

## Monográfico Cirugía Mayor Ambulatoria

# Organización y funcionamiento de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

*Organization and operation of the Major Ambulatory Surgery units*

Porrero Carro JL<sup>1</sup>, Porrero Guerrero B<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Jefe de Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Santa Cristina. Madrid

<sup>2</sup>Adjunta Servicio Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo asistencial multidisciplinar con pacientes quirúrgicos que está absolutamente aceptado por pacientes, familiares y profesionales sanitarios, avalado por la evidencia científica y que cuenta con el respaldo de sociedades nacionales e internacionales, de ahí la importancia que los hospitales dispongan de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMAs) para realizar aquellos procedimientos considerados susceptibles de ambulatorización.

Las UCMAs se definen como: “Una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos

quirúrgicos mediante CMA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad”<sup>1</sup>.

El ingreso de un paciente con un proceso ambulatorizable a la vista de las evidencias disponibles podría ser considerado como mala praxis médica. La CMA ha pasado de ser algo marginal a formar parte de la actividad central del bloque quirúrgico (BQ), no se entiende un bloque quirúrgico que no disponga de unos espacios específicos donde poder realizar CMA.

Tres factores han influido en este crecimiento de la CMA:

\*Cambios en el modelo de atención sanitaria, con una reducción progresiva de las estancias hospitalarias, en general en todos los procesos quirúrgicos y la implantación del modelo de CMA con la incorporación de cada vez más de procedimientos sin necesidad de ingreso hospitalario.

### CORRESPONDENCIA

José Luis Porrero Carro  
Hospital Universitario Santa Cristina  
28009 Madrid  
[joseluis.porrero@salud.madrid.org](mailto:joseluis.porrero@salud.madrid.org)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Porrero Carro JL, Porrero Guerrero B. Organización y funcionamiento de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir Andal. 2022;33(4):401-408.

\*Avances en las técnicas quirúrgicas y anestésicas que permiten recuperación rápida de los pacientes en el postoperatorio con mínimos efectos adversos (control náuseas, vómitos, dolor agudo postoperatorio, cirugías mini invasivas).

\*La necesidad por parte de los países y de los sistemas de salud de realizar un adecuado control del gasto sanitario, este modelo permite operar más pacientes sin necesidad de utilizar el recurso cama mejorando la eficiencia del sistema.

El éxito de un programa de CMA se basa:

\*Calidad de la atención a lo largo de todo el proceso asistencial

\*Garantizar la seguridad del paciente de CMA

La puesta en marcha de una unidad de CMA debe tener en cuenta una serie de aspectos importantes que a continuación vamos a pasar a analizar.

## UNIDADES DE CMA (UCMAS)

**Misión:** Realización de procedimientos quirúrgicos programados con anestesia local-sedación, regional, general en un entorno de calidad y seguridad que permitan la rápida recuperación postoperatoria del paciente y el retorno a su domicilio el mismo día de la cirugía.

### Objetivos:

- 1) Conseguir una atención de calidad en un entorno seguro.
- 2) Disponer de profesionales cualificados que satisfagan las expectativas de pacientes y familiares.
- 3) Asegurar que los miembros del personal de la unidad tengan la capacitación necesaria para cumplir con sus funciones.
- 4) Realizar educación para la salud en el paciente antes, durante y después de la cirugía.
- 5) Garantizar la confidencialidad de la información del paciente.
- 6) Garantizar la privacidad, respeto y dignidad de los pacientes independientemente de su raza, sexo, creencias o medios económicos.
- 7) Asegurar la información durante el proceso de espera quirúrgica.
- 8) Proporcionar al paciente instrucciones de alta y garantizar el seguimiento en el domicilio.
- 9) Cumplir con las normas de accesibilidad en especial para pacientes minusválidos.
- 10) Facilitar y promover la formación continuada a todos los miembros de la unidad.

La planificación de una UCMA exige tomar una serie de decisiones logísticas y profesionales para asegurar la viabilidad económica al

tiempo que se garantiza el cumplimiento de una serie de estándares de los servicios al paciente.

## TIPO DE UNIDAD Y CÁLCULO DE ESPACIOS

### Tipo de Unidad

#### Análisis de datos y variables

En España la sanidad está transferida a las comunidades autónomas, siendo las 17 comunidades las que tienen competencia en materia sanitaria, lo que hace necesario tenerlo en cuenta, ajustando el marco legal en cada comunidad al desarrollo de la CMA. Además, hay diferentes categorías de hospitales de agudos con misiones, visiones diferentes y donde la priorización de determinados procesos puede ser determinante en el volumen de CMA, lo que no permite realizar un enfoque común.

Es por ello que es necesario realizar un proceso de planificación individualizado y definir un programa funcional que justifique y dimensione de forma correcta cada uno de los recursos estructurales, materiales y humanos para conseguir la eficiencia de este modelo.

Los datos y variables que son importantes analizar a la hora de decidir qué tipo de unidad necesitamos pasan por:

1. Análisis demográfico del entorno y estudio de la demanda teórica de CMA.
2. Análisis de la capacidad de producción, analizando diversas alternativas.
3. Estudio de las necesidades de personal y equipamiento.
4. Saber qué estructura arquitectónica va a ser necesaria para desarrollar dicha actividad.

Para el análisis demográfico del entorno y el cálculo de la demanda teórica de CMA será necesario evaluar aspectos como:

1. *El área de servicio:* entendiéndolo como tal el lugar de donde van a venir los pacientes en el momento actual y de donde vendrán en el futuro, así como conocer nuestra posición en relación con nuestros posibles competidores, y qué podemos hacer para que la unidad sea más competitiva e incrementar su actividad<sup>2</sup>.
2. *El análisis de la población:* es quizás la variable más importante, con especial referencia al estudio del binomio edad-sexo. Se sabe desde un punto de vista histórico que los pacientes con edades superiores a 65 años tienen mayores posibilidades de presentar procesos que requieran ser realizados en régimen de hospitalización, mientras los niños y adultos jóvenes son buenos candidatos para este tipo de cirugía. Es importante conocer también el nivel socioeconómico de nuestra área de influencia y el tipo de aseguramiento de nuestra población de referencia (público, privado o doble).

3. *Especialidades quirúrgicas y perfil del profesional:* hay que tener en cuenta que algunas especialidades tienen un mayor índice de procesos subsidiarios de ser realizados en régimen ambulatorio. La edad del profesional tiene importancia, los profesionales jóvenes tienen una mayor facilidad para el cambio<sup>3</sup>.
4. *Conocer nuestras amenazas y fortalezas* en relación con los hospitales públicos y privados de nuestro entorno.

El análisis del tipo de unidad que necesitamos pasa por conocer aspectos relevantes de nuestro bloque quirúrgico en relación con el número de quirófanos, índice de ocupación, índice de implantación de la CMA en el hospital, si disponemos de quirófanos suficientes o necesitamos aumentar el número de los mismos, y también realizar una aproximación al número de procedimientos de CMA que vamos a realizar al año.

### Clasificación de los diferentes tipos de unidades

La siguiente cuestión para responder es qué tipo de unidad necesitamos para realizar el volumen de actividad previsto.

Es cierto que existe un gran número de clasificaciones sobre los diferentes tipos de unidades y hemos adoptado la más clásica, la que bajo mi punto de vista define mejor el tipo de unidad de CMA.

Esta clasificación divide a las unidades de cirugía ambulatoria en<sup>3,4</sup>:

#### 1. Unidades dependientes administrativamente del hospital:

1. **Unidad integrada:** es aquella en la que los pacientes ambulatorios y los hospitalizados utilizan la misma área quirúrgica.

Este tipo de unidades suele estar indicada cuando sobra espacio en el área quirúrgica o esta se encuentra infrautilizada, cuando el volumen de cirugía ambulatoria prevista es bajo y en las fases iniciales de arranque de un programa de CMA.

2. **Unidad separada:** los pacientes ambulatorios y los hospitalizados utilizan áreas quirúrgicas diferentes dentro del mismo hospital.
3. **Unidad satélite:** es aquella que depende administrativamente del hospital, pero no arquitectónicamente.

#### 2. Unidades independientes administrativamente del hospital:

4. **Unidad free-standing:** es aquella que administrativa y arquitectónicamente es independiente del hospital.

La clave del éxito de este tipo de unidades está en disponer de un mecanismo rápido de traslado y de un acceso sencillo a la misma para los usuarios.

No se han desglosado las ventajas e inconvenientes de los diferentes tipos de unidades, ya que serán tratadas en un capítulo específico del curso.

### **Cálculo de espacios**

Dentro de las unidades de CMA existen tres tipos de espacios diferentes: a) espacios de actividad; b) espacios de soporte; c) espacios administrativos (**Tabla 1**). El dimensionamiento de los espacios de actividad condicionará el de las otras dos áreas, ya que los espacios de actividad representan la mayor superficie en este tipo de unidades en comparación con los otros dos<sup>2</sup>.

**Tabla 1. Clasificación de los espacios de actividad**

Espacios de actividad	Espacios de soporte	Espacios administrativos
- Área quirúrgica - Área de diagnóstico - Área de tratamiento específico	- Controles de enfermería - Servicios - Almacenes - Vestuarios	- Recepción - Área administrativa - Archivos

El cálculo de los espacios de actividad se realiza en función de lo que se conoce como “parámetros generadores de actividad” (número de horas de funcionamiento de la unidad, número de horas de funcionamiento del quirófano, número de días laborales).

Imaginemos que el número de procedimientos que hemos calculado realizar son 4200 al año; para ello el cálculo del número de quirófanos que necesitaremos para realizarlos se calcula dividiendo el número total de procedimientos anuales entre el número total de procedimientos anuales por quirófano.

Procedimientos anuales

Nº quirófanos: -----

Procedimientos anuales x quirófano

El número de procedimientos anuales por quirófano se calcula teniendo en cuenta la duración media del procedimiento, incluyendo el tiempo de preparación y limpieza, y el número de horas al día que dicho quirófano se va a utilizar.

Suponiendo que tengamos una unidad con un funcionamiento de 6 horas de quirófano/día, y una duración media del procedimiento quirúrgico de 1 hora, y suponiendo un total de 250 días laborales, el cálculo del número de procedimientos al año por quirófano se realiza de la siguiente manera:

1. 6 horas/día: 1 hora/procedimiento = 6 procedimientos/día/quirófano.
2. 6 procedimientos/día/quirófano x 0,85 factor eficiencia x 250 días/año = 1.275 procedimientos/año/quirófano.

4.200 procedimientos anuales

----- = 3 quirófanos.

1.275 procedimientos anuales x quirófano

El siguiente paso sería calcular el número de plazas en la unidad de recuperación postanestésica (URPA). Este cálculo se hace asignando dos plazas en dicha unidad por quirófano, lo que supondría la necesidad de disponer de un número total de 6 plazas en la URPA.

La forma más sencilla de realizar el cálculo del número de plazas para el área de readaptación al medio sería multiplicar el número de pacientes de CMA que pasan por dicha unidad al día por 0,75, lo que nos daría el número de puestos en el área de readaptación para poder atender la demanda generada.

Por ejemplo, si se prevé un total de 18 pacientes de CMA al día, necesitaríamos un total de 13 sillones disponibles ( $18 \times 0,75 = 13$ ).

## SELECCIÓN DE PACIENTES Y PROCEDIMIENTOS

La CMA no es apta para todos los pacientes ni para todos los procedimientos quirúrgicos. La selección cuidadosa de pacientes y procedimientos necesita basarse en criterios médicos, quirúrgicos y sociales. Este apartado que es fundamental para un adecuado funcionamiento de la unidad será abordado en otro capítulo específico<sup>5,6,7</sup>

## CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES DE LOS DIFERENTES ESPACIOS DE LA UCMA

La estructura física de la unidad debe dar cobertura a todas las etapas del proceso asistencial: selección, admisión, preparación, intervención quirúrgica, recuperación postanestésica, alta/ingreso<sup>3,4,8,9</sup>.

El acceso a la unidad debe ser lo más fácil posible y la señalización debe facilitar el acceso a la misma. Es recomendable la ubicación de estas unidades con acceso a un mismo nivel exterior, debiendo evitarse largos recorridos y desplazamientos verticales. En ocasiones, esto no siempre es posible, especialmente cuando partimos de estructuras previamente establecidas que no permite realizar cambios en este sentido. El recorrido para llegar a la unidad debe ser accesible a personas con discapacidad (Tabla 2)<sup>3</sup>.

**Tabla 2. Características estructurales generales**

Función	Características estructurales
Acceso	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Señalización exterior adecuada</li> <li>- Deseable aparcamiento específico</li> <li>- Acceso al mismo nivel exterior</li> <li>- Recorridos cortos si los accesos son compartidos</li> <li>- Evitar recorridos en desplazamientos verticales</li> <li>- Facilitar acceso para minusválidos</li> </ul>

A continuación pasamos a describir las diferentes áreas de la UCMA con sus características estructurales y funcionales.

- 1. Área recepción-admisión.** La función de dicha área va a ser la admisión y atención del paciente y familiares. Esta zona es el sitio en el que se efectúa el primer contacto del paciente con la unidad y, por ello, es donde el paciente se forma la primera opinión de esta, marcando en gran medida la futura relación paciente-unidad.

La filiación del paciente requiere un alto grado de privacidad, teniendo en cuenta que se tratan datos relativos a la salud que están especialmente protegidos por el Reglamento Europeo de Protección de Datos.

El espacio estará dotado con el equipamiento ofimático suficiente para desarrollar su actividad (Tabla 3).

**Tabla 3. Recepción-Admisión.**

Función	Características estructurales
Admisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espacio adecuadamente dimensionado</li> <li>- Garantizar cierto grado de privacidad</li> </ul>
Atención al paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipamiento adecuado para las tareas: ofimática, informática, teléfonos, contestador, fax, etc.</li> <li>- Almacén de documentación específica</li> </ul>

- 2. Sala de espera.** La función va a ser la espera y el descanso de pacientes y familiares. Se intenta crear un ambiente distendido, con suficiente separación entre pacientes para preservar la intimidad.

La dotación mínima, aparte de sillones y mesitas auxiliares, incluye fuente automática de agua fría y aseos.

Es recomendable incorporar una TV, hilo musical y, si se atiende a pacientes pediátricos, conviene añadir una zona de juegos infantiles.

Las características estructurales se especifican en la (Tabla 4).

Desde la sala de espera debe ser fácilmente accesible una zona de aseos.

- 3. Aseos.** Fácilmente accesibles desde el resto de las zonas del área, pero especialmente desde la sala de espera y desde el vestuario.

Contarán con lavabo e inodoro y, al menos, un aseo debe ser accesible para personas con discapacidad.

Estarán dotados de dispensadores de jabón, papel, y gel hidroalcohólico.

**Tabla 4. Sala de espera**

Función	Características estructurales
Espera de descanso de pacientes y familiares	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confortabilidad (posibles largas esperas)</li> <li>- 1,5 cómodos asientos por paciente que se encuentre en cualquier área de la Unidad</li> <li>- Aseos</li> <li>- Teléfono</li> <li>- Televisión</li> <li>- Fuente automática de agua fría</li> </ul>

4. **Área preanestésica.** Sus funciones son confirmación del proceso, evaluación preanestésica, información preoperatoria y preparación específica. Las características estructurales se especifican en la (Tabla 5).

**Tabla 5. Área preanestésica**

Función	Características estructurales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Confirmación del proceso</li> <li>- Evaluación preanestésica</li> <li>- Información del preoperatorio</li> <li>- Preparación específica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Alternativa A:</b> área común con adaptación al medio                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•Posible integración en hospital de día</li> <li>•Control de enfermería común</li> <li>•No contacto visual entre ambas zonas</li> <li>•Circulación separada entre ambas zonas</li> <li>•Valorar la localización de la zona de anestesia</li> <li>•Equipamiento de apoyo común (ver más adelante)</li> </ul> </li> <li>- <b>Alternativa B:</b> área distinta de adaptación al medio                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•Equipamiento similar a consulta convencional</li> <li>•Valorar la localización de la zona de anestesia</li> </ul> </li> </ul>

5. **Quirófano.** Es el lugar en el que se realiza el acto quirúrgico. Las características estructurales se especifican en la (Tabla 6).
6. **Área de recuperación postanestésica (URPA I).** Su función es la monitorización de funciones vitales hasta conseguir un nivel de conciencia y de constantes que permitan trasladar al paciente al área de readaptación al medio. Las características estructurales se especifican en la (Tabla 7).
7. **Área de readaptación al medio (URPA II).** Las características estructurales se especifican en la (Tabla 8).

Si bien el análisis de la demanda y la adecuada estructura arquitectónica para desarrollar la actividad son aspectos claves en el éxito de la CMA, no debemos olvidar que los aspectos organizativos, la adecuada selección de los pacientes, una cirugía de alta calidad y una anestesia segura representan los pilares fundamentales sobre los que se sustenta este tipo de atención. La CMA no debe ser entendida como una carrera desenfrenada por batir marcas, sino como una oferta

**Tabla 6. Quirófano**

Función	Características estructurales
Intervención quirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Número mínimo de quirófanos para eficiencia: 2</li> <li>- Requerimientos comunes quirófano convencional:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•35 m2, con lado menos e inferior a 5 m</li> <li>•Nivel de equipamiento equivalente al menos a quirófanos generales</li> <li>•Equipamiento específico según definición de actividad (por especialidades)</li> </ul> </li> <li>- Circulación definida si bloque quirúrgico dependiente de la hospitalización general</li> <li>- Reserva de espacio suficiente para almacén de equipamiento específico</li> </ul>

**Tabla 7. Área de recuperación postanestésica (URPA I).**

Función	Características estructurales
Despertar inmediato postoperatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Despertar común o diferenciado</li> <li>- Dimensionamiento según volumen de actividad y mezcla de procedimientos</li> <li>- Cada plaza debe estar dotada:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•Tomas eléctricas</li> <li>•Tomas de gases</li> <li>•Tomas de monitorización y sistema de llamada a enfermera y emergencia</li> </ul> </li> <li>- El puesto de enfermería debe permitir el control visual de todos los pacientes</li> <li>- Espacio para medicación, trabajo, informático y almacenaje material estéril</li> <li>- Espacio para carro de parada</li> </ul>

**Tabla 8. Área readaptación al medio (URPA II)**

Función	Características estructurales
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Restablecimiento de funciones vitales</li> <li>- Retorno a la conexión con el entorno</li> <li>- Evaluación prealta por cirujano y anestesista</li> <li>- Cumplimiento de los requisitos prealta</li> <li>- Información a paciente y familiares</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hospital de día compartido o no</li> <li>- Confortabilidad</li> <li>- Dimensionamiento según actividad (0,75 puestos por paciente y día)</li> <li>- El puesto debe permitir la compañía de familiares</li> <li>- Conexión hospital general (administrat. y física)</li> <li>- Equipamiento de apoyo de control de enfermería:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>•Medicación curas y monitorización</li> <li>•Limpio, sucio, lencería, alimentación</li> </ul> </li> <li>- Espacio de almacén de equipos portátiles</li> <li>- Acceso a la salida con características idénticas a las ya descritas</li> </ul>

diferente que tiene como principal finalidad la calidad y seguridad asistencial en un entorno de comodidad y bienestar del paciente, y de forma secundaria una adecuación del coste-efectividad de los procedimientos quirúrgicos.

## MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO<sup>1,8,9</sup>

1. **Organización:** toda unidad debe contar con un responsable máximo, cuya labor sea coordinar y supervisar las actuaciones propias de la misma. La unidad debe contar con un área administrativa propia y proceso de admisión diferenciado.
2. **Recursos humanos y estructurales:** deben quedar definidos:
  - a. Horario de funcionamiento (quirófano, unidad, personal).
  - b. Circulación dentro de las estructuras (pacientes, familiares y personal sanitario).
  - c. Relación de la unidad con otros servicios (laboratorio, admisiones, plantas de hospitalización)<sup>10</sup>.
3. **Preoperatorio:** la consulta de alta resolución es lo ideal en las unidades de CMA y es a lo que debemos de aspirar, pero no siempre es posible desde el punto de vista funcional y de organización. En los casos en que dicha consulta no se pueda realizar, se debe garantizar al paciente un tiempo de espera mínimo que permita su rápida inclusión en lista de espera quirúrgica (LEQ). No tendría sentido que la valoración de los pacientes llevase más tiempo que su posterior tratamiento. La consulta de alta resolución permite al paciente resolver todo el proceso preoperatorio en el día y es muy bien valorada por los pacientes tal y como se pone de manifiesto en las encuestas de calidad percibida<sup>11</sup>.
4. **Protocolización de los criterios de selección de pacientes y procedimientos de la unidad:** cada unidad debe disponer de su propia cartera de servicios, las carteras de servicio varían de unas unidades a otras en función de la capacitación de los profesionales que la integran, de la tecnología disponible y de la implicación de todo los profesionales en el desarrollo de la misma.
5. **Confirmación de la intervención quirúrgica:** hay que definir quién y en qué momento se deberá contactar con el paciente para confirmar el día y la hora de la intervención quirúrgica. La consulta de enfermería de la unidad 24-48 horas previo a la cirugía llama telefónicamente al paciente para confirmar la fecha de la intervención, así como para valorar posibles suspensiones y o cancelaciones. Asimismo, se le recuerda al paciente que cumpla las instrucciones preoperatorias que le han sido entregadas en la consulta de anestesia.

### 6. Día de la intervención quirúrgica:

Aspectos importantes para tener en cuenta desde el punto de vista de la organización e información del paciente.

- a. Protocolo administrativo de llegada a la unidad.

- b. Horario de llegada y orden de programación.
- c. Preparación genérica de los pacientes.
- d. Preparación específica según patología quirúrgica y técnica anestésica. El día de la intervención el paciente es sometido a los trámites burocráticos del ingreso y en el área de preparación preoperatorio es preparado por la enfermera para posteriormente ser trasladado al bloque quirúrgico. En dicha área la enfermera comprueba el cumplimiento por parte del paciente de las instrucciones preoperatorias, comprueba T.A y temperatura, alergias, que el consentimiento informado este firmado, en definitiva que todo este correcto para que el paciente pueda ser intervenido.
- e. Alta de la Unidad: antes de dar el alta hay que asegurarse que cumple todos los requisitos previos a esta. Se confirmará que en la unidad de readaptación al medio el paciente cumple los criterios de alta como son:
  - \* Constantes vitales estables al menos una hora.
  - \* Marcha estable.
  - \* Ausencia de náuseas y/o vómitos.
  - \* Dolor controlable con medicación oral y evaluada con escala visual analógica (EVA).
  - \* Ausencia de sangrado en el sitio quirúrgico.

El alta del paciente de la unidad conlleva la entrega de una serie de documentos y recomendaciones por escrito, siendo además necesario que estas se comuniquen de forma oral con un lenguaje claro y entendible por el paciente. Estos son:

- \* Informe médico de alta, especificando de forma clara e inequívoca cuándo debe acudir a la consulta de cirugía y enfermería para la revisión postquirúrgica.
- \* Las recomendaciones de cuidados o instrucciones postoperatorias. Se consideran clave todas las recomendaciones relacionadas con los cuidados de la herida quirúrgica.
- \* Medicación necesaria suministrada y/o prescrita. Especial consideración a la pauta de medicación analgésica, ya que el mal control del dolor postoperatorio es una de las principales causas de insatisfacción de los pacientes. Nosotros recomendamos suministrar y/o prescribir toda la medicación analgésica necesaria para al menos los primeros 7 días, incluida la medicación de rescate, junto con un folleto informativo de cómo y cuándo administrarla. Así se evita la variabilidad, se minimizan los errores de prescripción y se facilita la adherencia del paciente al tratamiento.
- \* Documento con el teléfono de contacto directo y permanente con el servicio quirúrgico (facultativo de guardia y secretaria del servicio), que incluya un sistema de alerta para que el paciente utilice en caso de duda

o de presentar alguna de las posibles complicaciones postoperatorias.

La enfermería juega un papel fundamental para explicar y aclarar dudas relacionadas con el informe de alta médico y de enfermería, así como de las instrucciones postoperatorias y la pauta analgésica. Además la enfermería rellena el formulario postquirúrgico donde se verifica que el paciente:

- \* Acepta el alta.
- \* Comprende las instrucciones.
- \* Está acompañado por un adulto responsable que acompañe al paciente a su domicilio y permanezca con él al menos las primeras 24 horas<sup>8,9,12</sup>.

7. Protocolo post-alta hospitalaria. Seguimiento postoperatorio. Uno de los aspectos diferenciales de la CMA es que gran parte del periodo postoperatorio se realiza en el domicilio del paciente. Esto hace imprescindible disponer de un sistema de contacto adecuado que permita una comunicación directa entre el paciente o su cuidador y los profesionales para identificar y resolver precozmente las incidencias que puedan darse tras el alta hospitalaria, de ahí la importancia de la adecuada información oral y escrita a los pacientes, lo que redundará en una disminución de las consultas telefónicas.

Los profesionales de enfermería de la UCMA tienen una labor fundamental, no solo desde un punto de vista asistencial sino también en la mejora de la “educación para la salud” al enseñar al paciente y a la familia a realizar todas aquellas actividades necesarias para su autocuidado en el domicilio y en la mejora de la información. El que, una vez dado de alta de la unidad, el paciente y la familia no se sientan abandonados, va a depender de la capacidad de aclarar dudas y de transmitir todo lo necesario para que este tenga una recuperación segura. Para los familiares del paciente, la CMA supone asumir el papel de cuidador, por lo que las funciones anteriormente comentadas de la enfermería son claves a la hora de realizar los cuidados postoperatorios en el domicilio.

La llamada telefónica a las 24 horas de la intervención la realiza el personal de enfermería de la unidad, siguiendo un cuestionario previamente establecido; el objetivo es mantener la continuidad asistencial, hacer que el paciente se sienta acompañado y arropado por el personal de la unidad y recabar información sobre la evolución de su proceso quirúrgico, permitiéndonos dicha llamada:

- \* Detectar precozmente cualquier potencial complicación. Ante cualquier signo de alarma en la llamada telefónica, la enfermera contacta con el servicio de cirugía para ponerlo en conocimiento de los profesionales y así poder contactar con el paciente.
- \* Aumenta la confianza y seguridad percibida por el paciente, mejorando por tanto el grado de satisfacción.
- \* Nos permite tener una información más veraz de la evolución postoperatoria del paciente.

\* La calidad postoperatoria percibida por el paciente<sup>13,14</sup> depende en gran medida de la ausencia de complicaciones, sobre todo en su domicilio. Estas pueden parecer banales, pero al ocurrir fuera del ámbito hospitalario cobran mayor dimensión, generando en los pacientes y en su entorno familiar una ansiedad importante.

\* La llamada telefónica postoperatoria estandarizada, el contacto directo y permanente con la enfermería y el servicio quirúrgico y el seguimiento en el área de consultas externas, permiten la continuidad de la asistencia de una manera eficiente y segura, evitando que el paciente tenga que acudir a urgencias hospitalarias innecesarias.

### \* EVALUACIÓN DE LA UNIDAD DE CMA

La evaluación de la unidad la realizaremos mediante el seguimiento de un conjunto de indicadores<sup>15-17</sup>, que nos permitirán situarnos en el contexto de otras unidades y valorar nuestra propia evolución. Es fundamental que las unidades dispongan de indicadores de calidad científico-técnica, de eficiencia y de calidad percibida. Deben ser pocos, fiables, fáciles de medir y que sean útiles para gestionar la unidad, introducir acciones de mejora y permitir la comparación con otras unidades de nuestro entorno. No vamos a especificar los indicadores, ya que son objeto de otro capítulo en donde serán desarrollados de una forma más específica.

## CONCLUSIONES

La CMA representa en la actualidad un modelo de atención sanitaria a pacientes quirúrgicos que está considerada de los más eficientes del mundo.

Gracias a los avances tecnológicos en el campo de la cirugía (con procedimientos cada vez menos invasivos) y la anestesiología (con la incorporación de fármacos que permiten una rápida recuperación postoperatoria de los pacientes quirúrgicos), esta modalidad asistencial ha adquirido un gran auge, incorporando al proceso ambulatorio a pacientes con mayor complejidad, tanto desde el punto de vista quirúrgico como anestésico.

Las unidades de CMA son el lugar donde dicha actividad debe ser realizada. Es por ello que necesitamos disponer de unidades bien diseñadas desde el punto de vista arquitectónico y decidir en función de la actividad a realizar, qué tipo de unidad es la más adecuada a nuestras necesidades, pero sobre todo estas unidades deben disponer de un manual de organización y funcionamiento que permita una perfecta coordinación y protocolización de todo el proceso asistencial, lo que redundará en la mejora de la calidad científico-técnica, la eficiencia y la calidad percibida por el paciente durante todo el circuito asistencial.

Estas unidades precisan de indicadores que nos permitan evaluar los aspectos de la calidad anteriormente comentados, e incorporar un ciclo de mejora continua, siendo el objetivo final conseguir que las mismas puedan ser certificadas y/o acreditadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de organización y funcionamiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
2. Porrero JL. Cálculo de espacios, tipos y estructura de las unidades de cirugía ambulatoria. *Mapfre Medicina*. 1997;8(Supl. II):5-10.
3. Porrero Carro JL, Porrero Guerrero B, Bonachia Naranjo O, Capitán Vallvey JL. Cálculo de espacios. Tipos de unidades. Aspectos organizativos. En: Porrero Carro JL, Porrero Guerrero B. Libro Cirugía Mayor Ambulatoria. Eficiencia en la asistencia sanitaria. Madrid: win2win worldwide; 2015. p. 110-41.
4. Martínez-Ramos C. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. I. Diseño del Programa. Aspectos Estructurales. *Serie Medicina*. 2009;1(1):317-27.
5. ASA Physical Status Classification System [Internet]. American Society of Anaesthesiologists; 13 de diciembre de 2020 [Consultado el 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://www.asahq.org/clinical/physicalstatus.htm>
6. Martínez-Ramos C. Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. II. Selección de Pacientes. *Circuito Asistencial*. *Serie Medicina*. 2009;1(1):328-41.
7. Davis JE, Sugioka K. Selecting the patient for major ambulatory surgery. *Surgical and anesthesiology evaluations*. *Surg Clin North Am*. 1987;67(4):721-32. DOI: 10.1016/s0039-6109(16)44282-9.
8. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. Standards for Ambulatory Surgical Centers. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO, 2007.
9. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: estándares y recomendaciones. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
10. Apfelbaum JL, Schreider BD. Outpatient facility and personnel. En: White PF (ed). *Outpatient anesthesia*. New York: Churchill Livingstone; 1990.
11. Dean AF. Fundamentals for success. En: Wetchler Bv (ed). *Anesthesia for ambulatory surgery*. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1990.
12. Leider LK, Mannix PM. Facility planning. En: Wetchler BV (ed). *Anesthesia for ambulatory surgery*. Philadelphia: JB Lippincott Company; 1990.
13. Lemos P, Pinto A, Morais G, Pereira J, Loureiro R, Teixeira S, et al. Patient satisfaction following day surgery. *J Clin Anesth*. 2009;21(3):200-5. DOI: 10.1016/j.jclinane.2008.08.016.
14. Mira JJ, Rodríguez-Marín J, Tirado S, Sitges E. Semejanzas y diferencias entre satisfacción y calidad percibida. *Rev Calidad Asistencial*. 2000;15(1):36-42.
15. Aranaz J, Zarco A, Mira JJ, Arroyo A, Braña J, Calpena R, et al. Conjunto mínimo de indicadores de calidad asistencial para la cirugía sin ingreso. *Todo Hospital*. 1999;159:555-60.
16. Arance M, Pérez M C, Martín-Gil R, Valera F, Docobo F. Indicadores de calidad: Ingresos no esperados y reingresos en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb*. 2009;14(1):20-4.
17. Calle JE, Parra P, Gomis R, Ramon T, San Eustaquio F. Use of the substitution index to identify improvement opportunities in major ambulatory surgery. *Ambul Surg*. 2006;12:159-66. DOI: 10.1016/j.ambsur.2005.11.003.