

Monográfico Cirugía Mayor Ambulatoria

Control postoperatorio tras el alta en CMA

Postoperative control after discharge from CMA

Ramos Muñoz F, Rodríguez Silva C, Cabello Burgos AJ, Martínez Ferriz JA

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Civil. Hospital Regional Universitario de Málaga.

RESUMEN

El seguimiento domiciliario del paciente tras el alta de la UCMA constituye una fase trascendental de la gestión ambulatoria en aras de conseguir la máxima seguridad. Existen diversas opciones para realizar el control postoperatorio, aunque la más frecuente es la llamada telefónica al día siguiente de la intervención, y en días sucesivos si la situación del paciente lo requiere. Los equipos de Atención Primaria también juegan un papel esencial en el control postoperatorio, ya que pueden objetivar y resolver posibles complicaciones. La telemedicina es una herramienta de implantación progresiva, mediante el envío de imágenes a la propia Unidad, permitiendo la valoración de posibles complicaciones y evitando el desplazamiento del paciente.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, control postoperatorio, telemedicina.

ABSTRACT

The home follow-up of the patient after discharge from the UCMA constitutes a transcendental phase of outpatient management in order to achieve maximum safety. There are various options for postoperative control, although the most common is a phone call the day after the intervention, and on subsequent days if the patient's situation requires it. Primary Care teams also play an essential role in postoperative control, since they can objectify and resolve possible complications. Telemedicine is a progressive implementation tool, by sending images to the Unit itself, allowing the assessment of possible complications and avoiding the displacement of the patient.

Key words: Ambulatory surgery, postoperative control, telemedicine.

CORRESPONDENCIA

Francisco Ramos Muñoz
Hospital Regional Universitario de Málaga
29010 Málaga
Doctorfranramos@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Ramos Muñoz F, Rodríguez Silva C, Cabello Burgos AJ, Martínez Ferriz JA. Control postoperatorio tras el alta en CMA. Cir Andal. 2022;33(4):422-425.

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) se ha impuesto en multitud de centros hospitalarios, en los que se ha obtenido el mismo rango de seguridad y buenos resultados que la cirugía con ingreso¹. Uno de los aspectos que más diferencia a este modelo de la cirugía tradicional es que la mayor parte del proceso de recuperación postquirúrgica se realiza en el domicilio del paciente. Este factor define a las unidades de CMA, y es, además, una de las claves en su óptima relación coste-efectividad. El periodo postoperatorio es uno de los puntos que más esfuerzos requiere por parte del personal que interviene en los circuitos de CMA para lograr que la estancia domiciliaria del paciente tras la cirugía transcurra de forma satisfactoria, garantizando condiciones de máxima seguridad.

Es fundamental que el paciente reciba información detallada del proceso a seguir en domicilio una vez se produzca el alta hospitalaria.

A su alta el paciente llevará la siguiente documentación²:

1. Informe médico de alta
2. Informe de enfermería de cuidados al alta
3. Teléfonos de contacto de 24 horas

El paciente debe recibir un informe médico de alta realizado por cirugía-anestesia y un informe de cuidados al alta realizado por enfermería (ICA), en el que deberán reflejar todos los cuidados en relación a su procedimiento de forma general (Tabla 1) y específica del procedimiento al que se ha sometido el paciente (Tabla 2)². El ICA le remitirá electrónicamente a su centro de salud para seguir los cuidados postoperatorios en Atención Primaria. Además, se deben facilitar números telefónicos para atender dudas: la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) de 08-22 h y Salud Responde de 22 a 08 h (SAS).

Tabla 1. Recomendaciones generales al alta

Informe de cuidados al alta hospitalario	
	-Instrucciones postoperatorias por escrito (reposo relativo, evitar actividades que requieran esfuerzos físicos durante primeras 24h)
	-Especificar cuidados de la herida quirúrgica.
	-Tratamiento analgésico cómodo, sencillo, eficaz y seguro desde el principio. Pocos fármacos, de manejo fácil. Analgesia minimizando la sedación, manteniendo el grado de alerta y rendimiento de los pacientes, así como incidencia de náuseas o vómitos.
	-Debe irse a domicilio con la cita de revisión y tratamiento prescrito.
	-Detallar los signos de alarma.
	-Proporcionar teléfono de contacto directo y permanente con la unidad quirúrgica para permanecer vinculado a la unidad hasta completa desaparición de los principales síntomas.

Tabla 2. Recomendaciones específicas al alta

Proceso	Recomendaciones
Pared abdominal (hernias, eventraciones)	Evitar esfuerzos, control del dolor. Uso de faja. Instrucciones de drenajes.
Proctología (Hemorroides, fisuras, fístulas, sinus pilonidal)	Suelen generar dolor importante. Adecuar analgesia y tratamiento de rescate. Evitar el estreñimiento. Vigilar hemorragias y signos de alarma. Valorar necesidad de curas en su centro de salud.
Cirugía supramesocólica (colecistomía y cirugía de hernia de hiato)	Informar sobre dolor abdominal y dolor de hombro derecho primeras 48h por el CO ₂ remanente. Dieta detallada y progresiva. Especificar signos de alarma (ictericia, disfagia, dolor abdominal persistente, fiebre...) Evitar esfuerzos

El alta a domicilio en las unidades de CMA (UCMA) debe estar determinada por una serie de criterios que objetiven una recuperación adecuada del paciente tras la intervención quirúrgica, una vez descartadas las complicaciones propias del postoperatorio inmediato. Así mismo es imprescindible el seguimiento del paciente una vez se encuentra en su domicilio, ante la posible presencia de incidencias tras recibir el alta, como dolor, náuseas y/o vómitos postoperatorios, fiebre o mareo.

Lo más habitual en este sentido es el seguimiento mediante una llamada telefónica a los pacientes en las primeras 24 h o con menos frecuencia, con cita presencial a las 24-72 h posteriores a la intervención (como en oftalmología y dermatología). Estos sistemas han demostrado ser eficaces en cuanto a la detección de complicaciones que puedan requerir intervención por parte de personal sanitario, o bien para reforzar la información que recibió el paciente al alta, lo cual resulta necesario según evidencian algunos estudios¹.

La llamada telefónica debe realizarse a las 24 h por la enfermería de la UCMA con un cuestionario predeterminado (Tabla 3) y tiene como objetivos reforzar la información facilitada, conocer la efectividad de la medicación pautaada, y detectar de forma precoz las posibles complicaciones³. Debe incluirse en su historia clínica electrónica en el apartado de evolución postoperatoria.

Entre los motivos más frecuentes por los que los pacientes necesitan ponerse en contacto con el servicio de cirugía se destacan el dolor (29,6%), el sangrado (16,2%), y la fiebre (11,5%)⁴. En siguiente lugar con un 7,3% las consultas de algún tipo de duda, seguidas de las llamadas por inflamación con un 5,4%, el estreñimiento, y por tener el apósito manchado con un 3,4%. En cuanto al momento en que el paciente

se suele poner en contacto con la unidad, el 73,1% de las llamadas suceden entre el 2º y 8º día⁴.

El control telefónico es, por tanto, una buena herramienta para conocer los problemas más comunes de los pacientes y tiene efecto positivo en la detección y prevención de complicaciones o efectos adversos.

Tabla 3. Cuestionario telefónico 24 horas postquirúrgico

Recomendaciones
Dolor escala EVA
Nauseas/Vómitos
Fiebre
Sangrado
Ingesta de alimentos
Deposiciones
Se dan nuevas recomendaciones postquirúrgicas, se recuerdan fechas de primera cura y retirada de suturas

Los pacientes deben ser revisados para evaluar nuestros resultados y posibles complicaciones (Tabla 4)², usualmente al mes de la intervención.

Clásicamente la revisión ha sido realizada por el equipo de cirujanos de la unidad correspondiente, pero existen diferentes modalidades disponibles en la actualidad:

a) Revisión presencial por el médico de atención primaria (MAP): Procesos que no precisan revisión por especialista (intervenciones comunes, de baja complejidad o de pequeña envergadura, sin complicaciones importantes, y que no han presentado incidencias durante el postoperatorio).

b) Revisión telefónica por cirugía: indicación similar, resultados de anatomía patológica y cuando no es posible la revisión por su MAP.

c) Revisión presencial por cirugía: pacientes con intervenciones que no cumplen los criterios anteriores (intervenciones de mayor complejidad, procesos infrecuentes o de alta especialización, comorbilidad importante, con complicaciones no asumibles por atención primaria o que se prevean que pueden tener alguna desviación relevante del curso postoperatorio normal).

d) Revisión mediante telemedicina.

La telemedicina se define como el empleo de tecnologías de la información y comunicación con la finalidad de proporcionar cuidados y atención sanitaria a distancia, dentro de un circuito multidisciplinar entre MAP, paciente y especialista⁵.

Tabla 4. Revisión Presencial en Consulta

Proceso	Recomendaciones
Pared abdominal (hernias, eventraciones)	Comprobar el resultado del procedimiento y posibles recidivas. Valoración del dolor mediante la escala EVA. Valorar dolor crónico. Complicaciones de la herida: Seroma, hematoma, infección, dehiscencia. Complicaciones testiculares: orquitis, hidrocele, atrofia testicular, lesión del conducto deferente. Valorar alta clínica
Proctología (Hemorroides, fisuras, fístulas, sinus pilonidal)	Evaluar el dolor postoperatorio. Evaluar resultados y posibles recidivas. Descartar complicaciones graves: hemorragia, incontinencia anal, estenosis anal.
Colecistectomía	Descartar complicaciones graves: coleperitoneo por fístula biliar, lesión de la vía biliar, biloma, colección intraabdominal. Valorar herida y descartar eventración del trócar.
Cirugía de hernia de hiato	Descartar disfagia (sólidos y líquidos), plenitud postprandial, alteraciones motoras (nudos), recurrencia del reflujo, regurgitación. Valorar herida y descartar eventración del trócar.

Los sistemas de telemetría (apps móviles, videoconferencias o teleconsultas...) permiten el envío de fotos realizadas por los pacientes que resultan útiles para el seguimiento⁶.

En esta línea se están desarrollando actualmente sistemas de telemedicina para el control postoperatorio mediante imágenes o vídeos enviados por el propio paciente a teléfonos móviles del hospital o a una app móvil, lo que permite también la respuesta diferida según la gravedad del proceso. Estos métodos permiten detectar a tiempo posibles incidencias, resuelven en muchos casos dudas y problemas que pueden surgir y evitan desplazamientos innecesarios de los pacientes a unidades de urgencias, aumentando así la tranquilidad, la seguridad y la satisfacción⁷.

La telemedicina se considera un recurso para superar la distancia que los pacientes deben viajar para recibir atención especializada. Además, algunos estudios sugieren que puede reducir los costes para la sociedad y que los pacientes valoran favorablemente la monitorización móvil postoperatoria⁷. La mayoría de los pacientes mencionan la comodidad (55%), la no necesidad de desplazarse (34%) y el tiempo ahorrado (22%) como sus principales motivaciones⁸.

Hay que buscar nuevas tecnologías accesibles a gran parte de la población, que estén al alcance de todos y permitan el envío de mensajes y fotografías. Deben estar disponibles las 24 h del día sin suponer un gasto adicional para los usuarios.

Existen estudios que informan de una reciente oleada de aplicaciones de telesalud, desde aplicaciones comerciales para teléfonos inteligentes específicas para procedimientos (mHealth) hasta plataformas digitales completas para pacientes instituidas por el gobierno. Estos estudios inciden en la importancia de centrar la investigación en dichas fórmulas, para garantizar una atención universal, de calidad, y segura e incentivar la telesalud⁹.

Hoy día son muchos los centros que han diseñado una aplicación electrónica para el seguimiento. Con esta premisa se desarrolló la sección "Cirugía Mayor Ambulatoria" integrada en la aplicación informática "Salud Responde", perteneciente a la Consejería de Igualdad, Salud, y Políticas Sociales en Andalucía. Se trata de un proyecto apoyado por los fondos FEDER y desarrollado por la Unidad de CMA del Hospital Duques del Infantado, perteneciente al Hospital Virgen del Rocío⁶. Esta herramienta podría ser un recurso útil y disponible para los aproximadamente 200000 pacientes de CMA que se intervienen cada año en nuestra comunidad autónoma.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arance García M, Pérez Torres C, Galafate Andrades Y, Martín-Gil Parra R, Docobo Durantez F. Complicaciones tras el alta a domicilio: seguimiento durante 24 meses en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb.* 2009;14 (2):55-59.
2. Pérez Reyes M, Rodríguez Silva C, Mirón Fernández I. Visita postoperatoria reglada en CMA. En: Turiño Luque JD, Moreno Góngora I, Sedeño Martín G, Martínez Ferriz, A, editores. *Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria*. Málaga: Amazing Books; 2021. p 128-129.
3. Navarro García V, Galafate Andrades Y. Estudio de enfermería en el seguimiento postoperatorio de los usuarios en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb.* 2008;13(2):83-86.
4. Romero Sánchez I, López Barea J, Cordero Ponce M. Seguimiento telefónico de las complicaciones en cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb.* 2009;14(1):12-15.
5. Laguillo Cadenas JL, Echevarría Moreno M. Telemedicina en anestesiología y cirugía mayor ambulatoria: posibilidades y limitaciones. *Cir May Amb.* 2009;14(2):50-54.
6. Arance García M. Seguimiento postoperatorio "on line", una realidad en CMA. *Cir May Amb.* 2017;22(1):1-2.
7. Armstrong KA, Coyte PC, Bhatia S, Semple JL. The Effect of Mobile App Home Monitoring on Number of In-Person Visits Following Ambulatory Surgery: Protocol for a Randomized Controlled Trial. *JAMA Surg.* 2017 Jul 1;152(7):622-627.
8. Soegaard Ballester JM, Scott MF, Owei L, Neylan C, Hanson CW, Morris JB. Patient preference for time-saving telehealth postoperative visits after routine surgery in an urban setting. *Surgery.* 2018 Apr;163(4):672-679.
9. Coppens M, Van Caelenberg E, De Regge M. Postoperative innovative technology for ambulatory anesthesia and surgery. *Curr Opin Anaesthesiol.* 2021 Dec 1;34(6):709-713.