

Cáncer de mama y cirugía ambulatoria. Quién, cómo, dónde y por qué

Benigno Acea

Servicio de Cirugía General "A". Hospital Abente y Lago. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña. España.

Resumen

La experiencia acumulada en cirugía ambulatoria y los progresos en la técnica anestésica permiten en la actualidad un nuevo planteamiento en la asistencia a la mujer con cáncer de mama, que hace posible ofrecer un tratamiento quirúrgico ambulatorio como alternativa al ingreso ordinario. Para la puesta en marcha de un programa de cirugía sin ingreso en mujeres con cáncer de mama se han de analizar los aspectos relacionados con la selección de las pacientes, la participación de los profesionales sanitarios y la organización asistencial. Este artículo pretende ser una reflexión acerca de los requisitos de este nuevo planteamiento asistencial, con objeto de señalar las ventajas que puede aportar a la mujer y al sistema sanitario.

Palabras clave: *Cáncer de mama. Cirugía ambulatoria. Biopsia del ganglio centinela.*

BREAST CANCER AND OUTPATIENT SURGERY. WHO, HOW, WHERE AND WHY

The experience accumulated in outpatient surgery and advances in anesthetic technique currently allow a new approach to the treatment of women with breast cancer, who can be offered outpatient surgery as an alternative to hospital admission. To implement an outpatient surgery program for women with breast cancer, factors related to patient selection, the participation of health professionals and healthcare organization need to be analyzed. The present article aims to provide a reflection on the requirements of this new approach and on the advantages it can provide to women and the healthcare system.

Key words: *Breast cancer. Outpatient surgery. Sentinel node biopsy.*

Introducción

La cirugía sin ingreso constituirá durante los próximos años una de las opciones más importantes en el tratamiento del paciente quirúrgico, gracias a la eficacia y la seguridad demostradas en diferentes programas. En la actualidad existen nuevas propuestas para la ampliación de sus indicaciones y entre ellas se encuentra la mujer con cáncer de mama, que tradicionalmente ha precisado

un ingreso hospitalario para la realización de una mastectomía o cirugía conservadora, con o sin linfadenectomía axilar (LA) asociada^{1,2}. La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas, la mejora en los procedimientos anestésicos y la experiencia acumulada en la cirugía ambulatoria de otros procedimientos mamarios han permitido una nueva orientación en la asistencia a la mujer con cáncer de mama, encaminada a ofrecer la cirugía ambulatoria como una alternativa al ingreso³. Pero este nuevo planteamiento no puede ser fruto de la improvisación, sino que, al contrario, precisa una adecuada selección de las enfermas, experiencia en los profesionales involucrados y una sistemática protocolizada que garantice la seguridad y la calidad asistencial del procedimiento ambulatorio.

Este artículo pretende ser una reflexión acerca de los requisitos básicos para la puesta en marcha y el desarrollo de un programa de cirugía mayor ambulatoria en mujeres con cáncer de mama, y en él se analizan asimismo las ventajas que estos programas pueden proporcionar a este grupo de pacientes y al sistema sanitario.

Este proyecto de investigación ha sido financiado por la Secretaría Xeral de Investigación e Desenvolvemento (Xunta de Galicia) con la Ayuda P6IDT03PXIA91601PR.

Correspondencia: Dr. B. Acea.
Plaza del Exilio, 3, 1.º A. Santa Cruz de Oleiros.
15179 A Coruña. España.
Correo electrónico: homero@canalejo.org

Manuscrito recibido el 27-3-2003 y aceptado el 3-6-2003.

¿Quién debe realizar cirugía ambulatoria en cáncer de mama?

En la actualidad los programas de cirugía ambulatoria se benefician de la participación de cirujanos con una dedicación preferente o exclusiva hacia una enfermedad. La patología mamaria no es una excepción, y la presencia de cirujanos especializados permite la estandarización de los procedimientos, la introducción de nuevas tecnologías y el inicio de programas específicos en esta afección, entre ellos la cirugía sin ingreso para las patologías benigna y maligna. Esto no quiere decir que cirujanos sin esta dedicación preferente no sean capaces de realizar actos quirúrgicos sin ingreso en pacientes con cáncer de mama, pero para el establecimiento de un programa específico en esta materia se precisan la participación de profesionales con experiencia, no sólo en cirugía mamaria sino también en el tratamiento ambulatorio, que permita establecer nuevos circuitos donde colaboren otros profesionales, con objeto de garantizar la continuidad en la atención de la paciente. Por ello, la superespecialización y la formación de grupos multidisciplinarios son requisitos básicos para establecer un programa de cirugía ambulatoria en cáncer de mama.

¿En qué mujeres con cáncer de mama debe proponerse un tratamiento quirúrgico ambulatorio?

Las candidatas a un posible tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio deben cumplir 3 requisitos básicos: los relacionados con el estado físico de la mujer, los vinculados con sus condiciones domésticas y los derivados de la complejidad de la técnica quirúrgica (tabla 1). Respecto al primer requisito, deben ser mujeres incluidas en las categorías ASA I y II de la Asociación Americana de Anestesia, así como aquellas ASA III que han permanecido estables al menos 3 meses antes de la intervención y que no se alteren por la intervención propuesta⁴. Se valorará individualmente a las pacientes con alteraciones psiquiátricas, de edad avanzada, con obesidad o sobrepeso superior al 30%, diabéticas, alérgicas al látex, que reciban anticoagulación, o con déficit físico (sordera, sordomudez, ceguera) y psíquico (retraso mental no muy profundo). Con relación a los aspectos domésticos, se deberá seleccionar a aquellas mujeres con disponibilidad de un adulto responsable durante las 24-48 h del postoperatorio, con domicilio a menos de 60 min en vehículo convencional y que dispongan de teléfono en el domicilio o en su vecindario. Finalmente, desde el punto de vista quirúrgico la biopsia escisional, la biopsia radioquirúrgica y la tumorrectomía/cuadrantectomía han sido las técnicas que tradicionalmente se han realizado de forma ambulatoria, mientras que otras (LA, mastectomía) no se han considerado tributarias de esta modalidad asistencial, ya que necesitan un mayor control analgésico, presentan una mayor probabilidad de hemorragia aguda durante el período postoperatorio y precisan un control de los drenajes aspirativos. Sin embargo, la profilaxis para las náuseas y los vómitos, el control del dolor y, funda-

mentalmente, la educación de la mujer en el control de los drenajes permiten al cirujano plantear a la enferma un acto quirúrgico ambulatorio como una alternativa al ingreso ordinario. El riesgo de hemorragia postoperatoria tras el acto quirúrgico merece un comentario especial. La hemorragia aguda inmediata tras el acto quirúrgico refleja deficiencias en la técnica quirúrgica y típicamente se manifiesta durante las primeras horas del período postoperatorio, en los drenajes o tras la inspección de la herida quirúrgica. Esta característica hace necesario un tiempo mínimo de observación en la unidad de cirugía ambulatoria, en torno a las 6 h, para el diagnóstico precoz de esta complicación que, en caso de producirse, precisará la revisión del lecho quirúrgico, aunque en la mayoría de las ocasiones el origen de la hemorragia no se visualizará. En teoría, la LA es la técnica con mayor riesgo para la aparición de esta complicación, pero también la mastectomía, con su amplio despegamiento en los colgajos cutáneos, presenta un riesgo elevado para la hemorragia postoperatoria. El compromiso de la unidad de cirugía ambulatoria es garantizar el control de esta complicación durante el período de máximo riesgo, identificarla precozmente cuando se produzca y solventarla de inmediato.

Respecto a las contraindicaciones para el tratamiento quirúrgico sin ingreso se deberá excluir a las pacientes incapaces de comprender el proceso ambulatorio y sus cuidados postoperatorios, con imposibilidad de disponer de un adulto responsable, a aquellas en las que existan enfermedades de base con elevado riesgo anestésico (ASA IV y V), con obesidad mórbida, drogodependientes y con antecedentes de hipertermia maligna. En todo momento debe imperar la individualización de cada caso y, especialmente, el convencimiento de la mujer de que el procedimiento ambulatorio es eficaz y seguro para ella.

TABLA 1. Criterios para la cirugía sin ingreso en mujeres con cáncer de mama

Criterios de inclusión
ASA I y II
ASA III estables durante los últimos 3 meses y/o no alterables por la intervención propuesta
Adulto responsable durante las 24-48 h del postoperatorio
Teléfono domiciliario o en el vecindario
Distancia no superior a 60 min del centro hospitalario
Criterios para la valoración individualizada
Alteraciones psiquiátricas
Edad avanzada
Sobrepeso superior al 30%
Diabéticas
Alérgicas al látex
Anticoaguladas
Déficit físico (sordera, sordomudez, ceguera)
Retraso psíquico no muy profundo
Criterios de exclusión
ASA IV y V
Ausencia de adulto responsable durante las 24-48 h del postoperatorio
Distancia superior a 60 min del centro hospitalario
Incapacidad para entender el procedimiento ambulatorio y los cuidados postoperatorios
Obesidad mórbida
Drogodependencia
Antecedentes de hipertermia maligna

¿Cómo realizar cirugía sin ingreso en mujeres con cáncer de mama?

El inicio de un programa de cirugía sin ingreso en mujeres con cáncer de mama no es una acción inmediata para el cirujano sino que precisa unas actuaciones previas encaminadas a mejoras en la técnica quirúrgica, en la asistencia hospitalaria, en el proceso informativo y en los circuitos hospitalarios. Se pueden establecer las siguientes pautas en su inicio.

Progresión en la técnica quirúrgica

Una norma básica en la instauración de un programa de cirugía ambulatoria es la adquisición progresiva de experiencia en técnicas quirúrgicas de la mama. Aunque la mayoría de los cirujanos disponen de experiencia ambulatoria en patología benigna mamaria (biopsias escisionales, biopsias radioquirúrgicas) hay un salto cualitativo cuando esas mismas técnicas se desarrollan en mujeres con cáncer de mama ya que, en cierto modo, el cirujano y la enferma se enfrentan a un proceso que tradicionalmente se ha realizado con ingreso. Es importante señalar que la introducción de técnicas mínimamente invasivas para valorar el estado de los ganglios de la axila, como la biopsia del ganglio centinela (BGC), puede ser útil en la adquisición de esta nueva modalidad asistencial. Así, la realización de una cirugía conservadora y BGC pueden ser el primer eslabón en la progresión hacia un programa de cirugía ambulatoria, al constituir una técnica con escasas molestias postoperatorias, baja probabilidad de hemorragia y sin que precise de un control de drenajes aspirativos^{5,6}. En algunas ocasiones, tal como refleja la experiencia de Narducci et al⁷, este procedimiento podrá realizarse bajo anestesia local en enfermas no obesas. El siguiente paso lo constituiría la LA, y para ello es conveniente que las primeras LA ambulatorias se realicen en mujeres con afección del ganglio centinela, ya que constituyen un grupo de enfermas con experiencia e información previa sobre la cirugía sin ingreso⁸. El paso final en el desarrollo de un programa de tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio del cáncer de mama es la realización de la mastectomía con LA. La complejidad de esta técnica se centra en un mayor riesgo de hemorragia por la disección de los colgajos cutáneos y la linfadenectomía, y para ello se precisa una buena selección de enfermas e incluir a mujeres delgadas con mamas pequeñas y escaso tejido linfoganglionar, ya que en éstas la disección será mínima y el riesgo de hemorragia, bajo⁹. Por el contrario, las mujeres obesas con mamas gigantes constituyen una contraindicación para estos programas sin ingreso, al igual que las pacientes sometidas a una reconstrucción inmediata con colgajo musculocutáneo, en las que es necesaria su hospitalización para vigilar la posible aparición de hemorragia, reponer el volumen hidroelectrolítico y controlar la viabilidad del colgajo. Simultáneamente a esta progresión en la técnica quirúrgica, debe existir un progreso en la técnica anestésica encaminado a una profilaxis enérgica de las náuseas y los vómitos, el control

del dolor postoperatorio y una pronta deambulaci3n y tolerancia oral. En este sentido, son interesantes las propuestas de algunos autores^{10,11} para la realizaci3n del procedimiento quirúrgico mediante bloqueos paravertebrales y que han demostrado ser eficaces al reducir las necesidades de opiáceos, permitiendo una recuperaci3n inmediata y el alta hospitalaria de la paciente en el mismo día.

Progresi3n en la asistencia hospitalaria

Al igual que la progresi3n técnica, las unidades de patología mamaria pueden adquirir una experiencia creciente hacia el tratamiento en régimen ambulatorio a través de un paso intermedio, la corta estancia, que permite un tiempo de adaptaci3n para mejorar el proceso informativo y elaborar nuevos circuitos encaminados a una mejor coordinaci3n de los profesionales.

Intensificaci3n del proceso informativo

La cirugía ambulatoria en el cáncer de mama sólo es posible en enfermas bien informadas sobre la técnica quirúrgica y los circuitos intra y extrahospitalarios. Sin embargo, el cáncer de mama resulta un proceso complejo para la informaci3n, ya que precisa un planteamiento multidisciplinario en su diagn3stico y tratamiento. Así, las enfermas recorren un circuito asistencial en el que son valoradas por distintos profesionales (cirujano, radi3logo, anestesista, enfermera, especialista en medicina nuclear), que sin duda enriquecen y mejoran su estudio pero que complican el proceso informativo, cuando no existe una coordinaci3n entre los diferentes integrantes de este equipo multidisciplinario. Por ello, y para que el proceso informativo sea coherente y homogéneo, debe designarse un médico responsable de la enferma que coordine la informaci3n generada en los estudios diagn3sticos y sirva de referencia a la mujer. La cirugía ambulatoria en el cáncer de mama exige que el cirujano sea el médico responsable de la enferma y que haya una personalizaci3n en la atenci3n. Esta personalizaci3n, imposible en algunos servicios por la limitaci3n en recursos humanos, no se contrapone a la medicina en equipo, es decir, a la inclusi3n de otros cirujanos en el tratamiento de la enferma, sino que establece un cirujano que lidera las responsabilidades profesionales ante la paciente, especialmente antes del acto quirúrgico. La figura del médico responsable se encuentra descrita en la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente¹², donde se define como "aquel profesional que tiene a su cargo coordinar la informaci3n y la asistencia sanitaria del paciente o del usuario, con el carácter de interlocutor principal del mismo, y sin perjuicio de otros profesionales que participen en las actuaciones asistenciales". Otra característica necesaria en el proceso informativo es la continuidad, es decir, la presencia de diferentes actos informativos que permitan la discusi3n y la aclaraci3n de las dudas referidas al procedimiento técnico y ambulatorio, evitando en lo posible los actos informativos únicos y aislados.

Educación de la paciente

La educación de la paciente debe contemplarse como una continuación del proceso informativo, con objeto de delegar en la mujer algunas actuaciones sanitarias que tradicionalmente se han realizado por el personal sanitario. Este nuevo concepto de hospital "educador" sustituye al clásico hospital "de cuidados" y permite a la mujer asumir sus cuidados postoperatorios tras ser educada respecto a ellos, y así incorporarse de forma inmediata a su medio familiar. Sin duda, la educación de la mujer en el control de los drenajes aspirativos ha impulsado el tratamiento quirúrgico en régimen de corta estancia y permite plantear el tratamiento ambulatorio del proceso cuando existe un control analgésico adecuado¹³.

Establecimiento de nuevos circuitos

La educación de la enferma precisa la incorporación de la enfermería en el circuito asistencial de la mujer con cáncer de mama donde, además de realizar esta labor docente, es un elemento fundamental en el apoyo psicológico a la mujer¹⁴. Si bien su participación es asequible en los programas de corta estancia, ya que la propia hospitalización permite un tiempo dedicado a la educación de la enferma, en los programas de cirugía ambulatoria es necesaria la participación de la enfermería antes del acto quirúrgico, y para ello se precisa una coordinación adicional entre el cirujano y la enfermera para llevar a cabo el programa educativo antes de la intervención. Este programa, acompañado siempre de información escrita (díptico, tríptico), contribuye a consolidar la confianza de la mujer en el equipo y la institución, y fortalece su convencimiento sobre la idoneidad de la ambulatorización.

Evaluación de la calidad técnica y de la calidad asistencial percibida por la paciente

La instauración de un programa de cirugía ambulatoria en cáncer de mama exige un control de los resultados obtenidos con objeto de conocer el impacto de este tratamiento en la calidad asistencial. Para ello debe evaluarse la calidad técnica, referida a los parámetros relacionados directamente con el acto quirúrgico (complicaciones, reintervenciones, etc.), con la enfermedad (recidivas locoregionales, supervivencia, etc.) y con la modalidad asistencial (tasa de ingresos, tasa de reingresos, tiempo de espera, etc.). Pero, además, es imprescindible conocer la percepción que la mujer ha tenido de su estancia en la unidad con objeto de establecer su grado de satisfacción e identificar las actuaciones que han sido mal percibidas durante su tratamiento, y así obtener una información crucial para reconducir y modificar los aspectos negativos del programa.

¿Dónde realizar la cirugía ambulatoria en mujeres con cáncer de mama?

Sin duda, las unidades de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) poseen la infraestructura ideal para llevar a cabo

un programa de cirugía sin ingreso en mujeres con cáncer de mama. Las instalaciones de la UCMA garantizan la continuidad en la atención y el control de la paciente desde su llegada a la unidad hasta el alta a su domicilio. Pero estas ventajas no se limitan exclusivamente a la infraestructura sino que también hay que destacar la filosofía que impregna a todos sus profesionales y que los diferencia del resto de los integrantes de la organización asistencial. Efectivamente, existen peculiaridades en el *modus operandi* de los profesionales de la UCMA y que pueden resumirse en una adecuada selección de los pacientes, una mejora en la información verbal y escrita, la realización de actividades protocolizadas, el trabajo en equipo y un mayor esfuerzo en la prevención de los problemas. Hay, además, una inquietud en mejorar la calidad técnica y conocer, al mismo tiempo, la opinión y la satisfacción del paciente durante su estancia en la unidad. Así, la filosofía final de estas unidades es alcanzar un modelo organizativo multidisciplinario que permita tratar a pacientes bien seleccionados de forma efectiva, segura y eficiente.

¿Por qué realizar cirugía ambulatoria en mujeres con cáncer de mama?

La cirugía se enfrenta en la actualidad a un nuevo reto social: proporcionar una asistencia de calidad a un coste razonable. La estimación de costes sanitarios realizada por Polednak et al¹⁵ evidenció que el gasto en enfermas con cáncer de mama se incrementa en mujeres jóvenes, en estadios avanzados y cuando se aplican métodos quirúrgicos radicales. Por ello, parece lógico pensar que la introducción de técnicas quirúrgicas menos invasivas y la posibilidad de un tratamiento quirúrgico sin ingreso influirán significativamente en el gasto sanitario. Esta hipótesis quedó demostrada en el estudio de McManus et al¹⁶, donde se evidenció que con el tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio de la enferma se conseguía un ahorro de 2.255 y 2.447 dólares en la mastectomía y tumorrectomía, respectivamente. Pero, además de esta optimización en los recursos, la cirugía sin ingreso presenta otras ventajas centradas en la paciente y que pueden resumirse en una mejora de la calidad asistencial, por un mejor nivel organizativo y una mayor especialización de los profesionales, una mayor satisfacción de la paciente, una nueva relación médico-paciente basada en la autonomía de la mujer, y un mayor flujo de información (tabla 2). Hay, también, otros aspectos más íntimos relacionados con la enfermedad que tratamos. Sin duda el cáncer de mama adquiere en la mujer una dimensión humana y emocional diferente de cualquier otro proceso que actualmente se trata en régimen ambulatorio, ya que es un diagnóstico que muchas mujeres viven como una sentencia de muerte. Esta vivencia justifica la introducción de técnicas mínimamente invasivas sin ingreso que disminuyan el impacto psicológico de la enfermedad en la mujer. La cirugía ambulatoria requiere la participación de la mujer y un cambio en su actitud frente a la enfermedad, con el objeto de incrementar su participación en la toma de decisiones y disminuir su pasividad y resignación frente a la planificación propuesta por los profesionales. Así, la mujer adquiere la sensación de control sobre su enfermedad y una mayor

TABLA 2. Impacto del tratamiento quirúrgico en régimen ambulatorio en la mujer con cáncer de mama

Repercusiones en la enferma y su entorno
Repercusiones psicológicas en la mujer
Desdramatización del acto quirúrgico
Incremento en la sensación de control sobre la enfermedad
Actitud activa de la mujer en su enfermedad: participación frente a resignación y pasividad
Repercusiones físicas en la mujer
Menor tiempo de recuperación e incorporación a las actividades cotidianas
Incremento en la utilización de técnicas mínimamente invasivas
Repercusiones familiares
Mayor colaboración de la familia con la enferma
Incremento de la sensación de utilidad en familiares
Mayor aceptación de la enfermedad por parte de familiares
Menor impacto traumático en hijos menores
Repercusiones en la relación médico-enfermo
Incremento del proceso informativo
Impulso de la autonomía de la mujer
Repercusiones en el sistema sanitario
Mejora en la utilización de los recursos sanitarios
Creación de grupos multidisciplinarios
Introducción de la cultura de la evaluación continua de la calidad

Modificado de Porrero⁴.

seguridad en sus cuidados, gracias a la información escrita, la entrevista con la enfermera y el diálogo con el cirujano. Al mismo tiempo, facilita la incorporación inmediata al medio familiar, incrementando la participación de familiares y evitando el aislamiento de la mujer por falta de diálogo o aceptación de su enfermedad. Es importante señalar que en mujeres jóvenes con hijos menores, la cirugía sin ingreso permite una separación mínima de la madre con sus hijos y reduce el efecto traumático sobre ambos gracias al rápido retorno al hogar. Son cada vez más las mujeres que se interesan por su alta temprana en el contexto hospitalario o por la posibilidad de una cirugía sin ingreso, ya que valoran positivamente la intimidad de su hogar y los beneficios psicológicos de una convalecencia fuera del ambiente hospitalario. La encuesta de Margolese y Lasry¹⁷ ha demostrado un mayor ajuste emocional y una disminución del estrés en las pacientes tratadas de forma ambulatoria frente a las ingresadas, así como un acortamiento en el tiempo de recuperación y de retorno a las actividades cotidianas.

Tradicionalmente la enferma con cáncer de mama recuerda el día de su intervención quirúrgica como el pri-

mer día de su mutilación; en la actualidad la cirugía tiene la oportunidad de cambiar esta visión gracias a las ventajas del tratamiento ambulatorio, de tal forma que permita a la mujer pensar en su operación como el primer día en el que sobrevivió al cáncer.

Bibliografía

1. Dravet F, Belloin J, Dupre P, Francois T, Robard S, Theard J, et al. Role of outpatient surgery in breast surgery. Prospective feasibility study. *Ann Chir* 2000;125:668-76.
2. Tan LR, Guenther JM. Outpatient definitive breast cancer surgery. *Am Surg* 1997;63:865-7.
3. Goodman A, Mendez A. Definitive surgery for breast cancer performed on an outpatient basis. *Arch Surg* 1993;128:1149-52.
4. Porrero JL. Cirugía mayor ambulatoria. Barcelona: Doyma, 1999.
5. Buonomo O, Granai A, Felici A, Piccirillo R, De Ligouri N, Guadagni F, et al. Day-surgical management of ductal carcinoma in situ (DCIS) of breast using wide local excision with sentinel node biopsy. *Tumori* 2002;88:S48-9.
6. Barillari P, Leuzzi R, Bassiri A, D'Angelo F, Aurello P, Naticchioni E. Ambulatory surgical treatment for breast carcinoma. *Minerva Chir* 2001;56:55-9.
7. Narducci F, Creutz V, Aubard Y, Dugrain M, Carpentier P, Baranzelli M, et al. Sentinel-node biopsy in axillary lymph-node staging under local anaesthesia in breast cancer: technical aspect. *Bull Cancer* 2003;90:177-80.
8. Seltzer M. Partial mastectomy and limited axillary dissection performed as a same day surgical procedure in the treatment of breast cancer. *Int Surg* 1995;80:79-81.
9. Clark J, Kent R. One-day hospitalization following modified radical mastectomy. *Am Surg* 1992;58:239-42.
10. Wiltz C, Greengrass R, Lysterly H. Ambulatory surgical management of breast carcinoma using paravertebral block. *Ann Surg* 1995;222:19-26.
11. Coveney E, Weltz C, Greengrass R, Iglehart J, Leight G, Steele S, et al. Use of paravertebral block anesthesia in the surgical management of breast cancer: experience in 156 cases. *Ann Surg* 1998;227:496-501.
12. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *BOE* 2002;274:40126-32.
13. Kambouris A. Physical, psychological and economic advantages of accelerated discharge after surgical treatment for breast cancer. *Am Surg* 1996;62:123-7.
14. Barrere C. Breast biopsy support program: collaboration between the oncology clinical nurse specialist and the ambulatory surgery nurse. *Oncol Nurs Forum* 1992;19:1375-9.
15. Polednak A, Shevchenko I, Flannery J. Estimating breast cancer treatment charges in Connecticut. *Conn Med* 1996;60:263-7.
16. McManus S, Topp D, Hopkins C. Advantages of outpatient breast surgery. *Am Surg* 1994;60:967-70.
17. Margolese R, Lasry J. Ambulatory surgery for breast cancer patients. *Ann Surg Oncol* 2000;7:181-7.