

# Papel de la CMA en las emergencias sanitarias

*Role of the CMA in health emergencies*

Rodríguez Archilla A

Servicio de Anestesia, Reanimación y Tratamiento del Dolor. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

## RESUMEN

La pandemia por Covid-19 ha puesto de manifiesto el papel trascendente de la Cirugía Mayor Ambulatoria para la continuidad de la asistencia quirúrgica en situaciones de emergencia sanitaria, en las que la disponibilidad de recursos se ve limitada. La emergencia sanitaria ha hecho evidente la necesidad de impulsar nuevos modelos organizativos que permitan un consumo de recursos y circuitos asistenciales acordes con los probados beneficios de la CMA. El sostenimiento del sistema sanitario, la disminución del tiempo de contacto con el sistema sanitario, la liberación de camas de hospitalización, y el mantenimiento de gran parte de la actividad quirúrgica son suficientes motivos para asentar la CMA como estructura organizativa prioritaria de la asistencia quirúrgica.

**Palabras clave:** Cirugía Mayor Ambulatoria, emergencia sanitaria, pandemia por Covid-19.

## ABSTRACT

The Covid-19 pandemic has highlighted the transcendent role of Ambulatory Surgery for the continuity of surgical assistance in health emergency situations, in which the availability of resources is limited. The health emergency has made evident the need to promote new organizational models that allow a consumption of resources and care circuits in accordance with the proven benefits of the CMA. The support of the health system, the decrease in the time of contact with the health system, the release of hospital beds, and the maintenance of a large part of the surgical activity are sufficient reasons to establish the CMA as a priority organizational structure for surgical care.

**Key words:** Ambulatory surgery, health emergency, Covid-19 pandemi.

### CORRESPONDENCIA

Ana Rodríguez Archilla  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41013 Sevilla  
[ana.rodriguez.archilla.sspa@juntadeandalucia.es](mailto:ana.rodriguez.archilla.sspa@juntadeandalucia.es)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Arance García M. Analgesia postoperatoria. Manejo de las náuseas y vómitos postoperatorios. Cir Andal. 2022;33(4):477-480.

## INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria tuvo un papel destacado en la reciente Pandemia Covid-19, fue la modalidad asistencial con la que se reintrodujo la actividad quirúrgica programada en los hospitales afectados por la pandemia de COVID-19 en la fase de transición, definida como el periodo entre la fase pandémica y la inter-pandémica.

## ¿CÓMO SE DEFINE UNA EMERGENCIA SANITARIA INTERNACIONAL?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) utiliza el término "emergencia de salud pública de interés internacional" cuando el brote de una enfermedad afecta a más de un país y se requiere una estrategia coordinada internacionalmente para enfrentarlo. Además, debe tener un impacto serio en la salud pública y ser "inusual" e "inesperado".

La decisión final sobre si habrá o no una emergencia de salud pública de interés internacional recae en el director general de la OMS. Con esta medida el principal organismo médico del mundo pretende controlarla, facilitar la cooperación entre distintos países, mejorar el acceso a las vacunas contra la enfermedad y permitir un acceso más rápido a los tratamientos antivirales en todos los países del mundo.

La declaración de una emergencia sanitaria internacional tiene impacto sobre la economía y sectores como el turismo y el comercio se ven muy afectados. A la OMS siempre se le critica por reaccionar demasiado rápido o demasiado lento a la hora de decidir si se emite un estado de emergencia global o no.



Figura 1

De acuerdo con las regulaciones actuales de la OMS, el objetivo principal es contener el brote donde se produjo originalmente. Los países afectados deben proporcionar información transparente sobre lo sucedido y estar preparados para aislar a los pacientes infectados. La OMS coordina y apoya a dichos países para intentar reducir la propagación de la enfermedad.

## ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE HA DECLARADO UNA EMERGENCIA INTERNACIONAL?

Hasta ahora, la OMS ha convocado al Comité de Emergencia en contados casos. Desde 2009 se han declarado 7 situaciones de este tipo. El virus H1N1 (gripe porcina) provocó que fuera incluida dentro de esta categoría en 2009; en 2014 fue la poliomielitis; entre 2013 y 2016 fue el brote de Ébola en África occidental; en 2015 y 2016 fue la epidemia del virus del Zika; entre 2018 y 2020 fue la epidemia de Ébola de Kivu; la penúltima fue la pandemia de covid-19; la última ha sido la viruela del mono.

## PANDEMIA COVID-19

Ninguna de ellas ha afectado a nuestro entorno de la forma en que lo ha hecho la pandemia Covid. Lo primero que debemos asumir es que esta pandemia del coronavirus Covid-19, tiene algunas características únicas, como son la velocidad de su transmisión y su alta letalidad especialmente en los grupos de riesgo. La concentración de la población en las áreas urbanas y la necesidad de los desplazamientos ha permitido que, desde un primer infectado en China el virus haya podido llegar en muy poco tiempo, prácticamente en todos los países del mundo.

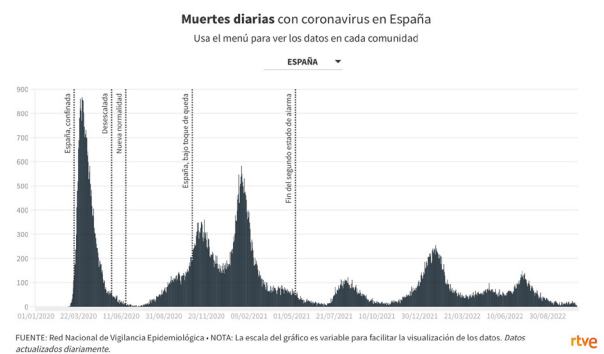


Figura 2

La pandemia nos ha demostrado nuestra vulnerabilidad, ha tenido un efecto disruptivo que ha afectado a la economía, al comercio y a la atención médica en todo el mundo. Durante 2020 y parte de 2021 se cerraron colegios y universidades en más de 124 países, lo que afectó a más de 2200 millones de estudiantes. Aproximadamente un tercio de la población mundial fue confinada y se impusieron fuertes restricciones a la libertad de circulación, lo cual condujo a una reducción drástica de la actividad económica y a un aumento paralelo del desempleo.

Entre las realidades que impuso la crisis de la COVID-19, estaba la necesidad de asignar los recursos sanitarios, posponer los tratamientos electivos y priorizar los procedimientos según la gravedad con el fin de mantener camas hospitalarias suficientes para pacientes infectados, además de preservar los equipos de protección personal y otros suministros médicos. Todo ello provocó que millones de operaciones quirúrgicas fueran canceladas. Como consecuencia se generó un conflicto entre el manejo de la crisis de COVID-19 y la necesidad de atender a pacientes cuyo pronóstico empeoraba debido al retraso de las intervenciones.

## ¿QUÉ PUEDE APORTAR LA CMA EN UNA PANDEMIA SANITARIA?

La CMA ha sido un importante recurso en el reinicio y mantenimiento de la cirugía programada durante la pandemia Covid. Sobre todo han demostrado su utilidad y versatilidad las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria satélites o autónomas, ya son lo más cercano al entorno ideal para realizar intervenciones quirúrgicas en estas circunstancias, debido a que sus circuitos propios y aislados del resto de la actividad facilitan espacios más seguros frente a la infección. Los pacientes y familiares permanecen un corto espacio de tiempo en la Unidad, lo que reduce el número y duración de las interacciones y por tanto el riesgo de transmisión nosocomial.

Hay que destacar que con una potencial capacidad resolutive del 80 % de la cirugía, la CMA se convierte en un elemento clave para, en el momento que la incidencia de casos lo permite en el contexto de una pandemia, reanudar la actividad quirúrgica programada.

### CAMBIOS IMPULSADOS POR LA PANDEMIA

Debemos reconocer que la pandemia Covid 19, con todo el pesar y respeto por los duros momentos sociales y personales que ha provocado, nos ha creado la necesidad de hacer las cosas de diferente forma a como las veníamos haciendo y ha contrarrestado la resistencia que teníamos a utilizar nuevos recursos y nuevos modelos organizativos. Nos ha hecho ver que las cosas no son solo posibles, sino que son necesarias, y que las bases para cambiar estaban ahí y solo hacía falta “algo” para activarlo.

Recordemos que nuestras organizaciones sanitarias ya habían iniciado el camino de incorporar recursos tecnológicos y modelos organizativos propios de organizaciones líquidas, que superan las paredes de los centros y acercan los servicios a pacientes y familias, aproximando cada vez más la asistencia al entorno real del paciente a través de múltiples mecanismos de base tecnológica; la historia clínica electrónica, la receta electrónica y aplicaciones informáticas que facilitan el acceso de los profesionales y ciudadanos a información de gestión y clínica.

Durante la Pandemia hemos visto como el entorno se adapta rápidamente y los puestos tradicionales que hemos vivido, tienen los días contados. La irrupción del teletrabajo se ha producido en todas las áreas, pero esto es solo la punta del iceberg, los sistemas de proceso automatizado están llamando a las puertas para sustituir a los procesos rutinarios.

El impulso y la transformación hacia la atención no presencial se convirtió en primera necesidad. Se activaron todas las estrategias posibles. En los hospitales y de forma inmediata se redujeron las consultas presenciales al mínimo, se potenciaron las telemáticas y se impuso la disminución de la hospitalización para poder asumir los ingresos por enfermedad covid 19. En este contexto la CMA, se reveló como un recurso de gran valor para disminuir el tiempo de contacto con el sistema sanitario, liberar camas de hospitalización, y mantener parte de la actividad quirúrgica.

La telemedicina mejoró el acceso de los paciente y profesionales a los servicios sanitarios mientras que se mantenía la distancia

social, para seguridad de todos. Las consultas telemáticas/ telefónicas, los correos electrónicos, las aplicaciones móviles y los datos proporcionados por los dispositivos móviles se utilizaron para compartir información entre pacientes y profesionales.

La pandemia de COVID-19 ha creado desafíos en la educación, incluida la de los futuros profesionales sanitarios. Durante las fases iniciales de la pandemia, cuando la escasez de equipos de protección individual era común, la mayoría de las prácticas de los estudiantes de medicina fueron suspendidas y la formación de los médicos residentes alterada en favor de la atención a la pandemia.

Además, la pandemia ha impulsado la cirugía mínimamente invasiva que ahorra costes por las estancias más cortas, favorece la recuperación, reduce el dolor y las infecciones postoperatorias.

La alianza entre la cirugía mínimamente invasiva y los progresos en la farmacología y técnicas anestésicas hace que cada vez más procesos puedan incorporarse a la CMA y los pacientes pueden ser dados de alta con seguridad en tiempos muy cortos.

### LA CIRUGÍA DEL FUTURO

La tendencia es el énfasis en adecuar los procedimientos a las necesidades del paciente. Se mejorará la prehabilitación, se trata de que los pacientes quirúrgicos lleguen en las mejores condiciones posibles, físicas y mentales.

Se realizará seguimiento de los procesos quirúrgicos durante la recuperación y rehabilitación para asegurar que sus resultados son evaluados en relación a lo que el paciente considera importante y que afecta a su calidad de vida.

Una nueva generación de robots quirúrgicos más baratos, ágiles y versátiles aumentarán la cirugía robótica, y se estandarizarán sus resultados. Para empezar este camino cada vez más elementos de la cirugía serán semiautomáticos. Hay que señalar que es necesario que estos avances sean asequibles y puedan utilizarse donde sea necesario.



**Figura 3**

La cartera de servicios de CMA aumentará, ya que cada vez menos pacientes serán sometidos a cirugía mayor invasiva, en cambio más pacientes se someterán a procedimientos menores, mejor tolerados por los pacientes frágiles y con comorbilidades. Tratamientos actualmente limitados a pacientes jóvenes y sanos serán posibles en muchas otras cohortes de edad.

Actualmente la mayoría de las intervenciones médicas se realizan cuando el paciente se encuentra mal, y los síntomas requieren una investigación, pero el cuidado de la salud va cambiando hacia la prevención, intervención precoz y autocuidado, lo que revertirá esta situación. Los pacientes van a asumir mayor responsabilidad sobre su propia salud y su mantenimiento.

El uso de datos analíticos, y el amplio acceso a los test genéticos unido a la mejora de las imágenes hará posible la predicción y la medicina personalizada. Los mejores diagnósticos y las intervenciones mínimamente invasiva acortarán los ingresos y facilitarán el acto único.

La interacción personal entre el paciente y el equipo quirúrgico seguirá siendo fundamental. El consentimiento y las decisiones compartidas se definirán más alrededor de las preferencias del paciente y su propia definición de calidad de vida, con el apoyo de los servicios quirúrgicos para poder entender información compleja.

Se generalizará el uso de sistemas de telemedicina y telemonitorización, lo que significa menos personal, menos citas y capacidad para monitorizar el bienestar de los pacientes en su domicilio mediante wearables (llevables), aparatos o dispositivos electrónicos que; ingeridos, como parches adhesivos, incorporados a una prenda o como un complemento de vestir más, interactúan en todo momento y permiten la recogida de datos médicos dentro y fuera del entorno clínico, en todo momento y en tiempo real, facilitando el desarrollo de la medicina personalizada.



**Figura 4**

Una ventaja que, en situaciones de emergencia sanitaria, mantendrá la monitorización necesaria minimizando el contacto entre el personal sanitario y el paciente.

## CONCLUSIONES

Desde el Ministerio de Salud recuerdan que la pandemia de COVID-19 está dejando muchas lecciones y una de las más relevantes es la necesidad de fortalecer la arquitectura global de salud. Por eso, ha subrayado la necesidad de liderar un esfuerzo colectivo para garantizar la salud y el bienestar, para poder hacer frente a amenazas sanitarias futuras.

Es particularmente importante el compromiso de los ciudadanos como socios para asumir un papel proactivo en su salud y atención a través de la salud digital, lo que sin duda facilitará la atención sanitaria en el escenario de futuras pandemias.

En el marco de las emergencias sanitarias, la CMA, que siempre ha construido una vía clínica centrada en el paciente, se vuelve imprescindible como medio para proporcionar una asistencia sanitaria lo más segura y eficiente posible.

Es la primera opción para un gran número de pacientes, que se incrementará con la evolución de las organizaciones sanitarias, el cambio en la relación médico-paciente y las innovaciones en la cirugía y anestesiología, farmacología, tecnologías de la información, genética y robótica.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kibbe MR. Surgery and COVID-19. JAMA. 2020;324(12):1151-1152. doi:10.1001/jama.2020.15191
2. Wei EK, Long T, Katz MH. Nine Lessons Learned From the COVID-19 Pandemic for Improving Hospital Care and Health Care Delivery. JAMA Intern Med. 2021;181(9):1161-1163. doi:10.1001/jamainternmed.2021.4237
3. Docobo Durántez F. Cirugía Mayor Ambulatoria y pandemia por COVID-19. Oportunidad para el cambio. Cir Andal. 2020;31(2):134-35.
4. futureofsurgery.rcseng.ac.uk 2021 Royal College of Surgeons of England. Registered Charity Number no. 212808.
5. Recomendaciones para la programación de cirugía en condiciones de seguridad durante la Pandemia Covid-19. Ediciones 2020 y 2021. [https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID-19\\_CIRUGIA\\_ELECTIVA\\_20210510.pdf](https://www.msccbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/COVID-19_CIRUGIA_ELECTIVA_20210510.pdf)