

Monográfico Cirugía Mayor Ambulatoria

Atención primaria y CMA (continuidad entre niveles asistenciales)

Primary care and CMA (continuity between care levels)

Campo Cimarras E^{1,3}, Iturralde Iriso JM^{2,3}

Hospital Universitario de Álava. Álava.
Centro de Salud La Habana. Cuba.
OSI Araba. Vitoria-Gasteiz. Álava.

RESUMEN

La transversalidad y la continuidad asistencial, mediante la comunicación interniveles son la base para mejorar la atención a los pacientes. La Atención Primaria constituye el principio y el final de todo proceso asistencial. La consulta de la Unidad de CMA debe procurar establecerse como de alta resolución y debe incluir la valoración de cirugía, anestesia y enfermería. En ella se debe confirmar el diagnóstico y la indicación quirúrgica, así como aplicar los criterios de selección de pacientes y procedimientos, el consentimiento informado. Igualmente se debe dar al paciente y familiar toda la información acerca del proceso ambulatorio y, en lo posible, la fecha

aproximada de la intervención. El control postoperatorio inmediato y tardío es factible realizarlo desde la Atención Primaria.

Palabras claves: Cirugía Mayor Ambulatoria, Atención Primaria, continuidad asistencial.

ABSTRACT

Transversality and continuity of care, through interlevel communication, are the basis for improving patient care. Primary Care constitutes the beginning and the end of any care process. The consultation room of the CMA Unit should try to establish itself as high resolution and should include the assessment of surgery, anesthesia and nursing. It must confirm the diagnosis and the surgical indication, as well as apply the criteria for the selection of patients and procedures, informed consent. Likewise, the patient and family

CORRESPONDENCIA

Eugenia Campo Cimarras
Hospital Universitario de Álava
01009 Gasteiz, Álava
eugeniacamposcimarras@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Campo Cimarras E, Iturralde Iriso JM. Atención primaria y CMA (continuidad entre niveles asistenciales). Cir Andal. 2022;33(4):xxx-xx.

should be given all the information about the outpatient process and, if possible, the approximate date of the intervention. Immediate and late postoperative control is feasible from Primary Care.

Keywords: Ambulatory surgery, primary care, care continuity.

INTRODUCCIÓN

La **asistencia centrada en el paciente y la transversalidad** son conceptos fundamentales en los que debe basarse la organización y gestión de cualquier proceso asistencial en la actualidad.

El término **atención centrada en el paciente**¹ significa organizar la atención a la salud pensando en los pacientes más que en los que la facilitan. Esta consiste fundamentalmente en integrar a los pacientes y a sus familiares en todos los aspectos de la atención, evitar demoras en el diagnóstico y en el tratamiento de la enfermedad, formar a médicos y profesionales de la salud en habilidades de comunicación y en humanidades, y favorecer una mejor coordinación entre servicios y niveles asistenciales. Es en este último apartado donde entra en juego el concepto de la **transversalidad** y la **continuidad asistencial** con la herramienta de la **comunicación** interniveles como base fundamental para mejorar la atención al paciente.

Existen pocas experiencias a nivel estatal en el ámbito de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) que traten de materializar estos conceptos²⁻⁶, pero todos ellos basan sus programas de CMA en la búsqueda de la calidad y en la mejora de los procesos. Buscan una optimización de las rutas asistenciales de la CMA y una atención centrada en el paciente como persona.

La importancia de esta asistencia también radica en el **alto y creciente volumen de pacientes** que son y serán usuarios de nuestros circuitos de CMA.

El **modelo de continuidad asistencial ideal para CMA**, debería contemplar todos y cada uno de los diferentes apartados que mencionaremos. Además, para su puesta en marcha se puede requerir la elaboración de una guía de práctica clínica adaptada al área de salud específica⁷ o un protocolo de trabajo coordinado⁸.

CONTINUIDAD ASISTENCIAL: DEL DIAGNÓSTICO A LA RESOLUCIÓN DEL PROCESO. CANALES DE COMUNICACIÓN

El comienzo y el final de cualquier proceso con continuidad asistencial ha de ser la Atención Primaria (AP), ya que ésta, es el primer nivel asistencial. Es la AP la que tiene el contacto más directo con el paciente y es en éste donde tenemos que centrar la asistencia. Podríamos decir por tanto que la AP ha de constituirse como el principio y el final de nuestra CMA, por lo que la participación de la AP en los programas de CMA ha de ser activo⁹.

Consulta atención primaria

- Conocimiento, formación y comunicación

* La base del funcionamiento de este proceso asistencial ha de ser el conocimiento. Esto conlleva que los médicos de AP han de

conocer el personal y el circuito hospitalario de la CMA, desde la consulta externa, pasando por la unidad de día y el quirófano, hasta la reanimación postanestésica. Así mismo, los cirujanos de la CMA tienen que relacionarse con el personal de los centros de salud, y tienen que conocer las dinámicas de trabajo de AP. Una vez que ambos niveles tengan conocimiento de la forma de trabajar del otro, se podrán elaborar protocolos conjuntos.

* Sería fundamental adquirir estos conocimientos desde el plan de formación de médicos internos residentes (MIR) y enfermeras internas residentes (EIR). Las rotaciones de residentes de AP en las unidades de CMA, al igual que la rotación de los residentes quirúrgicos en el centro de salud, debería de ser una constante.

* Para realizar diagnósticos preoperatorios certeros y reconocer de forma precoz las posibles complicaciones postoperatorias, es necesaria una formación en la patología quirúrgica específica de CMA en AP. Se debe incluir en esta formación las patologías más frecuentes, las formas de diagnóstico, la indicación quirúrgica, las técnicas quirúrgicas y anestésicas más habituales y las posibles complicaciones tras la cirugía. Estos conocimientos pueden haberse adquirido de forma adecuada durante el periodo de formación como MIR, pero por si no ha sido así, o como refuerzo de lo aprendido en la residencia, lo adecuado sería organizar sesiones de formación en esta patología quirúrgica en los centros de salud, previamente a poner en marcha este proceso. Lo ideal sería que los encargados de impartir esta formación fueran los propios residentes quirúrgicos, o en su defecto, los facultativos quirúrgicos de la CMA. Estas sesiones, además de la formación, facilitarían las relaciones personales entre ambos niveles. Este conocimiento personal beneficiaría el funcionamiento de los circuitos.

* Es también necesaria una formación específica en el funcionamiento de la CMA, circuitos, indicaciones y criterios de inclusión, protocolos, riesgo anestésico, criterios de alta tras cirugía y complicaciones. Debieran ser las unidades de CMA las que ofrezcan esta docencia tanto a residentes como a facultativos de los servicios quirúrgicos y de AP. También hay que asegurar esta formación al personal de enfermería de las unidades de CMA, EIR y enfermería de AP.

* La formación y la elaboración de los protocolos conjuntos permitirá establecer relaciones personales entre los distintos miembros de los equipos, pero también, se han de facilitar y reforzar los canales de comunicación¹⁰ entre el centro de salud y la unidad de CMA. El canal ideal sería una historia clínica común e informatizada con una herramienta bidireccional de interconsultas no presenciales para poder intercambiar información del paciente y consultar dudas de diagnóstico o derivación. La no existencia de este tipo de herramientas no debe ser una excusa para no poner en marcha estos programas, ya que hoy en día, se puede utilizar cualquier otro método de comunicación como teléfono o correo electrónico, asegurándose siempre que se garantiza la confidencialidad de los datos de los pacientes.

- Preoperatorio y derivación

Una vez diagnosticada la patología quirúrgica por su médico de AP, y tras constatar que según protocolo el paciente cumple criterios de inclusión de CMA, se procederá (en los casos indicados)

a solicitar el preoperatorio y se derivará al paciente a la consulta de cirugía. Los **protocolos de pruebas preoperatorias** deben estar adecuados al riesgo anestésico del paciente y se han de difundir desde el servicio de anestesiología, éstos deben ser conocidos tanto por AP como por el servicio quirúrgico. Siempre que sea posible, el **preoperatorio se debe realizar en el entorno de la atención primaria** lo que favorecerá a acercar el proceso al paciente, primando su comodidad y satisfacción. **La derivación a la consulta de cirugía**, ha de ser una derivación específica como paciente de CMA. El médico de AP además de informar al paciente de su diagnóstico, deberá realizar la primera información y acercamiento del paciente al circuito de CMA. Se explicará al paciente que es candidato a cirugía ambulatoria y se solucionaran las dudas iniciales que esta modalidad de cirugía pueda suscitar en el paciente. Si el facultativo o la enfermería de AP es conocedora de los protocolos y de la propia unidad de CMA, podrá solventar todas estas dudas de forma más fácil. Se podría facilitar información escrita al paciente sobre la CMA y la unidad ambulatoria en la consulta de atención primaria y posteriormente se reforzará esta información en la consulta hospitalaria.

Consulta hospitalaria de CMA: alta resolución

Los pacientes derivados desde AP como candidatos a CMA, han de serlo a una **consulta quirúrgica específica de CMA de alta resolución**¹¹, o en su defecto, las agendas quirúrgicas deben tener reservados huecos específicos para este tipo de derivaciones, en las cuales el proceso de alta resolución se complete de igual modo. El paciente será valorado en la consulta por el profesional quirúrgico, se confirmará el diagnóstico de la patología quirúrgica y se realizará la **indicación** de cirugía. Tras las indicaciones preoperatorias y valorar la posible indicación de profilaxis antitrombótica, es el momento de **reconfirmar** que el paciente y la patología cumplen los **criterios de inclusión en CMA** y de incluir en la lista de espera al paciente. También en esta consulta se realizará la **información y firma del consentimiento informado** de la patología específica y se dará un refuerzo de la información del circuito de CMA. Lo ideal sería que el paciente saliese ya de esta cita con la **fecha prevista de la intervención**. En ese mismo momento, y tras esta consulta, el paciente pasará por la **consulta de anestesiología**, donde se realizará la valoración **preoperatoria** y se confirmará que no existe contraindicación anestésica para CMA. De este modo, el paciente ya quedará informado y emplazado a su ingreso en la unidad de día para la intervención quirúrgica en una sola consulta y en un solo desplazamiento a la consulta externa.

Cirugía en régimen de CMA

El ingreso, la cirugía y el alta se realizarán en régimen de CMA manteniendo los estándares y recomendaciones para una cirugía segura y de calidad en CMA.

- Ingreso en unidad de día. Confirmación de consentimientos y pautas preoperatorias.
- Preparación preoperatoria del paciente. Profilaxis antibiótica si está indicada y medicación preanestésica.
- Intervención quirúrgica, realización de informe quirúrgico e informe de alta.
- Paso del paciente a zona de recuperación/hospital de día.

- Alta de la unidad tras cumplimiento de criterios de alta.
- Informe de alta, Información de continuidad de cuidados y medicación postoperatoria.
- Información al paciente del control posterior por parte de atención primaria.
- Enviar informe de continuidad de cuidados o aviso de alta al centro de salud del paciente.

Control postoperatorio en atención primaria

El control del postoperatorio inmediato de la CMA, de forma tradicional, se ha llevado a cabo desde las unidades de día, continuando con un control posterior en consultas externas, bien en una consulta de CMA (si existe) o en la específica de la especialidad quirúrgica.

En este nuevo modelo, este concepto también requiere un cambio. Partimos de la base que las **complicaciones importantes en la CMA no son frecuentes**, las complicaciones mayores son extremadamente infrecuentes¹². Con una formación adecuada y unos buenos canales de comunicación (el centro de salud debe ser informado de la intervención y el alta del paciente) **el control postoperatorio de nuestros pacientes de CMA se puede realizar de forma muy adecuada desde AP**. Lo ideal sería que la **llamada telefónica a las 24 horas** (realizada de forma habitual desde las unidades de día) se haga ya **desde la enfermería de AP**.

La atención ambulatoria es mucho más accesible que la hospitalaria y hay estudios que sugieren que mejorar el acceso a la atención ambulatoria en el período postoperatorio puede estar asociado con una reducción sustancial de readmisiones postoperatorias¹³.

El paciente debe ser informado que el control postoperatorio inmediato se realizará en AP desde la entrada en este circuito. En el centro de salud los profesionales estarán capacitados, tras las formaciones previas, **para resolver la mayoría de las posibles dudas o complicaciones** del paciente. Desde AP se ha de contar con un **canal ágil de comunicación con los profesionales quirúrgicos** en caso de dudas o complicaciones que precisen atención hospitalaria.

El control posterior se puede realizar en la **consulta externa de CMA o del servicio quirúrgico**, aunque no es nuevo que en determinadas patologías puede ser el **médico de AP el que también realice este control más tardío**, resultando innecesaria la consulta con el facultativo quirúrgico¹⁴. La realidad es que muchas veces es el propio paciente el que demanda esta consulta posterior con su cirujano. Es cuestión de tiempo y de educación sanitaria que esta demanda disminuya y el **ciclo de la CMA se abra y se cierre en la AP**.

CONCLUSIONES

- En la actualidad existen herramientas y modelos organizativos que tienen que hacer posible que la transversalidad y la continuidad asistencial sean una realidad en los programas de CMA.
- La puesta en marcha de un programa de CMA se ha de fundamentar en el conocimiento, los canales de comunicación y la

formación de los equipos de atención primaria y especializada para minimizar las complicaciones e incrementar la seguridad del paciente y la calidad de la asistencia.

- La formación en CMA debe ser básica y formar parte de los programas de formación de AP y de las especialidades quirúrgicas. Dicha formación queda totalmente justificada por el volumen que esta actividad supone en el conjunto de la asistencia sanitaria.
- Las consultas de alta resolución han de ser un eslabón más de este proceso que facilitarán el acceso y la comodidad del paciente aumentando la satisfacción de este con todo el proceso de la CMA.
- El control postoperatorio tanto inmediato como tardío es totalmente factible realizarlo desde atención primaria y se ha de insistir en la educación del paciente para que éste no reclame una atención hospitalaria no necesaria en la mayoría de los procedimientos.
- La AP puede y tiene que ser el principio y final de nuestra CMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jovell A. La historia natural de la profesión médica vista por un paciente. *Monografías Humanitas* 2003; 723-32.
2. Rebollo AM, Álvarez I, Fernández L, Arondo MI, Alonso E, Colina A. Integración de Atención Primaria en los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria. Proyecto Kirubide. *CIR MAY AMB* 2017; 22 (4):192-201.
3. Cerdán MT, Sanz R, Martínez C. Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Aten Primaria* 2005;35(6):283-9.
4. Arroyo A, Andreu J, García P, Jover S, Arroyo MA, Fernández A, et al. Análisis de un programa de derivación directa entre atención primaria y especializada en pacientes potencialmente quirúrgicos. *Aten Primaria* 2001;28(6):381-5.
5. Planells M, García R, Marmaneu MJ, Carrau M. Cirugía ambulatoria e integración de primaria. La Cirugía Mayor Ambulatoria integrada en la asistencia primaria o Cirugía Ambulatoria de Alta Resolución (CIAR). Del especialista de CMA al médico de primaria con especial interés en CMA (MAP-E-CMA). *CIR MAY AMB* 2017; 22 (4): 187-191.
6. Noguera JF, Aguirrezabalaga J. La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria. *CIR MAY AMB* 2017; 22 (4): 182-184.
7. Cruz J. Guía de buenas prácticas clínicas guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estada en coordinación con el equipo de la atención primaria de salud. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n5/ms16513.pdf>
8. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria. Protocolos de trabajo coordinado. Disponible en: <http://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2015/06/cirugia.pdf>
9. Beneyto F, Albella B, Batalla M, Clar J, Climent JV, Colás B, et al. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria. *CIR MAY AMB* 2017; 22(4):180-181
10. Cebrià J. ¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? *Aten Primaria* 2005;35(6):383-9.
11. Martínez-Ramos C. Consulta de alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria. *CIR MAY AMB* 2007; 12(3):11-115.
12. Cortiñas M, Martínez L, Tárraga PJ, Sánchez C, Lizán-García M, Palazón MJ. Atención primaria y cirugía mayor ambulatoria. Análisis de incidentes domiciliarios y resultados en el periodo 2003 – 2005. *Medicina General* 2007; 096:290-295.
13. Brown CS, Montgomery JR, Neiman PU, Wakam GK, Tsai TC, Dimick JB, Scott JW. Assessment of Potentially Preventable Hospital Readmissions After Major Surgery and Association With Public vs Private Health Insurance and Comorbidities. *JAMA Network Open*. 2021;4(4):e215503. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.5503.
14. Bailey J, Roland M, Roberts C. Is follow up by specialists routinely needed after elective surgery? A controlled trial. *J Epidemiol. Community Health* 1999;53(2):118-24.