

ORIGINAL

# Intervención de enfermería en un programa de cirugía de corta estancia para pacientes intervenidas de cáncer de mama

M. J. Cantero<sup>1</sup>, R. Galisteo<sup>2</sup>, E. Iglesias<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Ginecología y <sup>2</sup>UGC de Bloque Quirúrgico. Hospital Universitario de Valme. Sevilla

## RESUMEN

**Objetivos:** La creación de un programa de cirugía de corta estancia coloca a las enfermeras en un valioso lugar para la consecución del objetivo de este estudio que es: demostrar que el acortamiento de la estancia es seguro y no supone incremento de la morbilidad ni de la "tasa de reingreso", reduce los costes y mejora la satisfacción de las pacientes.

**Métodos:** Ensayo clínico secuencial con asignación aleatoria por bloques a dos grupos de tratamiento. El estudio se centra sobre un grupo de 100 pacientes mastectomizadas/cuadrantectomizadas con o sin linfadenectomía con o sin biopsia de ganglio centinela axilar, siendo 52 las pacientes del grupo experimental de cirugía de corta estancia con intervención enfermera en cuidados, educación sanitaria específica y alta portando drenajes. El grupo control está formado por 48 pacientes con estancia habitual, alta sin drenaje. Las variables del estudio fueron la tasa de reingreso, los costes sanitarios, el grado de satisfacción de las pacientes y las complicaciones locales del postoperatorio.

**Resultados y conclusiones:** No se ha producido ningún reingreso siendo la morbilidad similar en ambos grupos. Hubo una reducción de las estancias hospitalarias y por tanto de los costes con resultados más satisfactorios en la calidad de la información recibida ( $p = 0,030$ ), en la accesibilidad a la información médica ( $p = 0,025$ ) y en la satisfacción de la atención recibida ( $p = 0,023$ ).

**Palabras clave:** Cáncer de mama. Cirugía de corta estancia. Cuidados de enfermería. Educación sanitaria. Costes sanitarios.

## ABSTRACT

**Aims:** Putting into practice a short stay surgery program will enable nursing professionals to achieve the aim of this study that was to demonstrate that shortening hospital stay is safe, means no increase in morbidity and hospital re-admission rate, reduces hospitalization costs and improves patients' satisfaction.

**Patients and methods:** Randomly assigned sequential trial applied to two treatment groups. The research focuses on a group of 100 mastectomized/segmental mastectomized patients with or without lymphadenectomy, with or without biopsy of axillary sentinel lymph node. Fifty-two out of these 100 patients joined the short-stay surgery program under professional nursing supervision and specific health education, being discharged and carrying their own breast drainage. The research variables were hospital re-admission rate, sanitary costs, patients' satisfaction degree and postoperative local complications.

**Results and conclusions:** There has been no readmission and morbidity has been similar in both groups, hospital stays were shortened and consequently, the sanitary costs were reduced. More satisfactory results were found in the quality of the information received ( $p = 0.030$ ), the accessibility to medical information ( $p = 0.025$ ) and the satisfaction on the medical care received ( $p = 0.023$ ).

**Key words:** Breast cancer. Short stay surgery. Nursing care. Health education. Sanitary costs.

Este trabajo ha obtenido el premio a la mejor comunicación póster (sección de enfermería) en el 16º Congreso Mundial de la Sociedad Internacional de Senología y 29º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Senología y Patología Mamaria. Octubre 2010.

Recibido: 27-02-11.

Aceptado: 06-11-11.

Correspondencia: M<sup>a</sup> Josefa Cantero Rodríguez. Servicio de Ginecología. Hospital Universitario de Valme. Ctra. de Cádiz, s/n. 41014. Sevilla.  
e-mail: mj.cantero@yahoo.es

## INTRODUCCIÓN

La eficiencia del sistema sanitario manteniendo unos niveles óptimos de calidad asistencial y de seguridad clínica, continúa siendo una prioridad en los actuales sistemas sanitarios e incluso una exigencia de los propios pacientes. Bajo este criterio de aumento de eficiencia se consolidaron las unidades de cirugía mayor ambulatoria y de corta estancia. Estos conceptos de tratamiento qui-

rúrgico fueron ya iniciados en nuestro país a principios de los años noventa (1) y no han dejado de desarrollarse con nuevas aplicaciones, unido al empleo de nuevas tecnologías y cambios en los modelos organizativos, aunque se puede considerar el índice de sustitución de cirugía convencional por cirugía de corta estancia todavía bajo (2).

Diversos estudios (3,4) evidencian los beneficios en la recuperación física y psíquica de las pacientes tratadas en programas de cirugía ambulatoria y de corta estancia. Otras de las ventajas a tener en cuenta son la reducción del coste sanitario (5), mejoras de la calidad asistencial y seguridad clínica (6), cambios del sistema organizativo con un valor añadido (7), una mayor especialización de los profesionales y un nuevo modelo de relación personal sanitario-paciente, basado en una mayor autonomía y capacidad de decisión. Ello es debido al aumento de la información y de la formación de la paciente a través de la educación sanitaria, consiguiendo que la mujer participe en su propio proceso (8) de forma activa, disminuyendo la pasividad y resignación habitual en estos procesos. Después del diagnóstico y tratamiento, las pacientes necesitan de una gran cantidad de enseñanzas y apoyo, con aceptación y conocimiento del procedimiento y relación de ayuda durante todo el tiempo que se prolongue la recuperación (9).

En nuestro caso, la aplicación de un programa de cirugía de corta estancia en la patología maligna de mama, supuso el cambio en nuestro sistema de organización y de prestación de cuidados de enfermería a las pacientes. Para evaluar la eficiencia de nuestro sistema se realizó un estudio, cuyos objetivos fueron, demostrar que la reducción de la estancia de hospitalización junto con una planificación específica de la atención y cuidados de enfermería (intervención enfermera) durante todo el periodo peroperatorio, no supone un mayor incremento de los reingresos ni de las complicaciones, y aumenta la satisfacción de las pacientes y la implicación de todo el equipo sanitario sin olvidar la reducción del gasto sanitario en función de la disminución de estancias de hospitalización.

## MÉTODOS

### Diseño

Ensayo clínico secuencial con asignación aleatoria por bloques a dos grupos de tratamiento (experimental y control). La aleatorización se realizó con un programa informático para muestreo y asignaciones aleatorias. Lo consideramos un ensayo secuencial porque las observaciones se evalúan a medida que se van produciendo y el número total de participantes no está predeterminado, sino que depende de los resultados acumulados. Los sujetos del grupo control (estancia habitual: 7 días) y del grupo experimental (corta estancia: 2 días con intervención enfermera) se dispusieron por pares (uno recibía el alta precoz y otro el alta habitual), se examinaron y añadieron a los resultados obtenidos hasta el momento. Este diseño nos sirvió para demostrar el objetivo de nuestro estudio.

### Población de estudio

Pacientes intervenidas con mastectomía o cuadrantectomía con o sin linfadenectomía axilar, con o sin biopsia de ganglio centinela previo que pertenecían a los criterios de inclusión establecidos (Tabla I). En todos los casos se individualizó la elección de las pacientes y se contó con su aceptación con pleno conocimiento y convencimiento de las ventajas de ser incluidas en un programa de cirugía de corta estancia. Las edades estaban comprendidas entre 60,58 años (+/- 11,76 años) para el grupo control y 55,98 años (+/- 13,52 años) para el grupo experimental siendo la edad media para ambos grupos de 58 años. No había diferencias en las distancias kilométricas entre el domicilio de las pacientes y el hospital para ambos grupos (distancia mínima: 6 km/distancia máxima 71 km).

**Tabla I. Criterios de inclusión/exclusión de pacientes en el estudio**

Inclusión	Exclusión
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASA I y II</li> <li>• ASA III estables en los últimos meses</li> <li>• Identificación y aceptación de un cuidador principal adulto</li> <li>• Teléfono domiciliario</li> <li>• Distancia domiciliaria no superior a 60 minutos del hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ASA IV y V</li> <li>• No existencia de cuidador principal</li> <li>• Complicaciones específicas derivadas de la cirugía</li> <li>• Distancia domiciliaria superior a 60 minutos del hospital</li> <li>• Incapacidad para entender el procedimiento</li> <li>• Obesidad mórbida</li> <li>• Drogodependencias</li> <li>• Antecedentes de hipertermia maligna</li> <li>• Pacientes en tratamiento con anticoagulantes</li> <li>• Alteraciones psiquiátricas/psicológicas</li> </ul>

ASA: sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente. Cuidador principal: persona que asume la responsabilidad en la atención, apoyo y cuidados diarios de la paciente.

### Muestra

Al tratarse de un estudio de diseño secuencial, no existía inicialmente un tamaño predeterminado de número de pacientes a incluir en cada grupo de intervención para lo cual se aplicó la regla de finalización de Pocock (10) con exactamente cuatro análisis intermedios (al 20, 40, 60 y 80% del reclutamiento) y una estimación de pérdidas del 15%. Se obtuvieron 52 observaciones para el grupo experimental (corta estancia más intervención enfermera) y 48 para el grupo control (estancia habitual) no siendo necesario aumentar la muestra al obtenerse resultados significativos. Se aplicó un error  $\alpha$  del 5%, potencia  $1-\beta$  del 80% e intervalo de confianza al 95%.

### Variables de estudio

La principal variable a medir fue la tasa de reingreso hospitalario (variable dependiente). Por otro lado se registró en cada grupo de pacientes:

—Costes sanitarios, mediante la cuantificación del número de días de ingreso en ambos grupos.

—Grado de satisfacción: resultado numérico obtenido de la encuesta de satisfacción realizada en ambos grupos.

—Complicaciones locales, aunque no forma parte de los objetivos, se cuantificó en ambos grupos para comprobar que el alta precoz no suponía un incremento de las mismas.

### **Análisis de datos**

Se realizó un análisis descriptivo determinando medias y desviaciones típicas y en su defecto medianas y percentiles 25 y 75 para variables cuantitativas mientras que para las cualitativas se realizaron tablas de frecuencias y porcentajes. En el análisis univariante, para comparar la información de tipo cuantitativo entre los dos grupos, se utilizó el test de comparación de medias t-Student y la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney en caso de distribuciones no normales. Así mismo se determinaron intervalos de confianza para diferencia de medias al 95%. En cuanto al análisis de las relaciones entre variables cualitativas se realizaron los tests de Chi-cuadrado, test de Chi-cuadrado con corrección por continuidad o test exacto de Fisher (tablas 2 x 2 poco pobladas) completando estas pruebas de hipótesis con el cálculo de la odds ratio e intervalos de confianza para las mismas.

### **Medición de costes**

El estudio económico se realizó cuantificando el coste de un día de estancia hospitalaria teniendo en cuenta datos propuestos de estancias medias ponderadas por la frecuencia en número de altas para los GDR más frecuentes en nuestro estudio.

### **Limitaciones del estudio**

El estudio consideró como “pérdidas” aquellas pacientes que aún cumpliendo criterios de inclusión y asignadas al grupo de corta estancia, una vez intervenidas decidieran retirarse del estudio o bien, en el momento del alta no cumplieran los criterios para la misma. Para el cálculo muestral se estimó dichas pérdidas en un 15% para obtener a pesar de ellas resultados significativos.

### **Aspectos éticos y de buena práctica clínica**

El estudio contempló los principios de la Declaración de Helsinki (última revisión de octubre 2008) y se diseñó dentro del marco de la legislación vigente respecto a los derechos del paciente. Así se cumplió con los preceptos de la Ley 41/2002, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal, Ley General de Sanidad 14/1986 y el Convenio de Oviedo

relativo a derechos humanos y dignidad del ser humano. También contó con la aprobación del Comité Ético del Área Hospitalaria de Valme.

### **Intervención de enfermería**

Consideramos la intervención de enfermería en este estudio como “todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente. Las intervenciones de enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad, como tratamientos puestos en marcha por profesionales de enfermería, médicos y otros proveedores de cuidados” (11). La intervención enfermera se va a conseguir mediante la ejecución de un grupo de actividades o acciones específicas de forma planificada.

Las pacientes, una vez diagnosticadas de carcinoma de mama y con criterios de inclusión en el programa y aleatorización, fueron informadas de todo el proceso, y una vez aceptado y firmado el consentimiento informado a la inclusión en el grupo experimental del estudio. Se valoraron las necesidades de aprendizaje y se planificaron los cuidados de enfermería tal como se describen a continuación. En el caso del grupo control, las pacientes continuaron con su tratamiento quirúrgico y estancia hospitalaria habitual con alta al 7º día del postoperatorio, sin planificación de cuidados, sin drenajes ni suturas y revisión en consulta a los 20 días.

Tras la inclusión en el estudio, el equipo de enfermería planificó sus actividades y cuidados para el grupo experimental en las tres fases del proceso asistencial:

#### *1. Etapa preoperatoria:*

—*Consulta externa:* recogida de datos epidemiológicos y sociodemográficos. Se explicó detalladamente todo el proceso valorando necesidades individuales de las pacientes, entrega e información de toda la documentación, incluyendo los teléfonos de contacto, lugares de asistencia permanente durante 24 horas al día y personal sanitario de referencia.

—*Planta de hospitalización:* el día previo a la intervención se realizó el protocolo de ingreso con refuerzo de la información y resolución de dudas además de la preparación prequirúrgica (anestésica, quirúrgica y analgésica). En la entrevista de valoración inicial se observaron como más prevalentes los siguientes diagnósticos enfermeros: temor, conocimientos deficientes, afrontamiento inefectivo, afrontamiento defensivo, disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico, conflicto de decisiones, riesgo de baja autoestima situacional, duelo anticipado, trastorno de la imagen corporal, deterioro de la movilidad física, conflicto de decisiones y baja autoestima situacional según taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association).

#### *2. Etapa postoperatoria:*

—*Planta de hospitalización:* en esta etapa, la paciente permaneció en planta durante 48 horas tras su intervención, durante las cuales se trabajó conjuntamente con ella y la

Tabla II. Cuidados planificados en el postoperatorio de cirugía de cáncer de mama

Diagnóstico/problema (16)	Definición	Intervención/actividad (11)
Temor	Respuesta a una amenaza que se reconoce como un peligro	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar en la adaptación a los factores estresantes</li> <li>- Relación de ayuda</li> <li>- Promover la expresión de sentimientos</li> </ul>
Conocimientos deficientes: a. Proceso quirúrgico b. Autocuidados en el domicilio c. Cuidados de la piel y herida d. Prevención de infecciones e. Detección de complicaciones f. Cuidados del drenaje g. Prevención del linfedema	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información deficiente sobre los temas específicos en el postoperatorio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ayudar a la persona a comprender y prepararse cognitivamente y físicamente para comprender las consecuencias de la cirugía y su periodo de recuperación. Medidas informativas y formativas para:               <ul style="list-style-type: none"> <li>• El manejo de los cuidados de la piel, herida y drenajes</li> <li>• Prevenir y detectar posibles complicaciones</li> <li>• Rehabilitar el brazo afectado</li> </ul> </li> <li>- Evaluación de conocimientos adquiridos</li> <li>- Refuerzo educativo con material escrito</li> </ul>
- Deterioro de la integridad cutánea	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alteraciones de piel y tejido subcutáneo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento en cuidados de las zonas perilesionales</li> <li>- Precauciones en alergias cutáneas</li> <li>- Elección del apósito adecuado</li> </ul>
- Baja autoestima situacional	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a la situación actual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo en la toma de decisiones</li> <li>- Potenciar la autoestima</li> </ul>
- Trastorno de la imagen corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confusión y percepción negativa con la imagen mental del yo físico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoyo emocional en el reconocimiento de su nueva imagen corporal</li> <li>- Clarificación de valores</li> </ul>
- Duelo anticipado	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Respuestas mediante las cuales las personas intentan superar el proceso de modificación provocado por la pérdida del autoconcepto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar los sistemas de apoyo</li> <li>- Dar esperanza</li> <li>- Escucha activa</li> <li>- Facilitar el duelo</li> </ul>
- Afrontamiento defensivo/inefectivo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyección de una autoevaluación falsamente positiva</li> <li>- Incapacidad para valorar adecuadamente los factores estresantes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Potenciar la conciencia de sí mismo de la persona</li> <li>- Aumentar el afrontamiento</li> <li>- Aumentar sistemas de apoyo</li> </ul>
- Conflicto de decisiones	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar porque la elección entre acciones diversas implica riesgo, pérdida o supone un reto para los valores personales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento</li> <li>- Consulta telefónica</li> <li>- Establecimiento de objetivos comunes</li> </ul>
- Deterioro de la movilidad física	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Limitación al movimiento de alguna zona corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enseñanza actividad/ejercicio relacionado con su situación</li> </ul>
Déficit de autocuidados: a. Alimentación b. Baño/higiene c. Vestido/stética	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Deterioro de las capacidades de la persona para realizar o completar por sí misma las actividades descritas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Asesoramiento y planificación en el domicilio de las actividades básicas de la vida diaria</li> </ul>
- Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Riesgo de sufrir alteraciones en los mecanismos de regulación de la temperatura corporal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorización de la temperatura corporal</li> </ul>
- Riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumento del riesgo de invasión de microorganismos patógenos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control y prevención contra infecciones</li> <li>- Adherencia al tratamiento antiséptico/antibiótico</li> <li>- Manejo ambiental</li> </ul>
- Dolor	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por la lesión tisular postquirúrgica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Adherencia al tratamiento analgésico</li> <li>- Apósito antiálgico/compresivo</li> <li>- Mejoras descanso/sueño</li> <li>- Enseñanza de ejercicios de distracción y relajación</li> </ul>

persona que adopte el rol de cuidador principal. Durante este tiempo se procedió a la prestación de los cuidados planificados para este proceso (Tabla II). Las pacientes fueron dadas de alta portando drenajes. Se les entregó el informe de alta con tratamiento individualizado, un “diario de drenaje” y documento informativo sobre cuidados, normas de prevención del linfedema y preguntas frecuentes. La continuidad de cuidados se realizó emitiendo informe vía fax al centro de salud de referencia de la paciente. El tiempo medio de intervención enfermera para esta etapa se cuantificó en 98 minutos por paciente.

—*Consulta externa:* se citó entre el 5º y el 7º día del postoperatorio para revisión, evaluación del “diario de drenaje” y retirada si procedía así como de cualquier evento ocurrido, especialmente la aparición de complicaciones locales y signos de ansiedad. Posteriormente fueron controladas de forma ambulatoria cada 2-3 días hasta la retirada de drenajes.

## RESULTADOS

No se produjo ningún reingreso siendo la variable tasa de reingreso nula en ambos grupos y la morbilidad precoz y tardía fueron similares en ambos grupos (Tabla III). No hubo diferencias en la retirada de drenajes en ambos grupos (estancia habitual 5º a 10º día; corta estancia 5º a 9º día).

Otro de los resultados concluyentes del estudio es, la disminución importante de estancias hospitalarias ( $p < 0,0005$ ) con el consecuente impacto en los costes. Dado que los GDR constituyen un sistema universalmente aceptado de clasificación de pacientes, que permite agruparlos según complejidad o gravedad, facilitando la estimación de la estancia y recursos que se consumen, nos permitió conocer las repercusiones económicas. Los GDR de mayor frecuencia del centro de estudio de la muestra, tuvieron en altas de pacientes y estancias media la siguiente distribución:

—GDR 260: mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin complicaciones. Altas: 79, EM: 3,33.

**Tabla III. Morbilidad**

Comorbilidad	Inmediatas n (%)		Tardías n (%)	
	Estancia habitual	Corta estancia	Estancia habitual	Corta estancia
Ninguna	46 (88,5)	46 (95,8)	51 (98,1%)	46 (95,8)
Infección	1 (1,9)	1 (2,1)	—	—
Seroma	—	—	1 (1,9)	1 (2,1)
Linfedema	—	—	—	1 (2,1)
Otros (*)	5 (9,6)	1 (2,1)	—	—

(\*) Desorientación 1 (1,9); hematoma 1 (1,9); insuf. respiratoria aguda 1 (1,9); bronquitis aguda 1 (1,9); reacción cutánea por azul de metileno 1 (1,9).

—GDR 258: mastectomía total por neoplasia maligna sin complicaciones. Altas: 32, EM: 5,94.

—GDR 257: mastectomía total por neoplasia maligna con complicaciones. Altas 30, EM: 6,1.

Considerando que el coste de una estancia hospitalaria para el Servicio de Ginecología es de 757,44 € y a tenor de los datos propuestos de estancias medias ponderados por la frecuencia en número de altas para los tres GDR más frecuentes, se produciría un ahorro de 268.248,92 € si todas las pacientes intervenidas de cáncer de mama fueran atendidas en régimen de corta estancia. Este importe en cifras arroja un resultado porcentual global del 55,67% en la disminución de los costes (Tabla IV). En cuanto a los días de ingreso en nuestro estudio se cuantificó una disminución de estancias de 255 días lo que corresponde a una disminución del gasto de 193.147,2 €.

El grupo experimental (media = 1,94 días) presentó una mayor frecuentación ( $p = 0,004$ ) a la consulta de enfermería que el grupo control (media = 1,08 días). La consulta telefónica no fue utilizada por ninguna paciente.

En cuanto a los resultados de satisfacción (Tabla V) de las pacientes respecto a su proceso y tratamiento, el grupo de alta precoz obtuvo unos resultados significativos en: la consideración de la información recibida ( $p = 0,030$ ), en la claridad de la información recibida por parte

**Tabla IV. Valoración de costes**

GDR	Nº altas	E. media	Coste total	E. media del programa	Coste del programa	Diferencia absoluta por GDR	Diferencia porcentual por GDR
260	79	3,33	199.260,89 €	2,00	119.676,21 €	79.584,68 €	39,94%
258	32	5,94	143.975,01 €	2,00	48.476,44 €	95.496,58 €	66,33%
257	30	6,1	138.612,32 €	2,00	45.446,66 €	93.165,66 €	67,21%
Totales			481.848,22 €		213.699,31 €	268.248,92 €	55,67%
Costes de hospitalización:			14.298,277 €				
Estancias totales del Servicio (13996 OBS+4881 GINE)			18.877				
Coste de una estancia			757,44 €				

Fuentes:

Memoria 2009. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla. Servicio Andaluz de Salud. COAN 2009: Sistema de Contabilidad Analítica del Servicio Andaluz de Salud.

Tabla V. Cuestionario de satisfacción

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA (%)												
n (EH) = 51 n (CE) = 48												
	0		1		2		3		4		5	
	EH	CE	EH	CE	EH	CE	EH	CE	EH	CE	EH	CE
¿Cómo considera Vd. la información que recibió sobre su proceso? ( $p = 0,030$ )	0,00	0,00	0,00	2,1	3,9	0,00	3,9	6,3	66,7	43,8	25,5	47,9
¿Cómo valora Vd. la información recibida al alta? NS	0,00	0,00	0,00	0,00	3,9	0,00	7,8	12,5	54,9	41,7	33,3	45,8
¿Cómo entendió Vd. la información que le dieron los médicos? NS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	15,7	10,4	54,9	43,8	29,4	45,8
¿Cómo entendió Vd. la información que le dieron las enfermeras? ( $p = 0,021$ )	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2,1	10,0	0,00	52,0	42,6	38,0	55,3
¿Cómo de fácil le ha resultado la identificación y accesibilidad de los médicos? ( $p = 0,025$ )	0,00	0,00	0,00	0,00	3,8	0,00	7,7	0,00	51,9	44,7	36,5	55,3
¿Cuál es su opinión sobre los médicos? ( $p = 0,007$ )	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,8	0,00	44,2	20,8	51,9	79,2
¿Cuál es su opinión sobre las enfermeras? NS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,8	2,1	44,2	31,3	51,9	66,7
¿Cómo valora Vd. el respeto con que ha sido tratada? NS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	38,5	20,8	61,5	79,2	0,00
¿Qué grado de confianza tiene en la asistencia que se le ha prestado? NS	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3,8	4,2	55,3	35,4	40,4	60,4
¿Cómo se encuentra de satisfecha con la atención recibida? ( $p = 0,023$ )	0,00	0,00	0,00	0,00	1,9	0,00	1,9	0,00	51,9	31,3	44,2	68,8

EH: estancia habitual; CE: corta estancia; NS: sin significación estadística; 0: no recibió información o no sabe no contesta; 1: muy mala o muy insatisfecha o ninguna; 2: mala o insatisfecha o poco; 3: ni buena ni mala o ni satisfecha ni insatisfecha o ni mucho ni poco; 4: buena o satisfecha o bastante; 5: muy buena o muy satisfecha o mucho.

de las enfermeras ( $p = 0,021$ ), en la opinión acerca de los médicos ( $p = 0,007$ ) en la identificación y accesibilidad al personal médico ( $p = 0,025$ ), y en la satisfacción general con la asistencia recibida ( $p = 0,023$ ).

No se obtuvo significación en: la valoración de la información recibida al alta, la comprensión de la información recibida por parte del personal médico, la opinión del personal de enfermería, el respeto con que habían sido tratadas las pacientes y la confianza en la asistencia recibida.

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en nuestro trabajo concuerdan con lo ya establecido por otros autores como Margo-

lese (2000), Hernández (2004), Acea (2004), Ranieri (2004), Cereijo (2005) y otros, sobre las ventajas de la cirugía de corta estancia en pacientes intervenidas de cáncer de mama (1-6,14,17-19).

La cirugía de cáncer de mama con hospitalización de corta estancia es una alternativa segura y satisfactoria frente a la de estancia habitual para este tipo de cirugía. Así lo describen Marla y Stallard (2009) en su revisión sistemática sobre 454 referencias (19). Parece suficientemente claro que ofrece beneficios a las pacientes y al sistema sanitario proporcionando asistencia de calidad a un menor coste, aumentando la satisfacción de las pacientes que reciben una atención eficiente, segura y rápida en la resolución de su proceso. En este estudio también se manifiesta la necesidad de aumentar la investigación y la va-

lidación de cuestionarios adecuados, para determinar mejores métodos en la preparación del paciente y su familia para la cirugía de mama.

La mujer que va a ser intervenida de un cáncer de mama precisa de una red de apoyo, orientación e intervenciones realizadas por un equipo multidisciplinar (15) por tanto con la participación de las enfermeras que permanentemente acompañan a las pacientes en su proceso, utilizando esta posición en el proceso asistencial para formarlas e impartir educación para la salud (14). Acea califica como fundamental la inclusión de enfermeras en los equipos multidisciplinarios para facilitar tanto el tratamiento ambulatorio como el de corta estancia en nuestras pacientes (17). También es reconocida la necesidad de que enfermeras participen en la asistencia de mujeres con cáncer de mama, por entidades internacionales como EUSOMA (13). En los países angloamericanos y del norte de Europa, los cuidados de enfermería en los centros de patología mamaria han sido prestados por enfermeras especializadas denominadas enfermeras de cuidados mamaros o mastológicos (Breast Care Nurses, BCN) desde hace ya casi dos décadas, fijando sus funciones y sus diferentes niveles de especialización. Actualmente en nuestro país, existen vías de especialización pero sin reconocimiento académico ni profesional. En mayo del 2003 la Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad del Parlamento Europeo presentó un informe donde solicitaba, a todos sus estados miembros, considerar la lucha contra el cáncer de mama como una prioridad de política sanitaria, estableciendo una serie de recomendaciones de calidad reconociendo la necesidad de la presencia de enfermeras especializadas dentro de los equipos multidisciplinarios.

En nuestro estudio hemos utilizado los recursos ya disponibles pero planificándolos y orientándolos para una mejor asistencia de las pacientes, de tal forma que podemos garantizar que con las pacientes se realiza una planificación individualizada de sus autocuidados y recomendaciones para la recuperación de la salud y la prevención de complicaciones. Pero, ¿por qué no es aplicable de una forma general en este tipo de cirugía? Creemos que es problema de organización de los recursos y de especialización asistencial de los centros sanitarios, de los diferentes niveles asistenciales y de diferentes profesionales que intervienen en este proceso. En este sentido, si ordenamos las actuaciones enfermeras y los recursos disponibles hacia un determinado problema -en nuestro caso, el proceso quirúrgico del cáncer de mama- contamos con profesionales implicados y centramos nuestras acciones hacia las pacientes, conseguiremos una asistencia eficiente y con niveles óptimos de calidad. Existen ya algunas experiencias institucionales (15) donde se integran los recursos disponibles para dar una mejor respuesta asistencial pero todavía es necesario seguir avanzando en la introducción de este tipo de herramientas de gestión y organización.

Para concluir, podemos afirmar que la cirugía de corta estancia, con una buena planificación de la información y de la educación sanitaria de las pacientes, es una alternativa adecuada en la cirugía del cáncer de mama, sin incremento de la morbilidad ni de la tasa de reingreso. La mayoría de las mujeres sometidas a mastectomía podrán ser tratadas en régimen de corta estancia una vez educadas sobre el manejo de su patología y proceso quirúrgico. La cirugía de corta estancia disminuye los costes sanitarios y mejora la satisfacción de las pacientes implicándolas en su propio proceso.

## BIBLIOGRAFÍA

- Hernández Granados P. El futuro a corto plazo de la CMA. *Cir May Amb* 2004;9:9.
- Aguayo JL. Cirugía mayor ambulatoria: un éxito del sistema. *Rev Calidad Asistencial* 2003;18(5):261-2
- Margolese RG, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000;7:181-7.
- Acea B. Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué. *Cir Esp* 2004;75(2):64-8.
- Kok M. de, Dirksen, C, Kessels, A, Weijden T van der, Velde CJ van de, Roukema JA, et al. Cost-effectiveness of a short stay admission programme for breast cancer surgery. *Acta Oncologica* 2010;49(3):338-46.
- Ridge RA. Centrarse en los objetivos de seguridad del paciente. *Nursing* 2008;26:46-7.
- Pons Rañols JMV. Innovación en el sector salud. *Med Clin (Barc)* 2010;135(15):697-9.
- Damsky Dell D. Educación sanitaria de las pacientes sobre las tendencias del cáncer de mama. *Nursing* 2006;24:8-15.
- Weaver C. Cuidar de una paciente después de una mastectomía. *Nursing* 2010;28:28-32.
- Monleón-Getino T, Barnadas-Molins A, Roset-Gamisans M. Diseños secuenciales y análisis intermedio en a investigación clínica: tamaño frente a dificultad. *Med Clin (Barc)* 2009;132(11):437-42.
- McCloskey-Dochterman J, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 4ª ed. Madrid: Elsevier 2005; xxvii.
- Silva de Oliveira M, Carvalho Fernandes A, Mesquita Melo E, Falcão Juvenal Barbosa IC. Cuidados preoperatorios de mastectomía bajo la óptica de la mujer. *Rev Cubana Enfermer [revista en Internet]*. 2005 Ago [citado 2011 Jun 11] ; 21(2): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000200011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000200011&lng=es)
- Merck B, Ramos-Rincón JM, Cansado P, Ballester JB, Martínez-García F, Ramos-Boyer M, et al. Adecuación de las unidades de mama españolas a los criterios de EUSOMA. *Cir Esp* 2005;77(4):221-5.
- Cereijo C, Bazarra A, Acea B, González C, López S, Candía B. Atención de enfermería a pacientes con cáncer de mama en cirugía mayor ambulatoria. *Enfermería Clínica* 2005;15(2):106-10.
- Proceso Asistencial Integrado. Cáncer de mama. Detección precoz de cáncer mama. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2ª ed. 2005.
- NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. 2003-2004. Madrid: Elsevier; 2003.
- Acea B, López S, Cereijo C, Bazarra A, Candía D, Gómez C. Evaluación de un programa de cirugía ambulatoria y de corta estancia en pacientes con cáncer de mama. *Cir Esp* 2003;74(5):283-8.
- Ranieri E, Caprio G, Fobert MT, Civitelli L, Ceccarelli F, Barberi S, et al. One-day surgery in a series of 150 breast cancer patients: efficacy and cost-benefit analysis. *Chir Ital* 2004;56(3):415-8.
- Marla S, Stallard S. Systematic review of day surgery for breast cancer. *Int J Surg* 2009;7:318-23.