

EDITORIAL

Papel primordial de la Atención Primaria en la ordenación de la Cirugía Mayor Ambulatoria

Mandatory function of Primary Care organization in the management of Ambulatory Surgery

R. Andrés Lozano¹, J. M. Paricio Talayero²

¹Directora médica. Atención Primaria del Departamento de salud. ²Subdirector médico. Hospital Francesc de Borja. Gandía, Valencia

Autor para correspondencia: planells_mvi@gva.es

Aunque los principios de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se sitúan en torno al inicio del siglo xx, su mayor desarrollo y generalización en el mundo ocurre en los últimos 50 años, con leve retraso en nuestro país, suponiendo un positivo cambio organizativo del sistema sanitario.

La CMA se ha revelado como un modelo asistencial altamente eficiente, generador de ahorro de camas y otros recursos hospitalarios, reductor de la lista de espera quirúrgica y seguro y amable para el paciente, al que se le perturba poco en su quehacer diario.

La CMA ha generado en estos años cambios organizativos y de mentalidad y, para el tema que nos atañe en este editorial, ha acabado “perturbando” indirecta e inadvertidamente las ya de por sí tensas relaciones entre la Medicina Hospitalaria (MH) y la de Atención Primaria (AP), derivadas de una concepción contradictoria desde los ámbitos administrativos y del poder en los que, a la par que se preconiza y ensalza el papel fundamental de la Atención Primaria, se dota y prioriza la inversión económica y el prestigio en la hospitalaria, quizá por no haber logrado trascender enteramente en todos estos años el modelo macro-hospitalario franquista.

¿Cómo han evolucionado en nuestro país las relaciones entre CMA y AP? Inicialmente, como era de esperar entre dos modelos que se ignoran mutuamente y con un cierto menosprecio de la MH hacia la AP, la CMA asume el control del circuito del paciente en su totalidad, desde la selección y remisión, que se hace por el servicio de Cirugía, hasta todo el cuidado posterior y alta definitiva. Es evidente que este modelo no resulta beneficioso para el paciente, pues a pesar del exquisito cuidado que se tiene en las instrucciones al alta de las unidades de CMA, todo no puede ser previsto, con lo que a la incomodidad para el paciente,

que tiene que acabar consultando en urgencias, se añade la tensión creada cuando consulta a su médico o enfermera de AP, que poco o nada saben de lo realizado a dicho paciente. Poco a poco, y ya en este siglo, el sentido común se impone y, quizás de modo unidireccional, de MH a AP, y con escasa participación de AP en las decisiones y protocolos, enfermeras, y también aunque en menor medida, médicos de AP, empiezan a asumir parte de los cuidados postoperatorios, pero siendo peones secundarios en un engranaje de carácter marcadamente hospitalario.

Hay, pues, una gran contradicción en la esencia de las relaciones ente dos sistemas de organización que tienden a evitar la hospitalización innecesaria: CMA y AP. La CMA nace en el ámbito hospitalario y está contaminada de los mismos prejuicios respecto a la AP que la medicina hospitalaria. Probablemente en unidades de CMA más autónomas o independientes del hospital sea más fácil revertir esta situación e incluso servir de guía para modificar los protocolos entre AP y unidades de CMA integradas en servicios hospitalarios.

La necesidad de una integración estrecha entre AP y CMA ha ido abriéndose paso poco a poco en nuestro país; viene recogida de modo claro en el Manual de 2008 del Ministerio de Sanidad y Consumo de estándares y recomendaciones sobre las unidades de CMA y, en el momento actual, disponemos ya de varias iniciativas ejemplarizantes en las que se utiliza un protocolo conjunto en el manejo de los pacientes subsidiarios de CMA, dando un papel protagonista al paciente, pasando ello por que la AP asuma una gran parte del control del circuito de la CMA.

Como ejemplo podemos citar, sin pretender ser excluyentes, el protocolo de trabajo coordinado entre CMA y AP de la gerencia del área de Salud de Badajoz y el proyecto Kirubide, de coordinación en CMA, entre 4 centros de

Salud de la Comarca Ezkerraldea- Meatzaldea-Enkarterri y el Hospital Universitario de Cruces.

Estas iniciativas son el paradigma del futuro en el funcionamiento de la CMA eficiente: la absoluta integración de la AP en la CMA hasta llegar a estar controlado el flujo del circuito íntegramente desde AP; es la AP la que lo inicia, derivando los pacientes, y es la AP la que lo cierra, dándoles el alta.

Para ello son precisas varias premisas no siempre fáciles de obtener:

- Una perfecta interrelación y conocimiento entre profesionales de CMA y de AP.
- Un protocolo común de actuación elaborado entre ambas partes.
- Una mayor independencia o autonomía de la unidad de CMA.
- Una historia clínica integrada.

Ambas organizaciones deben conocerse mutuamente y saber la una de los problemas, funcionamiento y capacidades de la otra. Los profesionales de AP deben conocer bien las premisas, patologías atendidas y funcionamiento de las unidades de CMA, y los profesionales de la CMA deben saber la disponibilidad, horarios y carga de trabajo de AP. El protocolo de actuación no debe ser unidireccional, como tantas veces (de hospital a AP), sino elaborado conjuntamente. Una vez que los profesionales de AP tienen bien definidas las patologías quirúrgicas ambulatorizables y manejan perfectamente los criterios de selección y exclusión para CMA y las posibles exploraciones complementarias previas precisas, pueden remitir directamente a la unidad de CMA a sus pacientes y efectuar el seguimiento posterior y curas necesarias en consulta del centro de salud (enfermera y/o médica). Vale la pena reseñar que el paciente de CMA debe deambular precozmente para su mejor recuperación, por lo que las consultas de seguimiento se realizarán de preferencia en la consulta del centro de salud, no en el domicilio del paciente.

La historia clínica integrada es lo deseable y un arma de gran valor para esta interrelación. Desgraciadamente, en

varias comunidades del Estado se han cometido errores de planificación históricos que han permitido la existencia de diferentes sistemas de historia informatizada para el ámbito de la AP y de la MH, que obligan a la realización de “parches” o puentes informáticos para facilitar la interconexión, no siempre facilitadores del trabajo del profesional.

Los autores de este artículo, desde un punto de vista gestor y convencidos de la necesaria continuidad de los cuidados ofertados al ciudadano, abogamos por un modelo integrador de la asistencia en el que cabe muy bien, y puede ser ejemplarizante, la coordinación entre AP y CMA.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Papaceit J, Olona M, Ramón C, García-Aguado R, Rodríguez R, Rull M. Encuesta nacional sobre manejo preoperatorio y criterios de selección de pacientes en las unidades de cirugía mayor ambulatoria españolas. *Gac Sanit* 2003;17(5):384-92.
2. Arribas del Amo D, Bustos Molina F, Castellet Feliu E, Deulofu Quintana P, Díaz Gómez L, Elía Guedea M, et al. Manejo del paciente quirúrgico ambulatorio en atención primaria. Madrid: Ed. Ergón; 2006.
3. Gilmartin J. Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery. *J Clin Nurs* 2007;16(6):1109-17.
4. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, Estándares y Recomendaciones. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
5. Grupo de trabajo Relaciones Primaria; Especializada CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria. Protocolos de trabajo coordinado. Gerencia del Área de Salud de Badajoz; 2008.
6. Vinson Bonnet B, Juguet F; French National Coloproctology Society. Ambulatory proctologic surgery: recommendations of the French National Coloproctology Society (SNFCP). *J Visc Surg* 2015;152(6):369-72. DOI: 10.1016/j.jviscsurg.2015.10.001.
7. Capitán Valvey JM. Indicadores de calidad actuales en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Revista médica de Jaén*; Marzo 2015.
8. Fernández Gómez-Cruzado L, Rebollo García A, Álvarez Abad I, Larrea Oleaga J, Alonso Calderón E, Alonso Carnicero P, et al. Modelo de integración atención primaria-especializada. Proyecto KIRUBIDE. Comunicación al XXXI Congreso Nacional de Cirugía; Madrid, noviembre 2016.