

EDITORIAL

La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria Ambulatory surgery the new main step of primary care

J. F. Noguera, J. Aguirrezabalaga

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario. A Coruña

Autor para correspondencia: planells_mvi@gva.es

El objetivo del presente trabajo es analizar el nivel de coordinación del proceso quirúrgico realizado en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (CSI) con la Atención Primaria, teniendo como eje del proceso global al usuario que precisa de una intervención quirúrgica por la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, susceptible de ser realizada sin ingreso hospitalario. El área de análisis es la EOXI (Estructura Organizada de Gestión Integrada) de A Coruña, que incluye al Hospital Abente y Lago como centro de realización del proceso quirúrgico sin ingreso y a los Centros de Atención Primaria del Área.

En el año 2011 se crea la Gerencia de Gestión Integrada de A Coruña, que engloba a la Atención Especializada, formada por el CHUAC y el Hospital Virgen de la Xunqueira de Cee, población a 100 kilómetros de A Coruña, y la Atención Primaria, que consta de 3 centros de especialidades, 56 centros de salud, 13 consultorios y 13 puntos de atención continuada.

La población global atendida es de alrededor de 550.000 habitantes. Desde ese momento, a los datos de cirugía sin ingreso realizada en el Hospital Abente y Lago del CHUAC hay que sumar la actividad realizada en el Hospital Virgen de la Xunqueira y en los centros de Atención Primaria.

La EOXI tiene un total de 1.420 camas y 33 quirófanos, realizando al año 52.000 intervenciones quirúrgicas. De estas intervenciones realizadas por las diversas especialidades quirúrgicas, 9.600 se realizaron como Cirugía Mayor Ambulatoria y 18.300 como Cirugía Menor Ambulatoria, con 14.620 de ellas realizadas en centros de atención primaria.

La unidad de cirugía sin ingreso de nuestro Hospital, entonces denominado Hospital Juan Canalejo (ahora Hospital Universitario de A Coruña [HUAC]) comenzó su andadura en el año 1993 y se inauguró con dos quirófanos que iniciaron su actividad en el Hospital Teresa Herrera en horario de mañana. Una de las especialidades que empezaron trabajando en la UCSI fue cirugía general y digestiva, siendo los procesos iniciales las hernias de pared abdominal, sinus pilonidal y pro-

cedimientos proctológicos. El primer año de funcionamiento fueron intervenidos 2.007 pacientes, 875 de los cuales fueron realizados por el servicio de cirugía general. El seguimiento de los pacientes al alta se realizaba mediante llamadas telefónicas y revisión por el especialista en las consultas externas. Además se les concertaba cita con su médico de cabecera/enfermera de cupo para revisión en los primeros días.

En el año 1995, tras la compra del Hospital Militar de A Coruña por parte del Servicio Gallego de Salud, se diseñó allí un área quirúrgica con siete quirófanos que se van a dedicar a CMA y cirugía de corta estancia. Así, se dispone de camas de ingreso y de áreas de preparación de los pacientes, así como salas de incorporación al medio para poder hacer en una misma jornada quirúrgica, pacientes en régimen de corta estancia y de CMA. Este centro hospitalario pasa a denominarse Hospital Abente y Lago en 1998 y a formar parte del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC) en 2011. Desde ese momento será el centro de referencia para la cirugía sin ingreso del complejo hospitalario para todas las especialidades quirúrgicas.

Las especialidades que se benefician de esta área son cirugía general, cirugía plástica, ginecología, traumatología, oftalmología, urología y dermatología. El número de quirófanos utilizados por el servicio de cirugía general ha ido variando a lo largo de estos años, siendo en la actualidad de 16 jornadas quirúrgicas semanales, de entre las cuales 10 son para los procedimientos de cirugía general y 6 para la patología mamaria. De las 10 sesiones de cirugía general, 8 son con anestesiista y dos para procedimientos sin participación directa del anestesiista. En estas sesiones se han realizado tanto procedimientos de corta estancia (6,7 %, con una noche de estancia por norma, con prolongación solo si hay complicaciones), como procedimientos de CMA (53,3 %) y procedimientos de cirugía menor ambulatoria (40 %).

En la Tabla I recogemos el total de pacientes intervenidos en el 2015 en régimen de CMA, agrupándolos por el proceso.

TABLA I

PACIENTES INTERVENIDOS EN 2015		
PROCESOS	CHUAC	CEE
Hernia inguino-crural	420	57
Hernia umbilical-epigástrica	98	28
Eventración	48	5
Procedimientos sobre hemorroides	127	5
Fístula perianal	47	13
Fisura anal	29	8
Sinus pilonidal	85	35
Colecistectomía laparoscópica	41	12
Tumorectomías de mama	93	11
TOTAL 1.162		

ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES ASISTENCIALES

En el año 2011 se crea la EOXI de A Coruña, aunando las Gerencias de Atención Primaria y Especializada del área sanitaria de A Coruña bajo una gerencia única que permita optimizar los recursos disponibles y realizar una gestión por procesos de manera más eficiente, centrada en el usuario. Una de las oportunidades de esta unificación es poder trabajar bajo un modelo de gestión integrador y que facilite la coordinación entre los niveles asistenciales. La relación distante mantenida entre el proceso de hospitalización quirúrgica y la atención pre y postoperatoria ofrecida en la atención primaria debe ir desapareciendo gracias a la creación de canales de información eficaces y creación de protocolos conjuntos de actuación. Los procesos quirúrgicos que más se pueden beneficiar de esta nueva manera de entender los procesos asistenciales son los que se realizan en las Unidades de Cirugía Sin Ingreso (UCSI), dado que son procesos de complejidad menor pero que a veces se realizan sobre pacientes con importantes comorbilidades. Este tipo de actuaciones quirúrgicas pueden trasladar parte de su atención pre y postoperatoria al ámbito de la atención primaria, con el consecuente beneficio para el paciente y el sistema, consiguiendo una mayor eficiencia en la gestión global del proceso.

Siguiendo esta línea de desarrollo se han ido incorporando acciones innovadoras y nuevas formas de actuación relacionadas con la atención al paciente que va a ser atendido en la UCSI de nuestro centro.

En el análisis de la actividad y los circuitos que se han ido desarrollando en el área de gestión integrada, hemos podido encontrar tres momentos claramente diferenciados en la atención al paciente que basculan alrededor del acto quirúrgico: los momentos pre y postoperatorios, cada uno de ellos con sus peculiaridades y sus circuitos específicos, y el perioperatorio propiamente dicho.

El circuito preoperatorio se inicia cuando el médico de atención primaria detecta una patología susceptible de ser tratada quirúrgicamente por el Servicio de Cirugía General en régimen sin ingreso. En ese momento el médico ofrece esta posibilidad al paciente y le dirige hacia una consulta específica. Esta consulta de cirugía puede ser una consulta específica de proctología, de cirugía general o bien una consulta de alta resolución. En función de la patología a tratar y de las comorbilidades que presente el paciente, se iniciará desde el centro de atención primaria una serie de medidas informativas y de actuación encaminadas a preparar al paciente para el proceso quirúrgico.

En nuestra área se crearon en el año 2015 una serie de consultas específicas que iban destinadas a obtener la máxima eficacia en la relación de los distintos niveles asistenciales, y una atención más dirigida hacia el usuario. Se crearon de esta manera la consulta de alta resolución de Cirugía Menor Ambulatoria y la consulta de alta resolución de proctología, consultas que se unían a las ya funcionantes específicas de CMA. En estas nuevas consultas, un 75 % de la agenda se encuentra abierta a la citación directa desde primaria y alrededor del 50 % de los pacientes atendidos ven resuelto su problema de consulta en una sola visita. Esta alta resolución es muy valorada para pacientes que tienen lesiones cutáneas y subcutáneas y problemas proctológicos que en la misma visita al especialista obtienen una evaluación clínica y la resolución a su problema en forma de excisión de lesión cutánea, de biopsia excisional o de resolución de problema anorrectal (esfinterotomía interna en fisura anal, colocación de bandas en hemorroides, biopsia anorrectal, etc.).

Para que el paciente pueda ser atendido de la manera adecuada en este tipo de consultas se precisa una adecuada preparación desde la consulta de primaria en forma de protocolos de dos tipos: por un lado un protocolo de información específica para esa consulta y, por otro, un protocolo específico de preparación según las comorbilidades existentes. El protocolo de información recoge aspectos de acceso a la unidad y localización, así como la necesidad de ayuno preventivo y acompañamiento de un familiar por si se realiza algún procedimiento quirúrgico que precise de anestesia local o sedación. Los protocolos de preparación del paciente se centran sobre todo en dos problemas: el de la anticoagulación y la terapia puente a la cirugía, y el de los problemas médicos concomitantes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, cardiopatías, neumopatías, etc.

La atención del paciente en la UCSI no difiere mucho de la atención usual en una unidad de cirugía sin ingreso. El primer contacto se realiza en la consulta de cirugía general, donde es atendido y derivado desde atención primaria, o desde una consulta de otro servicio de atención especializada, o desde el propio servicio de cirugía general. Esta primera consulta puede ser estándar o de alta resolución. Si la consulta es estándar el paciente se resolverá con un alta desde la consulta porque no precise mayor valoración, con una consulta de revisión para seguimiento o con una inclusión en lista de espera para la realización del proceso quirúrgico diagnosticado.

En el caso de ser atendido en una consulta de alta resolución, el paciente podrá seguir además una vía adicional, que

es la resolución del problema con la realización del procedimiento quirúrgico menor en la misma mañana. Habitualmente este proceso de alta resolución con procedimiento quirúrgico genera una visita de revisión y seguimiento que puede ser realizada en atención primaria o en la propia unidad según la necesidad. Los procedimientos quirúrgicos más habituales son la extirpación de lesiones cutáneas y subcutáneas, las biopsias excisionales e incisionales, la colocación de bandas en hemorroides y la esfínterotomía lateral interna en la fisura anal. En todos ellos se procede a realizar una adecuada información en la consulta (en tramo horario de 08:30 a 10:30) con obtención del consentimiento informado modificado para alta resolución. Los pacientes que consienten son citados a continuación en la sala de procedimientos a partir de las 10:30 y se realizará el procedimiento indicado con administración de anestesia local y posibilidad de sedación superficial con medicación intravenosa, pero sin participación del anestesista. La sala de procedimientos donde se realiza esta cirugía menor ambulatoria se halla en la misma planta del quirófano general del centro, y a menos de cien metros de la unidad de reanimación y de la unidad de hospital de día, desde donde se puede dar soporte al equipo en caso de una urgencia clínica durante el proceso.

Los pacientes que son intervenidos en esta modalidad de alta resolución deben venir acompañados y en ayunas, motivo por el cual es de vital importancia la información del proceso desde la consulta de atención primaria, así como la preparación en casos de anticoagulación o de existir patología como la diabetes mellitus. Los pacientes que son incluidos en lista de espera seguirán el circuito que se indique por el cirujano, bien con o sin anestesista y con o sin ingreso. Si se precisa de la participación del anestesista tendrá una evaluación preanestésica en la consulta de anestesia. La espera media para la resolución del proceso con participación del anestesista es de alrededor de 75 días en nuestro centro.

En el circuito postoperatorio se ha establecido un aviso informático que notifica a su Enfermera del Centro de Salud que el paciente ha sido dado de alta tras un contacto con la atención especializada que ha requerido intervención quirúrgica. Este programa funcionó inicialmente para las altas hospitalarias y se ha iniciado recientemente para los pacientes intervenidos quirúrgicamente de esta especialidad. Para el seguimiento postoperatorio el paciente tiene el teléfono de contacto del centro donde se ha intervenido y puede consultar telefónicamente con un cirujano de guardia localizado. Al día siguiente de la cirugía será contactado telefónicamente como es costumbre desde la unidad de CMA del hospital y se cumplirá el protocolo específico

del centro. Durante esas 24 horas se activa la alarma en el ordenador de la consulta de enfermería de su centro de salud y su enfermera del centro le contacta por teléfono a las 48 horas y valora el curso postoperatorio del paciente y, si necesita valoración en su consulta, programándole la cita y notificándole en el mismo acto.

Este seguimiento en atención primaria es fundamental para monitorizar el correcto curso evolutivo del proceso y realizar una detección precoz de posibles complicaciones. En la mayoría de los casos simplemente se trata de hacer un recordatorio de los consejos dados en la unidad de cirugía, así como de las recomendaciones del protocolo específico en los casos concretos en que se haya precisado. De vital importancia es la valoración de la herida quirúrgica, la retirada de las suturas aplicadas y las curas postquirúrgicas que se precisen.

Desde la consulta de Enfermería el paciente será citado en la consulta del Médico de Atención Primaria, quien valorará si se precisa incapacidad laboral y su duración. En todo este proceso postoperatorio el paciente podrá ser atendido en la consulta de alta resolución de cirugía si se precisa nueva valoración por desviaciones del correcto curso postoperatorio o en las urgencias quirúrgicas si no se puede esperar a la siguiente consulta (espera máxima de 48-72 horas).

DISCUSIÓN

Cada vez es más necesaria la interrelación entre niveles asistenciales, poniendo al paciente en el centro del proceso. Dentro de un sistema cada vez más deshumanizado para el usuario y con dificultades crecientes para satisfacer las expectativas del paciente (crecientes día a día), la creación de subsistemas que permitan el desarrollo de una microred asistencial que funcione de manera óptima es necesaria. La cirugía sin ingreso y la cirugía de corta estancia son muchas veces menospreciadas por los servicios de cirugía, hecho que se potencia si hablamos de la cirugía menor ambulatoria. Pero para el paciente es en ese momento su problema de salud y tiene tanta importancia como otro proceso mayor para otro usuario. Es por ello que la cirugía menor y mayor ambulatoria, la cirugía sin ingreso, debe ir integrándose en una escalera donde el proceso quirúrgico es un eslabón de la atención primaria y básica del paciente.

Sin duda, la creación de un subsistema de atención primaria y especializada quirúrgica que tenga un alto nivel de interrelación e integración, es una necesidad en nuestros días para optimizar la eficiencia del sistema, optimizar los recursos y mejorar la satisfacción del paciente.