y la hora fijados para la intervención. La cita, establecida con anterioridad en la consulta externa, debe confirmarse 48 horas antes. Al llegar al sector de hospital de día, es evaluada nuevamente por el médico y la enfermera para comprobar el correcto cumplimiento de los cuidados, normas e instrucciones preoperatorias. Es intervenida según la programación previa. (Fotos 1 y 2)

En cuanto a las marcaciones, las pacientes son citados el día anterior por la mañana en la Clínica Breast si se realizara marcaciones con carbón (tanto con guía ecográfica como estereotáxica) y por la tarde en el área de Medicina Nuclear del Hospital Italiano si se realizara marcación con tecnecio 99.

Foto 1. Sala de Procedimientos.
Hospital de Día



Foto 2. Sala de Ingreso del paciente



Foto 3. Quirófano



El rol de los anestésistas en esta modalidad de cirugía es fundamental. Pueden utilizarse todas las técnicas anestésicas. Estas técnicas deben lograr el mayor grado de bienestar peri operatorio, controlar el dolor y el estado de ansiedad, disminuir los efectos secundarios de los medicamentos utilizados, no ocasionar náuseas o vómitos, conservar el nivel de conciencia y conseguir una deambulación temprana.¹⁴

Todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados con anestesia general y llevados a cabo por el mismo grupo de especialistas –todos ellos con conocimiento de la modalidad ambulatoria. (Foto 3)

Se realizó pre medicación con midazolam y fentanilo y luego inducción anestésica con propofol. El mantenimiento se realiza con bomba de infusión continua con remifentanilo y sevoflurano. En todas las pacientes se utiliza un analgésico tipo AINE, como diclofenac o ketorolac intraoperatorio, y en alguna de ellas se utilizó morfina cuando presentaban alergia a los mismos.

Una vez concluida la cirugía, se traslada a la paciente al área de recuperación para el postoperatorio inmediato, hasta que su situación clínica permita derivarla al área de readaptación al medio.

El área o zona de readaptación al medio es el lugar en el que la paciente completa su recuperación posoperatoria hasta alcanzar signos vitales estables, restablecer la ingesta de líquidos y conseguir una micción espontánea. Es en este sitio donde se reúne con sus familiares.

Posteriormente, es evaluada nuevamente por el anestesiólogo y el equipo quirúrgico para determinar el momento del alta. (Fotos 4 y 5)

Los criterios que utilizamos para dar el alta son: signos vitales, deambulación, ingesta de líquidos, náuseas y vómitos, dolor (evaluado mediante una escala de 0 a 10) y estado del sitio quirúrgico.

Foto 4. Sala de Recuperación Inmediata



Foto 5. Sala de Recuperación



Antes de proceder al alta, se le brinda a la paciente las instrucciones postoperatorias de manera clara y precisa. Para ello, se le da una carpeta donde consta claramente el cuidado de las heridas, las fechas de curaciones, la dieta, las pautas de hidratación, las instrucciones sobre fármacos prescritos y las normas necesarias tras el alta, además del contacto para comunicarse con cualquiera de los integrantes del equipo tratante para la aclaración de las dudas que puedan presentarse en el domicilio, con la instrucción de acudir al Servicio de guardia de Cirugía del Hospital Italiano para resolver en primera instancia las posibles complicaciones.

El seguimiento postoperatorio fue realizado en todos los casos por los médicos mastólogos correspondientes de cada paciente y especialmente por los *fellows* quienes efectuaron un control telefónico dentro de las 24 horas posteriores a la intervención con la finalidad de evaluar las posibles complicaciones, encontrar el modo de resolverlas y recoger las dudas e inquietudes de las pacientes.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia en pacientes operadas por patología mamaria en una unidad de cirugía mayor ambulatoria, dando a conocer: a) los requisitos básicos para el correcto y uniforme funcionamiento de la cirugía ambulatoria; b) el porcentaje de reinternaciones y de complicaciones de dicha modalidad.

MATERIALES Y MÉTODO

Estudio descriptivo sobre las intervenciones quirúrgicas realizadas de forma programada durante un período comprendido entre junio de 2015 y mayo de 2016, utilizando como fuente de información el conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria, obteniéndose y analizando los grupos relacionados de diagnóstico.

El presente trabajo incluye a todas las pacientes operadas por patología mamaria por los cirujanos acreditados por la Sociedad Argentina de Mastología y *fellows* de Breast Clínica de la Mama – Hospital Italiano de La Plata.

Selección de pacientes

Toda unidad de CMA debe disponer de criterios para la selección de los pacientes, criterios que pueden variar entre las diferentes unidades y a través del tiempo.

- *Criterios anestésicos.* Para establecer los criterios anestésicos, se utiliza la clasificación del riesgo quirúrgico de la American Society of Anesthesiologists (ASA). Las pacientes consideradas en nuestro trabajo

fueron Grado I y II de dicha clasificación (pacientes con antecedentes de complicaciones anestésicas en intervenciones anteriores fueron valoradas según el caso).¹⁴

- *Edad.* La edad extrema *per se* no fue criterio de exclusión, aunque requirió una evaluación individualizada en la cual se valoró sobre todo la edad biológica más que la cronológica. El rango de edad de nuestro trabajo fue de 20 a 74 años.
- *Criterios médicos.* Las pacientes con un índice de masa corporal (IMC) menor de 30 fueron incluidas en el programa. Las pacientes con IMC entre 30 y 40 fueron valoradas individualmente. Fueron excluidas pacientes con obesidad mórbida (IMC >40). Las coagulopatías y el tratamiento anticoagulante se consideraron contraindicaciones relativas.
- *Criterios psicológicos.* La aceptación de esta forma de internación fue voluntaria para cada paciente, explicándole la metodología propuesta por la Unidad. Por ello, es clave brindarles a ella y a sus familiares toda la información de manera precisa y entendible. Fueron excluidas las pacientes que, por diferentes motivos, no fueron capaces de comprender las instrucciones o que presentaron patología psiquiátrica invalidante para la colaboración.
- *Criterios sociofamiliares.* La paciente debe disponer de un teléfono particular o móvil para realizar el control postoperatorio. Es fundamental la atención de un adulto responsable durante el postoperatorio, que acompañe y brinde los cuidados básicos al menos durante las primeras 24 horas.
- *Criterios de exclusión.* El principal criterio de exclusión fue el horario de finalización de la cirugía: aquellas pacientes que finalizaron el procedimiento luego de las 16 horas se consideraron como cirugía con internación. También quedaron excluidas pacientes con obesidad mórbida, pacientes Grado III y IV de la clasificación ASA y pacientes con epilepsia.^{12, 13, 14}

Se evaluó:

- Estado general de la paciente
- Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas
- Grado de dolor
- Sangrado de la herida
- Aparición de fiebre, náuseas o vómitos

También se confeccionó una encuesta para evaluar el grado de satisfacción de las pacientes, la cual fue realizada de manera retrospectiva.

Tabla I. Procedimientos quirúrgicos totales

Procedimiento	n	%
Cuadrantectomías/ nodulectomías	117	22,03
Cuadrant. + BGC	290	54,61
BGC	5	0,94
Cuadrant. + LA	11	2,07
Mastectomía simple	6	1,12
Mastectomía + BGC	59	11,11
Mastectomía + LA	20	3,76
LA	12	2,25
MRM + RMI	11	2,07

Tabla II. Procedimientos quirúrgicos ambulatorios

Procedimiento	n	%
Cuadrantectomía/ nodulectomías	103	28,61
Cuadrant. + BGC	209	58,05
BGC	5	1,38
Cuadrant. + LA	5	1,38
Mastectomía simple	1	0,27
Mastect. + BGC	22	6,11
Mastect. + LA	7	1,94
LA	8	2,22

RESULTADOS

Todos los datos fueron extraídos de las historias clínicas.

En el período comprendido entre junio de 2015 y mayo de 2016 inclusive se realizaron 531 cirugías por patología mamaria. La distribución de procedimientos fue: 418 cirugías conservadoras (78,71%), de las cuales 117 fueron solo cuadrantectomías/nodulectomías; 290 fueron con biopsia de ganglio centinela y 11 con vaciamiento axilar.; 96 mastectomías (18,07%): 6 fueron simples, 59 con biopsia de ganglio centinela, 20 con linfadenectomía axilar y 11 con reconstrucción mamaria inmediata (no se tuvieron en cuenta las reconstrucciones mamarias diferidas). Además, hubo 17 cirugías axilares (3,2%), tanto biopsias de ganglio centinela como linfadenectomías axilares (LA). (Tabla I)

Analizando solamente las cirugías ambulatorias, llegamos a los siguientes resultados: del total de cirugías, 360 fueron programadas como cirugía ambulatoria (67,79%) y 171 como cirugía con internación (32,21%). La distribución de los procedimientos ambulatorios fue: (Tabla II)

- Cuadrantectomías/nodulectomías: 103
- Cuadrantectomías + BGC: 209
- BGC: 5
- Cuadrantectomías + LA: 5
- Mastectomías simples: 1
- Mastectomías + BGC: 22
- Mastectomías + LA: 7
- LA: 8

Ninguna de las mastectomías con reconstrucción inmediata fue considerada como cirugía ambulatoria.

Una situación compleja es tener que reinternar a una paciente o dejarla internada 24 horas cuando se consideraba un procedimiento ambulatorio. En general, el porcentaje de readmisión varía entre 0,1% al 4%.¹¹ Las razones generalmente se deben más al tipo de anestesia y al procedimiento quirúrgico que a las características de la paciente.

En nuestra experiencia hallamos un porcentaje de 3,22% (12) de pacientes que eran consideradas ambulatorias y que tuvieron que pasar la noche en el hospital. De ellas, 5 quedaron internadas porque la hora de finalización de la cirugía fue mayor a la esperada, 3 refirieron no sentirse seguras para el alta, 3 tuvieron intolerancia a la ingesta de líquidos y 1 sufrió un cuadro de lipotimia.

Con respecto a las pacientes que fueron seleccionadas para la condición de cirugía con internación –171 pacientes–, en la mayoría de los casos (92)

resultó necesario hacerlo debido a la hora de realización del procedimiento quirúrgico –finalizado después de las 18 horas–, por lo que no se pudo contar con el tiempo necesario para la recuperación en el área de cirugía ambulatoria. En las otras 67 pacientes se detectaron los siguientes inconvenientes: 44 pacientes vivían a más de una hora de la Ciudad de La Plata por lo que pidieron quedarse internadas; 2 pacientes presentaban obesidad mórbida (IMC mayor a 30), por lo que fueron evaluadas para internación; 7 pacientes no aceptaron la condición de cirugía ambulatoria; y 14 presentaron comorbilidades cardiológicas asociadas, por lo que fueron evaluadas por el mastólogo y el anestesiólogo a cargo para su internación.

En esta muestra, no se registraron reinternaciones en las pacientes dadas de alta en el día.

Por último, los *fellows* realizaron la encuesta a los tres meses de la cirugía (se obtuvieron respuestas de 293 pacientes), pidiéndole a cada una que respondiera las siguientes preguntas (16):

1.- ¿Cómo se sintió desde el punto de vista de seguridad de irse de alta en el mismo día?

- Muy segura 45 (17,11%)
- Segura 197 (74,90%)
- Poco segura 18 (6,80%)
- Insegura 3 (1,14%)
- No contesta 0

2.- ¿Cómo calificaría su experiencia de cirugía ambulatoria?

- Excelente 4 (1,50%)
- Muy buena 198 (75,28%)
- Buena 61 (23,19%)
- Regular
- Mala

3.- ¿Siente que estuvo informada sobre la modalidad ambulatoria/ práctica realizada?

- Sí 258 (98,09%)
- No 5 (1,9%)
- ¿Por qué?

Las 5 pacientes que refirieron no estar informadas sobre la modalidad ambulatoria coincidieron en que tuvieron solo dos consultas con el médico mastólogo antes de la cirugía.

4.- ¿Le fue de ayuda nuestra llamada a las 24 horas?

- Sí 240 (91,25%)
- No 3 (1,14%)
- ¿Por qué?

Hubo 20 pacientes a las que, por distintas razones, no se les realizó el control telefónico a las 24 horas, por lo que no pudieron responder a esta pregunta.

Los datos obtenidos telefónicamente se registran en la historia clínica de cada paciente. Este control también sirve como una forma de obtener sugerencias por parte de los pacientes.

DISCUSIÓN

La cirugía mayor ambulatoria ha surgido como una manera de resolver el conflicto entre la necesidad de una intervención quirúrgica, los costos sanitarios, el bienestar y la calidad de vida de los pacientes. En pacientes con patología mamaria, se realiza sin inconvenientes, tanto para procedimientos menores como para cirugías más extensas, como linfadenectomías y mastectomías.^{17, 18}

Este trabajo demuestra muy buena satisfacción por parte de las pacientes para este tipo de cirugía: el 76% de las pacientes se sintió segura de obtener el alta en el día y el 75% refirió como muy buena la experiencia ambulatoria. Como hemos señalado, consideramos que es fundamental proporcionar información adecuada a la paciente para que pueda controlar su ansiedad durante el preoperatorio así como brindar un correcto seguimiento en el postoperatorio inmediato y domiciliario.

No encontramos complicaciones que puedan ser atribuidas a esta modalidad y no tuvimos reinternaciones en este período^{11, 23}

Hubo 12 pacientes en las cuales no pudimos cumplir con el objetivo de realizar un procedimiento ambulatorio y quedaron internadas.

En este período no tuvimos que drenar quirúrgicamente hematomas, complicación que sí hemos tenido fuera de este tiempo y que provocó la prrolongación de la estadía hospitalaria y en un caso la reinternación de la paciente horas después de su alta.

En esta modalidad de cirugía, es fundamental el aporte del Servicio de Anestesiología no solamente por la capacidad profesional de sus integrantes, sino por el conocimiento y la experiencia que permiten realizar anestesia general y combinada, logrando una rápida recuperación del paciente.¹⁴

En cuanto a los costos –si bien no fue objetivo de este trabajo analizar este aspecto–, podemos afirmar que existe una reducción notable de los mismos cuando el paciente es intervenido mediante la modalidad ambulatoria, básicamente porque la utilización de camas es más eficiente. No obstante, esto no debe condicionar la indicación de una internación.^{20, 21, 22}

CONCLUSIONES

Como conclusión, podemos afirmar que en nuestra experiencia la cirugía ambulatoria tuvo el éxito esperado por todos los que la promovimos. Es una práctica realizada desde hace tiempo por nuestra unidad, y observamos que este modelo organizativo y estandarizado nos permite beneficiar a las pacientes, tanto en cuanto a su satisfacción como en la calidad de atención.

REFERENCIAS

1. Stacco GB, Tarbuch AA, Roque RL, Lettieri A, Pisoni M. Normas para la realización de un plan de cirugía ambulatoria en un hospital zonal. *Rev Arg Cir* 1992; 62: 103-104.
2. Martínez H, Brandi C, Sívori E, Bazzolo D, Costanzo D. Cirugía ambulatoria: cinco años de experiencia en una unidad independiente con base hospitalaria. *Rev Arg Cir* 2000; 79: 160-73.
3. Brandi CD, Martine HD, Bazolo D, Stolfa M, Beveraggi EJ, Figari MF, Sívori EA. Cirugía ambulatoria. Lecciones aprendidas en 16 años de experiencia. *Rev Arg Cir* 2011; 100 (5-6): 114-125.
4. Porrero JL. Cirugía mayor ambulatoria. Manual práctico. Masson, 2002.
5. Acea Nebril B. Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cirugía Española* 2004; 75 (2): 64-8.
6. Margolese R, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000; 7: 181-7.
7. Acea Nebril 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.
8. Margolese R, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000; 7 (3): 181-7.
9. 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.
10. 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.
11. Ferraina P. Cirugía Ambulatoria. *Rev Arg Cir* N° 1991.
12. Mihura ME, Lyons G. Cirugía ambulatoria en el Hospital Británico de Buenos Aires. *Rev Arg Cir* 1991; 61: 125-128.
13. Dooley W. Ambulatory breast cancer surgery. *Ann Surg Oncol* 2000; 7: 174-5.
14. Chung F, Mezei G. Factors contributing to a prolong stay after ambulatory surgery. *Anesth analg* 1999; 89: 1352-9.
15. Mira Solves J, Aranaz A J. Percepción de seguridad de los pacientes en cirugía ambulatoria. *Cir Esp* 2009; 85 (3): 179-80.
16. Jiménez A, Pemán MJ, González R, Aripes P, Algora C, Gracia M. Encuesta de satisfacción en cirugía ambulatoria: instrumento para detectar puntos débiles y monitorizar mejoras. *Cir May Amb* 2002; 7: 164-72.
17. 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.
18. Case C, Johantgen M, Steiner C. Outpatient mastectomy: Clinical, payer and geographic influences. *Health Serv Res* 2001; 36 (5): 869-84.
19. Rodríguez Reyes A. Proyecto de cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia en el área sanitaria de Badajoz; Extremadura, España, 2002.

20. Ríos Zambudio A, Guerrero Vaquero AM, Landa García J. Cirugía mayor ambulatoria. 2da ed. Madrid, Editorial Panamericana, 2010, pp. 41-59.
21. Acea Nebril B. Perspectivas futuras en el manejo ambulatorio de la mujer con cáncer de mama. *Cir May Amb* 2005; 10 (3): 113-4.
22. 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.
23. D'Angelo L, Barber J, Elías SA, Garimaldi A, Pérez F, Morris B, Beccar Varela E, Montoya D, Mc Lean L, Mc Lean I. Cirugía ambulatoria en el tratamiento conservador del cáncer de mama. Experiencia del Centro Mamario del Hospital Universitario Austral. *Revista SAM* 2016; 36 (128).

DEBATE

Dr. Coló: Muchas gracias, doctora. Queda a consideración el trabajo de la doctora Chiaramondia. ¿Alguna pregunta, algún comentario?

Lo mío va a ser simplemente un comentario. Primero, felicitarla por el trabajo. Creo que trabajos de este tipo son muy importantes. La experiencia de cada uno de los servicios con cirugía ambulatoria cada día es mayor por varios motivos. Ante todo, por la necesidad y dificultades que tenemos para internar a estas pacientes. El confort de la paciente es superior cuando se va a su domicilio y no se queda innecesariamente veinticuatro horas internada por una cuadrantectomía y una biopsia de ganglio centinela o una linfadenectomía axilar. Estas pacientes, en general, agradecen la posibilidad de tener el alta temprana. Hay datos que son importantes. Creo que el paciente debe tener una comunicación muy fluida con el equipo quirúrgico. Es muy bueno que alguien del equipo, no necesariamente el médico –puede ser un personal administrativo–, contacte al paciente dentro de las tres horas del alta para saber qué sucede. En nuestro caso, a las veinticuatro ho-

ras citamos al paciente nuevamente dentro del Instituto para ver la evaluación; en vez de llamarlo, a las veinticuatro horas lo citamos, hacemos una curación, con lo cual le baja mucho la ansiedad de esas primeras veinticuatro horas y la incertidumbre de lo que pasó –si está bien, no está bien, si drenó, no drenó, tiene una complicación, etc.–. Esto nos baja mucho. No hemos tenido mayor cantidad de reinternaciones y creo que esto es muy importante. Tal vez, lo más importante para lograr esto son los cambios que han sucedido con la anestesia. Lo que nos permitió a nosotros esta modalidad son las nuevas anestésicas, con lo cual el paciente prácticamente a las dos horas de estar despierto de la anestesia se siente en condiciones de retirarse del centro y se va a su casa sin ningún problema. El paciente tiene que firmar un consentimiento adecuado de lo que está sucediendo; y el acompañante es fundamental: el paciente que llega sin acompañante no debe ser operado. Bajo ningún concepto. No se puede permitir que ese paciente se retire por su propia voluntad. Muchas gracias, doctora, muy amable.