

ORIGINAL

Recibido: Julio 2013. Aceptado: Julio 2013

Seguimiento postoperatorio telefónico en cirugía ambulatoria

Postoperative telephone follow-up in ambulatory surgery

P. Argente¹, M. J. Alcántara², J. Viñoles³, A. Santisteban⁴, R. de Ramón⁵ y E. Gosalbez⁶

¹Jefe de Sección. Coordinador de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

²Médico Adjunto. Servicio Anestesiología, Reanimación y Terapia del dolor. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia.

³Jefe de Sección. Coordinador de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

⁴Analista de Aplicaciones Informáticas. ⁵Médico Adjunto. Servicio Admisión/Documentación. ⁶Jefe de Sección. Hospital Universitari i Politècnic La Fe. Valencia

Autor para correspondencia: argente_marnav@gva.es

RESUMEN

Introducción: En el contexto de la cirugía ambulatoria (CA) es esencial el control domiciliario del paciente. Nuestro objetivo es revisar los resultados de las llamadas telefónicas estandarizadas domiciliarias, durante un periodo de seis meses, en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de las llamadas telefónicas realizadas durante el primer semestre del año 2013 en la UCSI del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia. Para la gestión de la información aplicamos el modelo basado en patrones de respuesta estimada tras cirugía. Cada paciente es llamado por una enfermera de la UCSI las veces necesarias, según la cirugía y el estado clínico. Se pregunta sobre 7 parámetros básicos y las respuestas son cuantificadas mediante una escala (*score* telefónico), que permite un registro informático de la información.

Resultados: De los 6.076 pacientes que se intervinieron en régimen ambulatorio, tan solo 4.026 precisaron de evaluación, pero solo se contactó con 3.645. Un 90,2 % obtuvo una puntuación mayor de 3 en el *score* y 13 menor de 3. Estos fueron llamados las veces necesarias hasta que consiguieron una puntuación adecuada. De estos 13 pacientes, 6 tenían puntuaciones entre 0 y 3, precisando de un tiempo de llamada medio de 3 minutos y medio perteneciendo 2 al grupo ASI 3, 3 al ASI 2 y 1 al ASI 1. Los 7 pacientes con puntuación menor de 0 requirieron 8,5 minutos de media en cada llamada. De estos 7 pacientes, tan solo uno pertenecía al grupo ASI 3 y los otros 6 al ASI 2.

Discusión: La calidad postoperatoria percibida por el paciente de CA depende en gran medida de la ausencia de complicaciones en su domicilio. Cada tipo de intervención necesita niveles de atención domiciliaria diferentes. La llamada telefónica estandarizada realizada por personal adiestrado permite la continuidad de la asistencia. Son destacables los problemas administrativos para contactar con los pacientes. Los pacientes que necesitaron de atención médica en su domicilio o necesitaron desplazarse a urgencias fueron sobre todo ASI 2. Como era de esperar, los pacientes con peores puntuaciones precisaron de mayor tiempo de atención telefónica. Los pacientes ASI 2 y ASI 3 deberían ser llamados sistemáticamente y en los pacientes ASI 1 la llamada podría obviarse, salvo que se hubiera convenido lo contrario en el momento del alta. El dolor sigue siendo la complicación más frecuente en la fase domiciliaria inicial y determina los *scores* más bajos. Uno de los problemas más importantes que nos hemos encontrado a la hora de explotar la información tardía es la enorme variabilidad en la introducción de diagnósticos y procedimientos a nivel de Documentación Clínica.

Conclusiones: La llamada telefónica estandarizada es una buena herramienta de recogida de información postoperatoria. Sin embargo, es necesaria la unificación de diagnósticos y procedimientos para poder extrapolar los resultados a diferentes ámbitos. Es necesaria una adecuada dotación de recursos humanos y materiales para este seguimiento. El dolor continúa siendo el gran problema en el domicilio de los pacientes de CA. Deberemos continuar con futuros estudios encaminados a disminuir la variabilidad en cuanto a la documentación clínica.

Palabras clave: seguimiento domiciliario, continuidad asistencial, control telefónico, cirugía ambulatoria.

ABSTRACT

Introduction: Patient control at home is essential in ambulatory surgery (AS). Our aim is to analyze the results of the standardized telephone calls made to patients after AS.

Methods: Retrospective study of the phone calls made on the first half of the year 2013 in the AS Unit of a third level hospital. For the management of the information we used a model based on patterns of estimated behavior after AS. Each patient is phoned by a nurse as many times as necessary depending on the type of surgery and clinical morbidities. The patient is asked about 7 basic parameters and the answers are quantified by using a numerical scale (telephone score) that allows a computer register of the information.

Results: Only 4026 of the 6076 patients operated in AS needed a telephonic evaluation, but we were able to only contact 3645. 90.2% of them got a score over 3, and 13 below 3. These 13 patients were recalled as many times necessary until they achieved a correct score. Of the 13 patients, 6 had a score between 0 and 3, with an average time of 3,5 minutes each call, and they belonged to ASI 1 group, 3 of them to ASI 2 and 1 to ASI 1. The other 7 patients with a score below zero required 8,5 minutes on each phone call. Of these 7 patients, only 1 was ASI3, and 6 ASI 2.

Discussion: The postoperative quality perceived by the AS patient depends on the absence of complications at home. Each operation needs different home treatment levels. The standardized phone call made by trained personnel allows the continuity in assistance. We have to highlight the administrative problems we have found to communicate with some patients. Those patients who required medical attention at home or went to the hospital were mainly ASI 2. Just as expected, patients with worse punctuations required more time in the phone calls. Patients ASI 2 and ASI 3 should be phoned systematically and in patients ASI 1 the phone call could be avoided unless other actuation decided at time of discharge of AS Unit. Pain is still the more frequent complication in the immediate postoperative period and determines the lowest scores. One important problem we found is the great variability in diagnosis and procedures that difficult the analysis of the information.

Conclusions: The standardized phone call is a good tool for getting information of the postoperative period. Nevertheless, unification in diagnosis and procedures is necessary to extrapolate results to other areas. An adequate dotation of human and material resources is essential for a correct monitoring. Pain is the main problem of the AS patients at home. Further studies directed towards diminishing variability in clinical documentation are desirable.

Key words: home monitoring, continuity of care, telephone control, ambulatory surgery.

INTRODUCCIÓN

Cada vez se incorporan al campo de la cirugía ambulatoria (CA) procesos y pacientes con mayor grado de complejidad y comorbilidad. Una de las grandes barreras a estas incorporaciones es el control, seguimiento y registro domiciliario del periodo postoperatorio. En el contexto de la CA es esencial el control domiciliario del paciente y el poder valorar su evolución clínica hasta el alta definitiva, o al menos hasta el periodo libre de complicaciones. La recuperación postquirúrgica del paciente continúa en su domicilio, por lo que tanto él como sus cuidadores deben sentirse seguros y saber qué hacer en cualquier momento.

El control y registro de lo que sucede en el domicilio del paciente es necesario para sentar las bases de la calidad ofertada y para lograr una mejora continua, tanto asistencial como gestora. La calidad y la continuidad asistencial van íntimamente unidas, por lo que deberían establecerse criterios de valoración específicos y uniformes para la fase domiciliaria (1,2). Una herramienta relativamente sencilla que se utiliza para obtener datos asistenciales domiciliarios es la llamada telefónica estandarizada, con posibilidad de prolongarla en el tiempo según el proceso y el paciente (3).

Esta forma de continuidad de la asistencia en las unidades de cirugía sin ingreso (UCSI) se realiza de forma habitual desde la última década del siglo xx. En la mayoría de las unidades la llamada telefónica se realiza a las 24-48 horas de la intervención. Mayoritariamente se registra y analiza el grado de satisfacción de los usuarios, así como la aparición de complicaciones. Aunque útil, este registro es insuficiente, ya que las necesidades domiciliarias de los pacientes están por encima de la valoración de estos parámetros. Para detectar dichas necesidades y mejorar la calidad de nuestra asistencia es preciso hacer un registro y seguimiento domiciliario más exhaustivo y prolongado en el tiempo (4). Por otro lado, sería muy conveniente poder predecir cuál va a ser la evolución del paciente durante la fase de recuperación tardía según el procedimiento al que va a ser sometido.

Según la complejidad quirúrgica y la comorbilidad del paciente, en las llamadas telefónicas seriadas o en otros tipos de control postoperatorio, debería estar protocolizado el seguimiento de las pautas analgésicas, antieméticas, higiénicas, etc. Consideramos que es necesario que el paciente permanezca vinculado al hospital, y en concreto a la UCSI, para lograr una continuidad asistencial real, hasta la completa desaparición de los principales síntomas postoperatorios, consiguiendo de esta forma una mejora continua.

OBJETIVOS

Revisión de los resultados obtenidos en las llamadas telefónicas estandarizadas domiciliarias, durante un periodo de seis meses en un hospital de tercer nivel. Mediante una encuesta protocolizada se asigna una puntuación (*score* telefónico) que informa de la evolución de los pacientes. Analizar las causas de una puntuación baja en esta escala. Asimismo, se pretende evaluar la relación entre el *score* telefónico y la incapacidad postoperatoria según la intervención. También se analizará el tiempo que el personal de enfermería dedica a cada llamada, según el *score* telefónico.

METODOLOGÍA

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de las llamadas telefónicas domiciliarias recogidas durante el primer semestre del año 2013 en la UCSI del Hospital Universitari i Politècnic La Fe de Valencia, hospital de tercer nivel con 1.000 camas. Su tasa de ambulatorización es del 70 %, siendo la UCSI un modelo de gestión mixta.

El Servicio de Informática (analista informático, parte técnica) conjuntamente con la Coordinación UCSI (parte clínica) han desarrollado una aplicación informática en JAVA para analizar los datos recogidos en las llamadas telefónicas.

Debido a la importante variabilidad en el registro informático, tanto de diagnósticos como de procedimientos, la Unidad de Documentación Clínica y Admisión (UDCA) ha mejorado la recogida de la información, analizando todos los procedimientos realizados, atendiendo al primer diagnóstico y al primer procedimiento, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 9 MC) (5).

Para la gestión de la información se ha utilizado el modelo de postoperatorio domiciliario basado en patrones de respuesta estimada tras CA. Este tipo de gestión de la información se utiliza, ya que ha sido validada la influencia de las variables pre- e intraoperatorias sobre la respuesta postoperatoria domiciliaria en CA (3), y que un mismo tipo de intervención realizada y gestionada de diferente forma produce un patrón postoperatorio diferente y una respuesta telefónica distinta. La variable *Ambulatory Surgery Incapacity* (ASI) (6) se define como el nivel de incapacidad postoperatoria como consecuencia de la intervención quirúrgica estimada antes de la intervención. Se conocen tres patrones o niveles de ASI altamente predictivos (Tabla I).

Las especialidades quirúrgicas contempladas en el estudio son las propias de la cartera de servicios de la unidad. Las que tienen un número significativo de pacientes son: cirugía

TABLA I

PATRONES O NIVELES DE ASI

ASI 1. El paciente es capaz de realizar las actividades básicas diarias en casa (higiene y nutrición) sin necesidad de ayuda. No es necesario cuidador después del alta. No necesita analgesia o solo paracetamol o similar. Intervenciones tipo son las de oftalmología (cirugía de cataratas), cirugía ortopédica menor (síndrome de túnel carpiano, dedo en resorte, etc).

ASI 2. El paciente es incapaz de realizar las actividades básicas diarias habituales en casa. Tiene un nivel medio de dolor y necesita una combinación de AINES y paracetamol o similar como tratamiento analgésico. Intervenciones como las herniorrafias inguinales simples, umbilicales, lesiones de partes blandas como grandes lipomas, histeroscopias quirúrgicas o similares, artroscopias de rodilla (meniscopatías), hidrocelectomías e intervenciones similares.

ASI 3. Dificultad para la movilidad debido a la existencia de un nivel moderado de dolor. Imposibilidad de realizar las tareas básicas de higiene y nutrición sin ayuda durante tres o cuatro días. El paciente requiere una combinación de analgésicos opioides, AINES y paracetamol o similar y/o infiltración con anestésicos locales de larga duración o dispositivos con infusores de anestésicos o analgésicos. Intervenciones tipo son las de cirugía ortopédica mayor (pie, mano y hombro), laparoscopias ginecológicas o de cirugía general, herniorrafias bilaterales, proctología agresiva como hemorroidectomía (grados III-IV).

general, cirugía ortopédica, cirugía vascular, ginecología, oftalmología, ORL, urología o coloproctología. También se contemplan otras con menor número de pacientes y el intervencionismo sin ingreso (radiología intervencionista, curiterapia, neumología, entre otras).

Cada uno de los pacientes es llamado por una enfermera de la UCSI las veces necesarias, dependiendo del grado de complejidad quirúrgica y de la comorbilidad del paciente. El personal de enfermería UCSI tiene un horario ininterrumpido de 7:30 a 21:30 horas y el control telefónico se ha incorporado como una labor adicional más. Este control telefónico se realiza de forma simultánea a la recogida de los datos visualizando la historia clínica del paciente (Figs. 1 y 2). De este modo es posible controlar la evolución clínica y modificar tratamientos en caso de que los parámetros evolutivos del procedimiento no estén dentro de la normalidad. El personal de enfermería hace las correcciones oportunas según protocolización (tratamientos analgésicos, medidas higiénico-dietéticas, etc.) y en caso de duda consulta con el facultativo responsable de la UCSI, determinando si el paciente necesita acudir a un centro hospitalario o centro de salud. Los datos de las llamadas quedan registrados informáticamente, con análisis de la



Fig. 1. Pantalla de la aplicación informática utilizada mientras realiza la llamada telefónica.



Fig. 2. Pantalla del registro de datos tras la llamada telefónica.

información inmediata y tardía. También se registran los datos de las llamadas que realiza el paciente a la unidad.

En cada llamada el paciente o acompañante contesta a preguntas sobre 7 parámetros básicos (estado general, grado de dolor, tolerancia oral, sangrado, cumplimiento del tratamiento, fiebre y estado de la zona operada) (Tabla II). Las respuestas son cuantificadas por medio de una escala, de forma que el resultado del cuestionario es un valor numérico (*score* telefónico), que permite un registro informático de la información (Tabla III).

La coordinación de la UCSI y la supervisión de enfermería han acordado que sea 3 el límite de llamadas no contestadas asumibles por el personal de enfermería. Si a la tercera llamada el paciente no contesta, se le deja un mensaje en el contestador para que se ponga en contacto con la UCSI.

Para procedimientos ASI 1 habitualmente se realiza una sola llamada a las 24 horas; para procedimientos ASI 2, de 1 a 2 llamadas dependiendo del tipo de paciente, mientras que en los procesos ASI 3 se realizan 3 llamadas a las 24, 48 y 72 horas. En las colecistectomías laparoscópicas existe asistencia de la unidad de hospitalización a domicilio (UHD) durante las primeras 48 horas. También en aquellos procedimientos en los que se considera necesario por el tipo de paciente o de cirugía.

RESULTADOS

La aplicación informática se puso en marcha en febrero de 2012. Desde entonces, se están haciendo variaciones del programa informático determinadas por las necesidades de

los usuarios (personal que recoge la información, personal que la procesa y pacientes).

En el primer semestre del año 2013 se realizaron 6.076 procedimientos UCSI. La tasa de sustitución ambulatoria fue del 71 %, con una tasa de ingresos del 1,5 % y una tasa de reingresos a las 48 horas del 0,065 %.

Durante el periodo a estudio, primer semestre del año 2013, se han intervenido 6.076 pacientes en régimen de UCSI. De ellos, 2.050 no recibieron llamada telefónica: 93 pacientes no debían ser llamados, ya que su destino al alta no fue el domicilio (hospitalización, reanimación, traslado a otro hospital); 961 pacientes sometidas a captación de ovocitos por parte de la unidad de reproducción asistida, a las que no se les realiza el control telefónico porque vuelven al hospital al día siguiente para la realización de la transferencia; 180 pacientes pertenecientes al servicio de psiquiatría a los que se les practica una terapia electroconvulsiva que acuden habitualmente a la unidad 3 veces por semana, estando sus acompañantes en contacto directo con el servicio de psiquiatría; 816 pacientes pertenecientes al resto de servicios, de los que 715 son de urología. Dado el alto volumen de esta especialidad, tan solo se llamó a los pacientes ASI 2 o 3, por no poder asumir enfermería UCSI el alto volumen de pacientes ASI 1.

Se evaluaron telefónicamente un total de 4.026 pacientes, y tan solo se contactó con 3.645, de los cuales:

- El 90,2 % (3.632 pacientes) obtuvieron una puntuación mayor de 3 en el *score*, con una puntuación promedio de 7. La duración promedio de la llamada fue de 1 minuto.

TABLA II

VARIABLES DEL CONTROL TELEFÓNICO

ESTADO GENERAL EG: estado del paciente en el momento de la llamada	2	Tranquilo y/o eufórico. Plena satisfacción de su bienestar. Ritmo urinario normal. Sueño normal
	1	Preocupado por su estado. No muy satisfecho. Cefalea leve. Ha dormido poco pero suficiente. Ritmo de diuresis normal
	0	Ansiedad moderada. Mareado o inquieto. Cefalea intensa. Nada satisfecho. No ha podido descansar. Le cuesta orinar/no tiene ritmo urinario habitual. Estreñido o con diarrea
	-8	Disnea, estupor o palidez con sensación de gravedad. No ha podido dormir. No ha orinado y tiene sensación de malestar intenso por globo vesical
DOLOR D: intensidad del dolor en el momento de la llamada	2	Sin dolor o dolor leve, tanto en reposo como en movimiento
	1	Dolor aceptable que no impide ni el movimiento ni dormir
	0	Dolor moderado, aceptable en reposo, pero importante en el movimiento, altera ritmo de sueño
	-8	Dolor intenso incluso en reposo con el tratamiento analgésico correctamente administrado, acompañado por palidez, sudoración. Bradicardia o taquicardia, hipo-hipertensión
TOLERANCIA T: normalidad de la dieta que realiza el paciente	2	Sin restricciones en la dieta
	1	La dieta viene determinada por la cirugía
	0	Malestar, náuseas o vómitos, tras un periodo prudencial de dieta absoluta. Se incumple dieta propuesta al alta
	-8	Vómitos incoercibles incluso después de una dieta absoluta. No es posible la rehidratación oral
SANGRADO S: intensidad del sangrado durante el postoperatorio	2	No hay sangrado
	1	Sangrado normal en cantidad y ritmo, según la intervención
	0	Crece el manchado del apósito a lo largo de la tarde
	-8	La herida sangra de forma copiosa, empapa y desborda el apósito
FIEBRE	0	Temperatura corporal inferior a 38 °C
	-8	Temperatura corporal superior a 38 °C
ANOMALÍA HERIDA	0	Normalidad en la herida
	-8	Cambios isquémicos en el miembro intervenido, apertura brusca de los puntos o presencia de cualquier cambio que parezca que precise asistencia médica inmediata
CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	0	Cumplimiento del tratamiento y de las dietas
	-2	Incumplimiento del tratamiento o de las medidas higiénicas

- Trece pacientes obtuvieron una puntuación menor de 3 y fueron llamados las veces necesarias hasta que consiguieron una puntuación dentro de la normalidad. De estos 13 pacientes, 6 tenían puntuaciones entre 0 y 3, y 7 menor de 0.

- Los 6 pacientes con puntuación entre 0 y 3 (promedio de 2,33), precisaron un tiempo de llamada medio de 3 minutos y medio. De estos 6 pacientes 2 pertenecían al grupo ASI 3, 3 al ASI 2 y 1 al ASI 1.

TABLA III

PUNTUACIÓN Y ACTUACIÓN ANTE DIFERENTES VALORES DEL SCORE TELEFÓNICO

- 8-4: evolución dentro de los parámetros normales.
 - 3-0: es necesaria una nueva llamada en una hora hasta detectar la mejoría del paciente.
 - Negativo: el paciente necesita asistencia en el domicilio o tiene que desplazarse al hospital.
- De los ASI 3, uno era de cirugía ortopédica mayor (hallux valgus con osteotomía) y otro de coloproctología (hemorroides grado III-IV). Recibieron un total de 3 llamadas cada uno. En la primera llamada en ambos casos se hicieron correcciones en el tratamiento analgésico. El paciente intervenido de hallux valgus con osteotomía había recibido un tratamiento analgésico insuficiente por un error en la prescripción del protocolo UCSI, por lo que se instauró el mismo, con lo que se subsanó esta complicación, pero acudió a puerta de urgencias a las 48 horas por sangrado de la herida, cambiándosele el apósito sin necesidad de ingreso, siendo la tercera llamada correcta. El enfermo de coloproctología presentó la misma complicación que el anterior por dolor, y acudió a puertas de urgencia a las 48 horas por rectorragia postoperatoria con la primera deposición, sin repercusión clínica ni analítica dándosele el alta domiciliaria, y con una tercera llamada dentro de la normalidad.
 - De los 3 pacientes ASI 2, dos (hidrocele y hernioplastia inguinal) en la primera llamada presentan un *score* bajo por dolor, por lo que se cambió el tratamiento analgésico, presentando un *score* correcto a la segunda llamada. El tercer paciente (histeroscopia quirúrgica) fue remitida a puertas de urgencias por metrorragia, se evaluó el sangrado siendo considerado dentro de la normalidad con lo que se envió a su domicilio, la segunda llamada ya estaba dentro de la normalidad. Los tres pacientes recibieron un total de 2 llamadas.
 - El paciente ASI 1 fue un enfermo de oftalmología intervenido de catarata. Presentó una puntuación baja en el *score* por una confusión a la hora de interpretar la sintomatología. Se le envía a la consulta de oftalmología a las 24 horas y en la segunda llamada el *score* ya era el correcto.
 - Los 7 pacientes con puntuación menor que 0 (promedio de -7,57) requieren de 8,5 minutos de media en cada llamada. De estos 7 pacientes, tan solo uno pertenecía al grupo ASI 3 y los otros 6 al ASI 2.
 - El paciente ASI 3 era un enfermo de coloproctología (hemorroides grado III-IV). Recibió un total de

4 llamadas. El *score* bajo fue por dolor intenso, pese al tratamiento analgésico correcto según protocolo, modificándosele dicho tratamiento por parte del facultativo de la unidad a requerimiento de enfermería. Pese a ello acude al centro de atención primaria que lo remite a puertas de urgencia hospitalarias en donde se le atiende por malestar abdominal, se le aplica enema mejorando la sintomatología. La última llamada a las 72 horas ya presenta *scores* correctos.

- De los 6 pacientes ASI 2, 4 recibieron un total de 2 llamadas y 2 recibieron 3 llamadas hasta la resolución de las complicaciones. Tres pacientes pertenecían al servicio de urología, 2 de los cuales presentaron un *score* bajo por alteraciones importantes en la micción. El tercero presentaba un *score* bajo por dolor, asociado a náuseas y vómitos (paciente pediátrico 7 años); telefónicamente se varía el tratamiento analgésico, pero acude a urgencias a las 24 horas por vómitos que se resuelven con tratamiento farmacológico, no requiriendo ingreso hospitalario, siendo el control telefónico de este caso a las 48 horas correcto.
- De los 3 pacientes restantes, uno pertenecía a la unidad de mama (fístula mamaria refractaria al tratamiento), otro a la unidad del dolor (radiofrecuencia de sacroileitis refractaria al tratamiento) y otro al servicio de cirugía vascular (cirugía de varices). Los dos primeros obtuvieron un *score* bajo en la primera llamada por dolor variándoseles el tratamiento analgésico. Los dos obtuvieron *scores* correctos a la segunda llamada a las 48 horas. En el caso de la cirugía de varices la paciente acude a puerta de urgencias de madrugada por sangrado, pero se identifica una crisis hipertensiva, no causada por dolor. Se controla farmacológicamente con antihipertensivos vía oral, se refuerza el vendaje compresivo y se remite a su domicilio siendo el control telefónico final correcto.

DISCUSIÓN

La calidad postoperatoria percibida por el paciente sometido a intervenciones quirúrgicas en régimen ambulatorio depende en gran medida de la ausencia de complicaciones, sobre todo en su domicilio (2-4). 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 (7-9). Se sabe que el control de las complicaciones menores acorta el tiempo de reincorporación a las actividades cotidianas y se ha de tener en cuenta que una complicación menor no es menor para el que la padece. La llamada telefónica estandarizada realizada por personal adiestrado permite la continuidad de la asistencia, ya que el paciente consulta de forma directa las dudas y se evalúan las complicaciones que van surgiendo, solucionándolas en la mayoría de las ocasiones sin necesidad de acudir a urgencias hospitalarias (10,11). Todo ello

repercute de forma directa en el bienestar del paciente, así como en la sensación de seguridad y protección percibida por él y por su familia.

Es bien sabido que cada tipo de intervención necesita niveles de atención domiciliaria diferentes (6). El análisis de las llamadas telefónicas permite obtener información para adecuar los recursos de que se disponen en diferentes niveles de atención: horario y número de llamadas a realizar, tipo de encuesta telefónica, días de atención necesarios para cada tipo de intervención y paciente, personal que debe realizar cada control, etc. (12).

Del análisis de nuestros resultados destacan en primer lugar los problemas administrativos que existen para contactar con los pacientes. En nuestro caso fue imposible contactar telefónicamente con el 9,5% de los pacientes (381 pacientes), bien porque no contestaron a las 3 llamadas, o porque existió algún problema administrativo: no constaba el teléfono del paciente, el teléfono era erróneo o por problemas de conexión de red. Los problemas administrativos fueron, con mucho, los más frecuentes. Esta es una limitación importante a la que debemos tratar de encontrar solución con inmediatez. De poco sirve todo nuestro esfuerzo si no conseguimos contactar con el paciente para obtener información de lo que le sucede en su domicilio.

Distintos autores han definido diferentes patrones de respuesta de los pacientes en las 24-48 horas posteriores a la cirugía (patrones ASI) (6) que permiten predecir con antelación muchas de las complicaciones domiciliarias. Tras la encuesta telefónica el 90,5 % de nuestros pacientes obtuvieron una puntuación mayor de 3 en el *score* telefónico, indicando una evolución dentro de la normalidad. Tan solo 6 necesitaron de una nueva llamada, por tener un *score* entre 0 y 3, siendo la mayoría ASI 2 y ASI 3. Destaca que los pacientes con peores puntuaciones, que necesitaron de atención médica en su domicilio o necesitaron desplazarse a urgencias, eran ASI 2, quizás por el mayor volumen de intervenciones de este tipo respecto a los ASI 3.

Por otro lado, los pacientes con peores puntuaciones (en su gran mayoría ASI 2 y 3) precisan de mayor tiempo de atención telefónica (8,5 minutos de media por llamada), comparados con los que presentan una evolución normal. Analizando estos datos y teniendo en consideración que no existe dotación de personal de enfermería específicamente asignado al control telefónico, se podría concluir que los pacientes ASI 2 y ASI 3 deberían ser llamados sistemáticamente y que en los pacientes ASI 1 la llamada podría obviarse, salvo que se hubiera convenido lo contrario en el momento del alta (12).

Un hecho destacable y a la vez preocupante por ser evitable es que el dolor sigue siendo la complicación más frecuente en la fase domiciliaria inicial y determina los *scores* más

bajos. Aunque en la mayoría de los casos con un cambio en el régimen analgésico los pacientes mejoraron, este hecho no debe dejarnos indiferentes, ya que el control del dolor postoperatorio dependiente directamente del anestesiólogo, indicando la calidad de su actuación médica. Asimismo, la calidad percibida por el paciente en régimen de CA disminuye enormemente con la aparición de esta complicación (2,4).

Uno de los problemas más importantes que nos hemos encontrado a la hora de explotar la información tardía es la enorme variabilidad en la introducción de diagnósticos y procedimientos a nivel de documentación clínica para poder realizar cruces de la información a nivel informático y poder extrapolar los datos. Es por ello que se hace necesario el disminuir esta variabilidad, unificando diagnósticos y procedimientos, hechos en donde tienen papel relevante los cirujanos. Sin una unificación del proceso documental clínico quirúrgico es imposible poder analizar y extrapolar los resultados.

Como conclusiones, podemos afirmar que la llamada telefónica estandarizada es una buena herramienta de recogida de información postoperatoria. Sin embargo, es necesaria la unificación de diagnósticos y procedimientos para poder extrapolar los resultados a diferentes ámbitos. Así, podrá determinarse si es necesario realizarla a todos los enfermos intervenidos o tan solo en determinados procedimientos o pacientes. Para que este control telefónico postoperatorio sea operativo debe dotarse a las unidades de los recursos materiales y humanos necesarios tanto en el área clínica como en el de procesado de la información.

La aparición de complicaciones e incidencias postoperatorias no tiene un carácter lineal, sino que existen variables predictoras que permiten calcular la evolución postoperatoria domiciliaria. Pese a todo el dolor continúa siendo uno de los grandes problemas en el domicilio de los pacientes de CA. La insatisfacción producida por la aparición de complicaciones domiciliarias o la incertidumbre sobre cómo actuar ante una incidencia no esperada pueden ser evitadas si la comunicación con el personal de la UCSI es eficaz. Deben cumplirse los protocolos analgésicos establecidos y consensuados desde la evidencia, sin olvidar que es imposible evitar todas las complicaciones domiciliarias, pero actualmente es posible mejorar tanto en la estratificación del riesgo postoperatorio como en la comunicación con el domicilio de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Viñoles J, Argente P. Pautas de actuación ante situaciones postoperatorias domiciliarias en Cirugía Ambulatoria. En: Ponencias 10.º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA). Oviedo, 16-18 Noviembre 2011, p. 88-90.
2. Seifert PC. Measuring ambulatory care quality. *AORN J* 2008;88(3): 351-3.

3. Viñoles Pérez J. Control de calidad postoperatoria en cirugía ambulatoria. Universidad de Valencia. Facultad de Medicina y Odontología. 2007. Valencia: Publicaciones de la Universidad de Valencia; 2008.
4. Jakobsson J. Ambulatory anaesthesia: There is room for further improvements of safety and quality of care-is the way forward further simple but evidence-based risk scores? *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23:679-81.
5. Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE- 9 MC). 8ª Edición. Enero 2012. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, Secretaría General Técnica. Título original de la obra: The International Classification of Diseases, 9th Revision, Clinical Modification. 1978, Commission on Professional and Hospital Activities, Ann Arbor, Michigan 48705. Los derechos de la versión original han sido renunciados a partir del 31 de diciembre de 1981.
6. Viñoles J, Ibañez MV, Ayala G. Predicting recovery at home after Ambulatory Surgery. *BMC Health Services Research* 2011, 11:269. Doi.:10.1186/1472-6963-11-269.
7. White PF. Multimodal analgesia: Its role in preventing postoperative pain. *Curr Opin Investig Drugs* 2008;9(1):76-82.
8. Schug SA, Chong C. Pain management after ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2009;22(6):738-43.
9. Elvir-Lazo OL, White PF. Postoperative pain management after ambulatory surgery: role of multimodal analgesia. *Anesthesiol Clin* 2010;28(2):217-24.
10. Nodal MJ, Viñoles J, Montón E, Argente P, Traver V. Validation of an m-Health solution for the follow-Up of post-operative patients of ambulatory surgery. EChallenges e-2010 Conference proceedings. Paul Cunningham and Miriam Cunningham (Eds). IIMC International Information Management Corporation, 2010.
11. Jakobsson J. Assessing recovery after ambulatory anaesthesia, measures of resumption of activities of daily living. *Curr Opin Anaesthesiol* 2011;24(6):601-4.
12. Argente P, Viñoles J. Resultados preliminares de un estudio multicéntrico de control domiciliario. Sistema de autoevaluación postoperatoria en cirugía ambulatoria. En: Ponencias 10º Congreso Nacional de la Sociedad Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA). Oviedo, 16-18 Noviembre 2011. 90-91.