

EDITORIAL

Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria

Ambulatory Surgery and Primary Care

F. Beneyto Castelló, B. Albella, M. Batalla, J. Clar, J. V. Climent, B. Colás, B. Gómez, J. Navarro, R. Navarro, F. Ottiz, B. Poveda, V. Roselló, A. Sarrión, M. Tamarit, R. Tomás

Grupo de Trabajo de Cirugía Menor de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria

Autor para correspondencia: planells_mvi@gva.es

En las últimas décadas, la organización de los servicios de salud ha experimentado un proceso acelerado de cambio, caracterizado por la introducción de innovaciones y alternativas asistenciales encaminadas tanto a resolver los problemas de demanda asistencial como a controlar el excesivo gasto sanitario.

En este sentido se han desarrollado e implantando programas que favorecen el proceso de ambulatorización de la asistencia. El futuro de la asistencia hospitalaria pasa por la medicina ambulatoria que, además de permitir a los complejos hospitalarios aumentar la capacidad y la calidad de sus servicios, optimiza los recursos económicos.

Todo lo anterior ha contribuido a la aparición de programas que ofrecen alternativas a la hospitalización convencional, como es el caso, en el plano quirúrgico, de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), que se ha extendido de forma imparable desde principios de los años 90.

La CMA no es exclusivamente una técnica quirúrgica o anestésica, sino que consiste en organizar la asistencia del paciente quirúrgico de forma que aporte ventajas al sistema y beneficios al paciente:

- La CMA posibilita la disminución de la lista de espera quirúrgica (LE) al no depender de la disponibilidad de camas hospitalarias. La existencia de demora sería pues atribuible, entre otros factores, a la excesiva duración del circuito asistencial desde la Atención Primaria (AP) hasta su intervención en la Unidad de CMA.
- En los programas de CMA, el paciente abandona el entorno hospitalario y regresa a su domicilio el mismo día de la operación quirúrgica, disfrutando de las mismas garantías que si hubiera estado hospitalizado y con los beneficios que, como es sabido, ello conlleva.

Para alcanzar ambos beneficios, es fundamental la adecuada selección de pacientes y procedimientos, aplicando los estándares de actuación clínica, y garantizando al paciente

los cuidados y la atención adecuada cuando se encuentre en su domicilio. En estas fases del procedimiento es donde la AP debería jugar un papel importante.

A pesar, como se ha dicho, de la importancia del carácter multidisciplinar de estos programas, y por ende de la parte extrahospitalaria, lo cierto es que desde su implantación, las unidades de CMA han tenido un carácter hospitalocentrista (multidisciplinar, pero puramente hospitalario), habiendo contado en general “poco o nada” en su gestión con los profesionales de Atención Primaria, cuya participación activa, paradójicamente, fue relegada exclusivamente a atención en urgencias, etc.

En los últimos años ha habido iniciativas en algunas comunidades autónomas para integrar y mejorar vías de colaboración entre las unidades de CMA y la Atención Primaria (1-3), así como el propio Kirubide, con evaluaciones en su mayor parte positivas. Algunos estudios (4) concluyen que en determinadas cirugías no complicadas el seguimiento de los pacientes por profesionales de AP es más costo-efectiva y la calidad asistencial en la atención prestada no difiere de la que se hubiera dado a los pacientes en medio hospitalario.

Desde nuestro grupo valoramos positivamente, y creemos conveniente, la participación activa de la AP en los programas de CMA, tal y como ya se hace actualmente en muchos protocolos desarrollados y consensuados entre todos los especialistas implicados en cuidado de los pacientes. Esta colaboración abarca, entre otros aspectos, actividades relacionadas con el preoperatorio (diagnóstico, selección, información, pruebas preanestésicas) y el postoperatorio (complicaciones menores, seguimiento, etc.), contribuyendo a la mejora de los programas de CMA.

En este sentido hay que recalcar que los médicos de AP, como médicos de familia/cabecera, conocen bien a sus pacientes, no solo a nivel de patologías sino también “su entorno social”, lo cual es un valor añadido para la selección de pacientes para CMA. Por otra parte, en el caso de la

Cirugía General, un alto porcentaje de las patologías que se derivan puede ser diagnosticado con facilidad por el médico de AP (3). Igualmente, la atención postoperatoria a los pacientes sometidos a CMA se vería también facilitada si se dieran las condiciones y se llegara a un consenso de participación con la amplia red de centros de Atención Primaria, con una cobertura de 24 horas, extendida tanto en zonas urbanas como rurales, lo cual haría posible una prolongación eficaz/longitudinalidad de la atención a los pacientes en su medio natural. La mayor parte de las complicaciones menores que se producen en pacientes intervenidos en régimen de CMA se pueden, y se deberían, solucionar de forma eficiente en el centro de salud de referencia del paciente. Dicho esto, desde nuestro punto de vista, entendemos importante la participación activa de la AP en la elaboración de los programas de CMA. Este posicionamiento contribuiría a mejorar los circuitos y la gestión de la CMA, colaboraría en hacer más resolutiva la AP, que es lo que pretendemos los profesionales que en ella desarrollamos nuestra actividad y, por último, beneficiaría sin duda a nuestros pacientes, objetivo primordial de todos.

No obstante lo anterior, la actual sobrecarga, burocratización, etc., de nuestras consultas, unido, entre otros factores, a la persistencia de la arraigada idea de la división de la atención sanitaria en “niveles asistenciales” con escasa comunicación entre ellos, proporciona a la mayoría de profesionales una imagen piramidal donde la AP está “abajo”, en la base, y el hospital “arriba”, o peor aún, la visión de un nivel hospitalario y otro “extrahospitalario” como dos mundos distintos sin longitudinalidad, etc. Todo ello origina que los programas no consensuados y sin la percepción de trato “inter-pares”, es decir, consensuados al mismo nivel, sean percibidos por los profesionales de la AP como imposiciones desde estamentos ajenos a la realidad de la AP y sin contar con la opinión sus profesionales (5).

El desarrollo de estrategias “conjuntas” entre los distintos especialistas, el desarrollo de vías clínicas para los procesos quirúrgicos más habituales, así como la inclusión en el programa formativo de los residentes de rotaciones en las diferentes unidades de CMA, factible hoy en día tras el aumento de los años de formación de la especialidad

de medicina familiar y comunitaria, deberían conseguir un progresivo aumento del papel e implicación del facultativo de atención primaria en estos y otros procesos.

Las claves del éxito en la colaboración de la AP-CMA debe basarse en una excelente motivación, que debe nacer, probablemente, del respeto y de la confianza entre las partes involucradas, y fundamentarse en la coordinación y estrecha colaboración entre todos los profesionales implicados, con una comunicación dinámica, abierta y horizontal, que permita llevar a cabo una atención conjunta de los pacientes.

Desde nuestro grupo de trabajo creemos en la necesidad de participar y colaborar en programas de CMA, siempre y cuando se nos dote de los recursos necesarios y se cuente con la AP en la realización de los protocolos adecuados.

La relación personal e institucional que se pudiera establecer con los programas de CMA entre los profesionales de AP y AE, además de contribuir al buen resultado de esta iniciativa, podría facilitar la realización de futuros proyectos que beneficiarían a todas las partes, como disminuir tiempos de pruebas diagnósticas, agilizar interconsultas quirúrgicas, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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. DOI: 10.1157/13073412.
3. Martínez-Ramos C. La Consulta de alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Reduca Seria Medicina* 2009;1(1):342-55.
4. 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.
5. Cebriá J. ¿Mejora la comunicación entre niveles asistenciales? *Aten Primaria* 2005;35(6):383-9.