

SESIONES CIENTÍFICAS

Cirugía ambulatoria en el tratamiento conservador del cáncer de mama. Experiencia del Centro Mamario del Hospital Universitario Austral

Luciana D'Angelo, Julia
Barber,** Silvana Andrea Elías,**
Alfredo Garimaldi,*** Fernando
Pérez,*** Brian Morris,**
Eduardo Beccar Varela,**
Diana Montoya,** Leonardo
Mc Lean,** Ignacio Mc Lean***

Resumen

Introducción

La patología mamaria, y el cáncer de mama en particular, implican un problema sanitario muy significativo tanto por su frecuente aparición como por las terapéuticas que requieren y por el impacto emocional individual y social que desencadenan. Entre un 60 y 80% de los cánceres operables serán sometidas a tratamiento conservador. Hasta hace algunos años, todos estos procedimientos quirúrgicos se realizaban en el ámbito de pacientes internados. Pero, en la actualidad, se plantea el manejo quirúrgico ambulatorio del carcinoma de mama.

Objetivo

Presentar la experiencia del Centro Mamario del Hospital Universitario Austral en el manejo quirúrgico ambulatorio del carcinoma de mama.

Material y método

En forma retrospectiva, se analizaron los registros clínicos de 397 cirugías en 365 pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama que fueron sometidas a tratamientos quirúrgicos conservadores entre 2011 y 2015.

*Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Austral.

**Servicio de Cirugía Mamaria, Hospital Universitario Austral.

***Servicio de Anestesia, Hospital Universitario Austral.

Correo electrónico de contacto:
imclean@cas.austral.edu.ar

La edad media fue de 54 años.

Con respecto a la clasificación ASA, la distribución fue la siguiente: 136 casos (34%) ASA 1; 253 casos (64%) ASA 2; y solo 8 casos (3%) ASA 3.

Se analizaron las complicaciones post operatorias y la necesidad de internación.

También se confeccionó una encuesta de satisfacción.

Resultados

Solo en 5 casos se registró infección de herida que resolvió con antibióticos por vía oral. No hubo necesidad de internar a ninguna paciente.

En cuanto a los resultados de la encuesta: sobre 280 pacientes (70,5% del total), el 90% estuvo satisfecha con la cirugía ambulatoria; el 76,8% *no* hubiera preferido quedarse internada; el 90% refirió no tener dolor o bien tener dolor moderado (escala 0 a 6 sobre 10).

Discusión

La cirugía ambulatoria, descripta hace más de 50 años, se realiza hoy sin inconvenientes en pacientes con cáncer de mama en el caso de procedimientos menores. Y, en las últimas décadas, su indicación se ha ido ampliando incluyendo cirugías más extensas, como linfadenectomías axilares e, incluso, mastectomías totales.

Conclusiones

Es posible concluir que la cirugía ambulatoria del cáncer de mama es un procedimiento seguro, bien tolerado y con alta tasa de aceptación por parte de las pacientes. No obstante, dada la naturaleza de la patología, es recomendable optimizar las medidas de contención emocional.

Palabras clave

CÁNCER DE MAMA. CIRUGÍA AMBULATORIA. TRATAMIENTO CONSERVADOR.

Summary

Introduction

Breast disease, and breast cancer in particular, involve a significant health problem because of the high incidence, also for the specific therapeutic required and the impact in social and emotional aspects. Between 60 and 80% of operable cancers will be treated with conservative surgery. Until few years ago, all these surgical procedures were performed in the inpatient area. But, in our days, there is great experience in ambulatory surgical management of breast.

Objective

We present the experience of the Austral University Hospital Breast Center in ambulatory surgical management of breast carcinoma.

Materials and method

Retrospectively, clinical records of 397 surgeries in 365 patients diagnosed with breast carcinoma undergoing conservative surgery between 2011 and 2015 were analyzed.

The average age was 54 years.

Regarding the ASA classification: 136 cases (34%) were ASA 1; 253 cases (64%) ASA 2; and only 8 cases (3%) were ASA 3.

Postoperative complications and the need for hospitalization were analyzed.

A satisfaction survey was also performed.

Results

There were only 5 cases of wound infection that resolved with oral antibiotics. No patient required hospitalization.

The results of the survey on 280 patients (70,5% of total), 90% were satisfied with ambulatory surgery, 76.8% did not preferred to stay hospitalized, 90% reported no pain or be moderate (scale from 0 to 6 out of 10).

Discussion

Outpatient surgery, described over 50 years ago, is performed today in patients with breast cancer without problems for minor procedures.

However, in recent decades, its indications have been also increasing, including more extensive surgery such as complete axillary dissection and even total mastectomies.

Conclusions

This presentation demonstrates that outpatient surgery for breast cancer is a safe, well tolerated procedure and with a high rate of acceptance by patients. However, because the nature of this disease, it is advisable to optimize emotional support.

Key words

BREAST CARCINOMA. AMBULATORY SURGERY. CONSERVATIVE MANAGEMENT.

INTRODUCCIÓN

La patología mamaria, en general, y el cáncer de mama, en particular, implican un problema sanitario muy significativo por la frecuencia de aparición, así como por las terapéuticas que requieren y por el impacto emocional individual y social que desencadenan. Según los datos publicados por el Instituto Nacional del Cáncer,¹ en nuestro país el cáncer de mama es el de mayor incidencia en la población femenina, con una tasa de 71 casos por cada 100.000 mujeres. Se estima que se producirán más de 19.000 nuevos casos por año, lo cual representa el 16,8% del total de incidencia de cáncer en la Argentina.

En la población de mujeres con cáncer de mama operable, un porcentaje mayor (60 a 80%) será sometido a tratamiento conservador. Hasta hace algunos años, todos estos procedimientos quirúrgicos se realizaban en pacientes internadas, principalmente para poder evaluar la recuperación anestésica, el control post operatorio inmediato de las heridas quirúrgicas, la detección de complicación hemorrágica y el control adecuado de la analgesia.

En los Estados Unidos, la experiencia de centros de cirugía ambulatoria es un ejemplo de una transformación exitosa de procesos terapéuticos que optimiza el sistema de salud al lograr, entre otras ventajas: reducir la necesidad de internaciones, disminuir costos y aumentar la disponibi-

lidad de camas de internación para pacientes que sí lo requieren.¹ En las últimas décadas se han publicado distintas experiencias de centros asistenciales que han adoptado la cirugía ambulatoria para las mujeres con cáncer de mama, demostrando su factibilidad con bajas tasas de complicaciones y con alta aceptación por parte de las pacientes.^{2, 3, 4}

OBJETIVO

El objetivo de esta presentación es analizar la experiencia del Centro Mamario del Hospital Universitario Austral en el manejo ambulatorio de las pacientes tratadas quirúrgicamente por carcinoma de mama.

MATERIAL Y MÉTODO

En forma retrospectiva, se analizaron los registros clínicos de las pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama sometidas a tratamientos quirúrgicos en el Centro Mamario del Hospital Universitario Austral (CM HUA) entre enero de 2011 y diciembre de 2015.

Descripción de la planta quirúrgica y del proceso ambulatorio

Las pacientes comienzan el proceso ingresando a un sector exclusivo de internación ambulatoria, con boxes individuales, donde son recibidas por personal de enfermería y por los médicos tratantes. En este sector, pueden estar acompañadas por un familiar. Luego de la evaluación preoperatoria por enfermería, por algún miembro del equipo quirúrgico y por el médico anestesiólogo, la paciente pasa a la sala de operaciones.

Los procedimientos quirúrgicos ambulatorios son realizados bajo anestesia general balanceada: premedicación con midazolam + fentanilo, inducción anestésica con propofol, mantenimiento con sevoflurano + infusión continua con remifentanilo. A esto se agrega carga intraoperatoria con ketorolac y profilaxis antiemética con dexametasona y ondansetrom.

Concluida la cirugía, las pacientes pasan a una sala de recuperación de anestesia, donde son monitorizadas por un médico anestesiólogo y personal de enfermería entrenado a tal fin, permaneciendo en este sector aproximadamente 40 minutos. Luego, la paciente es trasladada nuevamente al sector de recuperación de cirugía ambulatoria, al box que previamente se le había asignado, donde continúa su recuperación y se reúne con el acompañante. Luego de probar tolerancia a la vía oral y de un correcto manejo de la analgesia, la paciente es evaluada por el médico anestesiólogo y el cirujano, quienes son los que permiten el egreso del hospital.

Las pacientes se van del hospital con una carpeta donde quedan registrados los procedimientos que se realizaron, las indicaciones médicas a

seguir en estas primeras 24 horas y los teléfonos celulares del equipo quirúrgico tratante. Se las cita a las 24 horas para realizar la primera curación post operatoria.

Selección de paciente

En nuestra institución, todos los procedimientos quirúrgicos conservadores del cáncer de mama se realizan en forma ambulatoria, incluyendo en los últimos años los casos con linfadenectomía axilar. Para este análisis, se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de carcinoma de mama cuya intención fue realizar el procedimiento quirúrgico en forma ambulatoria. Se excluyeron: las pacientes sometidas a mastectomía total; los casos sometidos a cirugías conservadoras con internación por comorbilidades de la paciente; aquellos casos en los que se planeó realizar un procedimiento ambulatorio pero en los que, debido a un cambio en la cirugía realizada, se decidió dejar internada a la paciente.

Se registraron 397 cirugías ambulatorias en 365 pacientes (en 31 pacientes se realizaron 2 procedimientos y en otra 3 procedimientos ambulatorios). La edad media fue de 54 años (rango 25 a 88 años).

Tabla I. Clasificación ASA de los casos

ASA	Casos	%
1	136	34
2	253	64
3	8	2

Con respecto a la clasificación de la American Society of Anesthesiologists (ASA):² 136 casos (34%) eran ASA 1; 253 casos (64%) correspondían a ASA 2; y solo 8 casos (3%) eran ASA 3; ninguna de las pacientes era ASA 4 o 5. Los 8 casos ASA 3 correspondieron: en 4 oportunidades, a pacientes con antecedentes de arritmia cardíaca; en 3 casos, a pacientes con trastornos respiratorios; y en un caso a una paciente con antecedentes de enfermedad coronaria. Los 8 casos fueron evaluados antes de la cirugía por los servicios médicos correspondientes que autorizaron el procedimiento y sin internación. (Tabla I)

Tabla II. Procedimientos quirúrgicos realizados

Procedimiento quirúrgico	Casos	%
Biopsia Ganglio Centinela Axilar	5	1,2
Tumorectomía mamaria (único procedimiento)	99	25
Tumorectomía + Biopsia Ganglio Centinela Axilar	266	67
Tumorectomía + Linfadenectomía axilar	14	3,5
Tumorectomía + Biopsia Ganglio Centinela + Mastoplastia unilateral	8	2
Tumorectomía + Biopsia Ganglio Centinela + Mastoplastia bilateral	1	0,3
Linfadenectomía axilar (único procedimiento)	4	1
Total	397	100

La distribución de procedimientos quirúrgicos se observa en la Tabla II: en el 91% de los casos se realizó tumorectomía mamaria sin o con biopsia de ganglio centinela; en el 4,5% se realizó linfadenectomía axilar; y en el 2,3% se incluyó una mastoplastia como procedimiento oncoplastico.

Para el análisis de los resultados, se tuvieron en cuenta las complicaciones post operatorias y la necesidad de reinternación. También se confeccionó una encuesta para evaluar el grado de aceptación y satisfacción por parte de las pacientes, con las siguientes preguntas:

1. ¿Está satisfecha con que su cirugía haya sido ambulatoria?
SÍ NO
2. ¿Hubiera preferido quedarse internada al menos una noche? SÍ NO
3. Si respondió SÍ, ¿por qué?
4. ¿Sintió dolor en el P.O. inmediato (las primeras 24 hs)? Escala de 0 a 10
5. ¿Piensa que hubiera tenido alguna modificación si se quedaba internada?

RESULTADOS

En los 397 casos de cirugía ambulatoria, el seguimiento post operatorio inmediato fue realizado por nuestro servicio, y los datos fueron extraídos de las historias clínicas.

Del análisis de las complicaciones resulta que: solo en 5 casos de tumorectomía más ganglio centinela se registraron complicaciones menores correspondiendo a infección de herida que resolvió con antibióticos; en ningún caso, una vez retirada del hospital, fue necesario internar a la paciente por complicaciones del procedimiento; ninguna de las pacientes con linfadenectomía axilar o con mastoplastias asociadas a la tumorectomía presentó complicaciones.

Para obtener respuesta a las preguntas de la encuesta, en primera instancia se llamó telefónicamente a las pacientes, o bien se las contactó por correo electrónico. Se pudo contactar a 280 pacientes (70,5% del total). Los resultados de la encuesta de satisfacción son los siguientes:

1. ¿Está satisfecha con que su cirugía haya sido ambulatoria?

SÍ	252	(90%)
NO	24	(8,5%)
NR*	4	(1,5%)

*No Sabe o No Responde

2. ¿Hubiera preferido quedarse internada al menos una noche?

NO	215	(76,8%)
SÍ	61	(21,8%)
NR	4	(1,4%)

3. Si respondió SÍ, ¿por qué? Sobre 61 respuestas:

Mayor contención	47	(77,1%)
Dolor	8	(13,1%)
Efectos anestésicos	4	(6,5%)
NR	2	(3,2%)

4. ¿Sintió dolor en el P.O. inmediato (las primeras 24hs)? Escala de 0 a 10:

0 a 3	186	(66,5%)
4 a 6	66	(23,5%)
7 a 10	28	(10%)

5. ¿Piensa que hubiera tenido alguna modificación si se quedaba internada?

NO	238	(84,9%)
SÍ	42	(15,1%)

DISCUSIÓN

La cirugía ambulatoria en general⁷ y para la patología mamaria⁸ en particular se ha descrito hace más de 50 años, y sus indicaciones fueron paulatinamente incorporando procedimientos quirúrgicos de distinta envergadura, debido principalmente a las modernas técnicas anestésicas⁹ y quirúrgicas.¹⁰ La cirugía ambulatoria en pacientes con cáncer de mama se realiza sin inconvenientes para procedimientos menores. No obstante, en las últimas décadas, sus indicaciones se han ido también incrementando, incluyendo más extensas linfadenectomías axilares e inclusive mastectomía total.¹¹

La implementación de un programa de cirugía ambulatoria, en general, requiere una estructura y una dinámica de trabajo adecuadas para poder ofrecer una cirugía segura, minimizando la posibilidad de que la paciente ya en su domicilio presente alguna complicación o un insuficiente manejo de la analgesia post operatoria inmediata.^{12, 13, 14}

En nuestra experiencia, solo 5 casos presentaron complicaciones menores y en ningún caso fue necesaria la reinternación ya sea por complicaciones, por inadecuada analgesia o por recuperación anestésica. Poder lograr estos resultados implica distintos factores importantes a saber: una correcta selección de pacientes; modernas drogas anestésicas y analgésicas que permiten que la paciente se encuentre vigil y sin dolor a las

pocas horas de la cirugía; sala de recuperación de anestesia con personal entrenado a tal fin; médicos cirujanos que evalúen a la paciente antes del egreso del hospital.

Los resultados de nuestra encuesta se asemejan a otras ya publicadas^{15, 16} y demuestran una muy alta satisfacción de las pacientes con la metodología ambulatoria. Si bien el dolor subjetivo fue leve o moderado en el 90% de nuestros casos, el 21,8% de ellas respondió que hubiera preferido quedarse internada al menos 1 noche, y el motivo más frecuentemente invocado en esta respuesta fue la necesidad de una mejor contención. No obstante esto, el 85% de las pacientes respondió que la internación no hubiese modificado la satisfacción general del procedimiento. Investigaciones previas^{17, 18} concluyen que esta respuesta se debe en mayor medida al diagnóstico reciente de cáncer de mama, con la angustia, ansiedad y necesidades concomitantes, y que es independiente del hecho de no haber quedado internadas.

Diversas publicaciones también demuestran que la cirugía ambulatoria logra reducir significativamente los costos.^{19, 20} Si bien los aspectos económicos que una internación implica no deberían condicionar la no indicación de internación –enviando forzosamente pacientes a su casa en el post operatorio inmediato–, está claro que la diferencia en costos es sustancialmente menor cuando todo el procedimiento se realiza en el contexto de cirugía ambulatoria, sin internación. Pero creemos que es importante subrayar que, si las condiciones adecuadas no están dadas, no es factible realizar procedimientos ambulatorios; o, peor aún: realizarlos puede implicar no detectar una complicación post operatoria inmediata e inclusive poner en riesgo la vida de la paciente.

CONCLUSIONES

Como conclusión, esta presentación demuestra que la cirugía ambulatoria del cáncer de mama es un procedimiento seguro, bien tolerado y con alta tasa de aceptación por parte de las pacientes. No obstante, dada la naturaleza de la patología, es recomendable optimizar las medidas de contención emocional.

REFERENCIAS

1. Available at <<http://msahl.gov.ar/inc/index.php/cancer-de-mama>>. American Society for Gastrointestinal Endoscopy. Ambulatory Surgery Centers. A positive trend in health care. Available at <<http://www.asge.org/>>.
2. Scher KS. Outpatient breast surgery. *Arch Surg* 1978; 113: 1481-9.
3. Cappel J, Luders K. Outpatient breast surgery. *Fortschr Med* 1980; 98: 105-7.

4. Dalton EP. Ambulatory surgical management of breast carcinoma using a paravertebral block. *Ann Surg* 1997; 225: 341-6.
5. Available at < <http://bj.oxfordjournals.org/content/77/2/217.short>>.
6. Farquharson, E L. Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure. *Lancet* 1955; 2: 517-523.
7. Rupnik EJ, Williams EL, Johnson WC. Breast biopsy. An outpatient procedure using local anesthesia. *Mil Med.* 1968, Sep; 133 (9): 743-7.
8. Kumar G, Stendall C, Mistry R y col. A comparison of total intravenous anaesthesia using propofol with sevoflurane or desflurane in ambulatory surgery: systematic review and meta-analysis. *Anaesthesia* 2014; 69: 1138-1150.
9. Cassinotti E, Colombo EM, Di Giuseppe M y col. Current indications for laparoscopy in day-case surgery. *Int J Surg* 2008; 6 Suppl 1: S93-6.
10. Margolese RG, Lasry JC. Ambulatory Surgery for Breast Cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000; 7: 181-187.
11. Cereijo C, Bazarra A, Acea B y col. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama en cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica* 2005; 15: 106-10.
12. Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg* 2009, Aug; 7 (4): 318-23.
13. Ng Y, Chang P, Chen J y col. Adopting Ambulatory Breast Cancer Surgery as the Standard of Care in an Asian Population. *Int J Breast Cancer* 2014; Article ID 672743. Available at <<http://dx.doi.org/10.1155/2014/672743>>.
14. Marchal F, Dravet F, Closset JM y col. Post-operative care and patient satisfaction after ambulatory surgery for breast cancer patients. *EJSO* 2005; 31: 495-499.
15. Guinaudeau F, Beurrier F, Rosay H y col. Satisfaction in ambulatory patients with breast-conserving surgery and sentinel node biopsy for breast cancer. *Gynecol Obstet Fertil* 2015; 43: 213-8.
16. Akechi T, Okuyama T, Endo Ch y col. Patient's perceived need and psychological distress and/or quality of life in ambulatory breast cancer patients in Japan. *Psycho-Oncology* 2011; 20: 497-505.
17. Dawe DE, Bennet LR, Kearney A y col. Emotional and informational needs for women experiencing outpatient surgery for breast cancer. *Can Oncol Nurs J* 2014; 24: 20-30.
18. McManus SA, Topp DA, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. *Am Surg* 1994; 60: 967-70.
19. Kambouris A. Physical, psychological, and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. *Am Surg* 1996; 62: 123-7.
20. Sabel MS, Jorns JM, Wu A y col. Development of an intraoperative pathology consultation service at a free-standing ambulatory surgical center: clinical and economic impact for patients undergoing breast cancer surgery. *Am J Surg* 2012; 204: 66-77.

DEBATE

Dr. Coló: Queda a consideración el trabajo del Hospital Austral.

Dr. Cassab: De Punta Blanca, próxima a Bahía Blanca, me preguntan cómo hacen el manejo de los drenajes, si dejaron drenajes, y cuándo volvieron a citar a las pacientes.

Dra. Barber: Las pacientes son citadas al día siguiente. Nosotros tenemos un día quirúrgico fijo, con lo cual el día siguiente siempre es el día de curación fijo. Los drenajes laminares se retiran en ese pri-

mer día y los drenajes tubulares se retirarán de acuerdo con su débito entre los siete y diez días posteriores en que la paciente sigue viniendo a control.

Dr. Cassab: Gracias.

Dr. Barbera: Primero, quiero felicitarte por el trabajo. Luego mi comentario es que, si bien la cirugía ambulatoria y en mama se hace desde hace mucho tiempo, nosotros también encontramos en el Hospital Italiano de La Plata que, teniéndolo

sistematizado con este sistema, es muchísimo el cambio y son muchísimas más las pacientes que van a cirugía ambulatoria. Dentro de la contención, creo que también es importante que la paciente sepa muy bien todo el sistema antes de su internación.

Dra. Barber: Sí. En las consultas pre quirúrgicas –que son varias–, entre el diagnóstico, los resultados de la punción y la programación de la cirugía, nosotros le vamos explicando qué es lo que va a hacer la paciente –por más que no conozca el lugar físico–: “Vas a entrar a una sala de recuperación, ahí te van a tomar la presión, te van a preguntar muchas veces lo mismo, o sea, quién es tu cirujano, de qué lado te vas a operar.”, todas cuestiones que hacen a la seguridad. Y cada sector está perfectamente entrenado: es como que, realmente, está aceitado el sistema para que todo fluya. Gracias a Dios, no hemos tenido grandes complicaciones si se explica bastante también antes de que la paciente llegue ahí.

Dr. González: Muy bueno el trabajo, realmente interesante; obviamente es para hacer en lugares donde se tenga toda la infraestructura para poder lograrlo. Quiero formular dos preguntas. La primera: yo vi que pusieron criterios de exclusión, y quiero preguntarles si tienen algún tipo de tabla o tabulación de los criterios de exclusión para este tipo de cirugías –por ejemplo, pacientes obesas con tal índice de masa corporal, o pacientes que tienen prótesis previas y les hacen una cirugía conservadora con prótesis–. La segunda: ustedes hablan del dolor, o del manejo del dolor en la encuesta, ¿tabularon ese dolor con pacientes que recibieron técnicas más agresivas? Porque, por ejemplo, no es lo mismo una tumorectomía con un ganglio centinela que un vaciamiento axilar, o una mastoplastia con ganglio centinela bilateral –recuerdo que había una paciente con esa técnica–. Yo quiero saber si eso de alguna manera lo tabularon o lo analizaron.

Dra. Barber: No. Bueno, en un caso sí; por ejemplo, en un vaciamiento axilar o un ganglio centinela axilar, se evaluaron a todas las pacientes por igual tratando de ser homogéneos. Los procedimientos fueron bastantes heterogéneos pero los resultados dieron que pacientes que tenían cirugías más complejas o bilaterales no refirieron más dolor que otras o no hubieran preferido quedarse internadas. Evidentemente, con una buena analgesia y con buenas indicaciones post operatorias estuvieron bien. Amén de que a todas las pacientes se las ve al otro día, o sea que tienen muy poco plazo de sufrir o estar mal en la casa. Y tienen todos nuestros teléfonos.

Dr. González: ¿Y lo de exclusión?

Dra. Barber: Excluimos en general de este trabajo, a pesar de que ya hoy en día lo estamos haciendo, mastectomías ambulatorias. Actualmente, estamos haciendo casi todos los vaciamientos axilares en forma ambulatoria, pero los excluimos porque en el período inicial que abarcó este trabajo todavía no lo hacíamos. Entonces, decidimos excluirlos, salvo los que quedaron ambulatorios.

Dr. Coló: Doctora, quiero felicitarla por el trabajo. Me gustó mucho la presentación. Si nosotros no evaluamos lo que hacemos no tenemos la tranquilidad de que lo estamos haciendo bien, y una manera de hacerlo es a través de las encuestas. Dos o tres comentarios. En ningún lugar del trabajo figura el tiempo de internación ambulatoria del paciente. ¿Está tabulado previamente o se determina sobre la base de la evolución del paciente? La segunda pregunta que tengo es la siguiente; en general, cuando uno lee las normas internacionales en cirugía ambulatoria ve que se sugiere que en cualquier cirugía que se extienda más allá de los 120 minutos el paciente permanezca internado luego de la cirugía; es decir, se lo excluye de este grupo de pacientes. En el trabajo se presentan complicaciones y creo que había cinco pacientes con infecciones.

Pregunto si esa paciente ambulatoria quedando internada se hubiese infectado exactamente igual; creo que no corresponde incluirlo en “complicaciones” porque...

Dra. Barber: Claro, fue lo único registrado.

Dr. Coló: Las complicaciones que evalúa, en general, son las ocurridas en las 24 horas; las infecciones que no están incluidas dentro de las complicaciones. Por último, me llamó la atención que, en la encuesta de satisfacción que hicieron, tuvieron un 70% de respuesta. Cuando se hacen encuestas de satisfacción del cliente, no pasa del 25% o 30%. Cuando se la dirige y se está atrás de ella llega al 50%. Por ello, un 70,5% de respuestas favorables realmente es un gran trabajo de ustedes.

Dra. Barber: Si, nos costó un montón. Es llamar, mandar muchos mails y, si nos decían “Ya te voy a responder”, volvíamos a mandar mails. Estuvimos atrás. La encuesta obviamente no pudo ser anónima porque las pacientes nos conocen y conocen a los médicos tratantes. Pero fue muy sincera. Eso nos gustó en cuanto a la respuesta. Lo que más nos costó fue la encuesta, sin duda.

Dr. Coló: Correcto. Creo que algo que es importante considerar cuando uno hace todo esto es que el paciente y el familiar deben tener la capacidad de comprender qué es lo que se está haciendo y los niveles de alarma. Deben saber por qué el paciente tiene que consultar, ante qué tiene que consultar y cómo hacerlo. Deben entender que tiene que hacer muy rápido la consulta porque la complicación a domicilio... El paciente no debe vivir a más de una hora o una hora y media del lugar donde se opera.

Dra. Barber: Claro. Nosotros especificamos las cosas que le deberían llamar la atención, que habitualmente no suceden en las primeras 24 horas: el enrojecimiento de la herida, si –a pesar de que sale con un vendaje– la paciente siente que la mama está hinchada. Nos avisan y nosotros lo tratamos de solucionar y las vemos a la mañana siguiente.

Dr. Coló: La paciente debe ser controlada dentro de las 24 horas.

Dra. Barber: Dentro de las 24 horas la paciente es controlada y se las vuelve a instruir de qué le puede pasar de ahí en adelante. Podría decirse que es mucha comunicación.

Dr. Coló: Habitualmente, cuando el paciente queda internado 24 horas, en todas estas cirugías a las seis de la tarde dice: “Me quiero ir”.

Dra. Barber: Claro que sí.

Dr. Coló: Es lo habitual. El paciente dice; “Y ahora ¿qué hago?, ¿paso la noche acá adentro? ¿Para qué?”

Dra. Barber: La mayoría de las pacientes hoy se quieren ir. Salvo que nosotros expliquemos que la cirugía es extensa –como una mastectomía bilateral o con reconstrucción–. Esas son pacientes que tal vez se quieren quedar. Pero la mayoría de las pacientes desean irse y están en condiciones de hacerlo.

Dr. Coló: Muchas gracias, doctora.

Dra. Barber: Muchas gracias.