





**ORIGINAL** 

Recibido: Octubre 2016. Aceptado: Noviembre 2016

## Integración de Atención Primaria en los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria. Proyecto Kirubide

Integration of primary health care in outpatient surgery programs. Kirubide project

A. M. Rebollo García, I. Álvarez Abad, L. Fernández Gómez-Cruzado, M. I. Arondo Kareaga, E. Alonso Calderón, A. Colina Alonso

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Cruces. Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces

Autor para correspondencia: antoniom.rebollogarcia@osakidetza.eus

## **RESUMEN**

Introducción: Kirubide busca mejorar la cooperación entre las asistencias hospitalaria y extrahospitalaria en procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), aprovechando herramientas como la historia clínica electrónica única y la consulta no presencial, a fin de proporcionar una asistencia de calidad centrada en las personas.

**Objetivos:** Crear una ruta asistencial de CMA en la que una mayor colaboración con Atención Primaria (AP) en el arranque y continuidad del proceso permita simplificar la actividad preoperatoria y la programación quirúrgica, así como optimizar el seguimiento hasta el final del episodio clínico. Este objetivo se puede evaluar en términos de espera quirúrgica, satisfacción e inadecuaciones.

Metodología: Población: pacientes con determinadas patologías susceptibles de CMA (hernia, tumor de partes blandas, quiste sacro). Despliegue progresivo hasta abarcar ocho de las Unidades de Atención Primaria de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

Intervenciones: 1. Promover que Atención Primaria participe en la selección de pacientes, puesta en marcha del circuito preoperatorio, asistencia en el postoperatorio y seguimiento hasta el alta. 2. Coordinar las consultas de Cirugía y Preanestesia en un mismo día, acordando con el paciente la fecha de intervención. Acciones: constituir un grupo de trabajo, efectuar el despliegue progresivo del plan piloto programando sesiones informativas en los centros de salud, implementar la consulta no presencial AP-CMA, coordinar las consultas hospitalarias.

Indicadores: demora en lista de espera quirúrgica, tiempo de espera preoperatorio total, satisfacción de pacientes y profesionales, suspensiones y cancelaciones, ingresos no planificados, pacientes incluidos sin indicación.

Resultados: Ha participado el cuarenta por ciento de los médicos de AP del área de despliegue y desde septiembre de 2014 a agosto de 2016 han sido remitidos 150 pacientes e intervenidos 114. El promedio de días en lista de espera quirúrgica ha sido de 15,5 y desde la primera consulta con el médico de AP hasta la intervención, 43, con un grado de satisfacción por parte de pacientes y profesionales por encima del 90 %. Se han registrado seis ingresos no planificados (5,3 %) y una cancelación de la cirugía (0,9 %). En tres pacientes (2 %) se llevaron a cabo las pruebas y consultas preoperatorias sin indicación. Entre las dificultades surgidas se destacan: mayor carga de trabajo para AP, dudas en la selección de pacientes y dificultades para la coordinación de las consultas hospitalarias. Conclusiones: Pese a lo limitado en la expansión del programa Kirubide, los resultados en cuanto a tiempos de espera y satisfacción son alentadores, aportando beneficios tanto para el paciente (simplificación del circuito) como para los profesionales (integración) y la organización (aprovechamiento de recursos). Este diseño puede abrir camino a oportunidades de colaboración entre AP y otras especialidades quirúrgicas.

Palabras clave: Integración de sistemas, Atención Primaria, Cirugía Mayor Ambulatoria, derivación.

## **ABSTRACT**

Introduction: Kirubide is trying to improve the cooperation between hospital and non-hospital care in Cirugia Mayor Ambulatoria/Major Outpatient Surgery (CMA is the Spanish abbreviation) procedures by using tools such as the unique electronic health record and remote consultations for the purpose of providing quality care focused on patients.

Objectives: Create a medical care route in CMA where a greater collaboration with Primary Care (PC) at the beginning and subsequently during the process allows simplifying the pre-operation procedure and the surgery schedule as well as optimising the follow-up process to the end of the clinical event. This objective can be evaluated in terms of the time waited until surgery, satisfaction and shortcomings.

Methodology: Population: patients with specific pathologies requiring CMA (hernia, soft tissue tumour, sacral cyst). Progressive deployment until covering eight of the Primary Care Units of the Organización Sanitaria Integrada (Comprehensive Care Organization) Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.

Interventions: 1. Promote that Primary Care participate in the selection of patients, initiating the pre-operation circuit, post-operation care and monitoring until discharge.

2. Coordinate the Surgery and Pre-anaesthesia appointments to occur on the same day and scheduling the surgery date with the patient.

Actions: create a Working Group, carry out a progressive deployment of the pilot plan by scheduling informative training sessions at Medical Centres, implement remote consultations PC-CMA, coordinate the hospital appointments.

Indicators: delay in the surgery waiting list, total pre-operation waiting time, patient and hospital staff satisfaction, suspensions and cancellations, unscheduled admissions, patients included that have been improperly referred by the primary care doctor.

Results: Forty percent of the PC Doctors from the deployment area have participated. Between 2014 September to 2016 August, 150 patients have been referred and 114 have undergone surgery. 15.5 days was the average number of days on the waiting list and 43 days elapsed between the first appointment with the PC Physician and the surgery, with a patient and medical staff degree of satisfaction above 90 %. Six patients (5.3 %) were admitted that were not scheduled and one surgery was cancelled (0.9 %). Three patients (2 %) were subjected to tests and attended pre-operation appointments that had not been properly referred by the primary care doctor. The following difficulties encountered are worth mentioning: increased workload for PC, doubts in the selection of patients and difficulties coordinating hospital appointments.

Conclusions: In spite of the limited deployment of the Kirubide programme, the results in terms of waiting times and satisfaction are encouraging, providing benefits for patients (simplifying the circuit), medical professionals (integration) and the organisation (maximising the use of resources). This design can lead the way to collaboration between PC and other surgical specialities.

Keywords: Systems integration, primary health care, outpatient surgery, day surgery, referral.

## INTRODUCCIÓN

## Mejora de los procesos

Siguiendo el paradigma de A. Donabedian (estructura, proceso, resultados), la dimensión más adecuada para evaluar la calidad de los cuidados en los procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se basa en criterios de mejora de los procesos (1).

Estas mejoras son acciones que se toman en una organización con objeto de aumentar la eficacia y eficiencia de los procesos (acortándolos y eliminando defectos) para aportar beneficios añadidos tanto a sus clientes (satisfacción) como a la Organización (utilización de recursos).

La mejora de los procesos en CMA se traduce en la optimización de las rutas asistenciales buscando una atención centrada en el paciente como persona y no solamente en los resultados clínicos.

La técnica para conseguirlo sería poner en marcha un "ciclo de mejora" (Palmer): identificar los fallos, analizar las causas, implantar acciones correctoras y evaluar los cambios.

## Planteamiento del problema

- Situación de partida: dentro del Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Cruces (HUC), la Cirugía Mayor Ambulatoria se considera una actividad integrada. Es llevada a cabo de forma preferente, pero no exclusiva, por una de sus unidades o equipos (Unidad CMA). Los procedimientos susceptibles de ser realizados sin ingreso son llevados a efecto con o sin hospitalización por otros equipos. La CMA no cuenta con un flujo de pacientes independiente ni un circuito, quirófanos o anestesistas específicos. No obstante, el hospital dispone de estructuras adecuadas (sala UCSI, con camas de recuperación postanestésica y zona de readaptación al medio) y los pacientes son dados de alta en el día tras la evaluación de seguridad. El ámbito geográfico del HUC es de alta concentración poblacional, donde las distancias son reducidas y hay buenas comunicaciones.

La participación de Atención Primaria (AP) en los procesos de cirugía sin ingreso es la misma que en el resto de procedimientos quirúrgicos, limitándose a las tareas de remisión del paciente al especialista correspondiente del área tras una primera impresión diagnóstica, asistencia urgente (si precisa) tras la intervención, seguimiento ambulatorio en el postoperatorio y emisión del alta laboral en su caso.

- Circuito asistencial CMA: (Figura 1).
- Datos: podemos aportar cifras relativas a hernias, quistes sacros y tumores de partes blandas (cirugía mayor) del periodo de septiembre de 2013 a agosto de 2014 (Servicio de Documentación y Archivos, HUC):
  - Total de pacientes intervenidos: 598.
  - Intervenidos por CMA: 287.
  - Demora media en lista de espera quirúrgica (LEQ): 73 días.
  - Tiempo total desde consulta AP a intervención (POT): 101 días.

Respecto a la calidad podemos afirmar que los indicadores (2) que afectan a la seguridad del paciente (tasas de morbilidad, reingresos e infecciones), rendimiento de quirófanos y coordinación profesional cumplen sobradamente los estándares. En cambio, las tasas de ambulatorización, sustitución, suspensiones, pernoctas e indicadores de calidad percibida, aun sin disponer de bases sólidas documentales, consideramos, por experiencia, que son mejorables.

## Justificación de la propuesta

- Análisis de la situación: en el circuito asistencial actual hemos encontrado unas oportunidades de mejora:
  - La selección de los pacientes y la información que se les suministra por parte de los cirujanos extrahospitalarios no siempre son llevadas a cabo de forma adecuada.
  - La programación quirúrgica se basa en la información que se obtiene de la historia clínica (elaborada en su

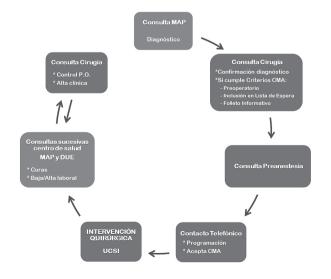


Fig. 1. Cirtuito asistencial de CMA.

- mayor parte por cirujanos ajenos a la actividad de CMA) y la aceptación telefónica por parte del paciente.
- La unidad de CMA no tiene habitualmente contacto con el paciente antes de la intervención.
- La asistencia en el postoperatorio es similar a cualquier otra alta hospitalaria, y el final de proceso asistencial precisa una nueva consulta al cirujano para el alta clínica.
- Las tasas globales de ambulatorización y sustitución dependen no solo de la actividad de la Unidad de CMA, sino del reparto de pacientes dentro del servicio.
- De la misma manera, las tasas de suspensiones y pernoctas tienen relación en parte con la estructura asistencial y la participación de otros actores en el circuito operatorio.
- Pero, por otro lado, consideramos que la duración total del proceso, la demora en la lista de espera y la satisfacción global pueden ser mejorables y que podemos aportar iniciativas para disminuir el número de suspensiones y de ingresos no programados.
- Conclusión: aunque nos consta que llevamos a cabo una CMA segura, estamos lejos de cumplir las "Diez recomendaciones clave" del European Observatory on Health Care and Policies (3), y consideramos poco realista, a día de hoy en nuestro medio, esperar cambios estructurales que nos hagan avanzar en su consecución.

En todo caso, en la Unidad CMA opinamos que nuestros pacientes, para resolver patologías banales, disponen de un circuito asistencial largo y complejo que puede interferir de forma notable con su situación personal y distorsionar su círculo vivencial (familiar, laboral, etc.).

Establecer una ruta más sencilla, mejor coordinada y más cercana entre paciente y profesionales puede representar un salto significativo en eficiencia y satisfacción.

## Propósito y método

En relación con la revisión del Contrato de Gestión del Servicio de Cirugía General y en línea con los *Objetivos Estratégicos del Hospital Universitario Cruces 2014-2016* (*OE1 Añadir valor al paciente, mejorando su satisfacción y su seguridad*, y otros) nos propusimos mejorar el proceso operativo en los procedimientos de CMA que se llevan a cabo en nuestro servicio, incidiendo fundamentalmente en las actividades pre y postquirúrgicas del proceso asistencial.

De esta manera esperábamos obtener beneficios tanto para los pacientes como para los profesionales y la organización que supondrían una mejora en la calidad de la atención.

El *objetivo principal* (general: técnico o estratégico) sería implementar una nueva ruta asistencial para nuestros pacientes de CMA basándonos en una mayor cooperación entre atención primaria y hospitalaria y una mejor coordinación de las tareas preoperatorias.

Como *objetivos secundarios* (específicos: resultados a obtener): evaluar los indicadores de proceso y resultados conseguidos con esta ruta: plazos preoperatorios, suspensiones, ingresos, satisfacción y utilización de recursos.

La estrategia para su puesta en marcha consistió en dar forma a un plan piloto al que llamaríamos KIRUBIDE ('kiru-' del prefijo de cirugía o quirúrgico, 'bide' camino, vía) que no descuidara los "elementos básicos del enfoque de mejora": liderazgo, equipos de trabajo, proceso de mejora continua (ciclo de Deming) (4).

## IMPLEMENTACIÓN 1. PLANIFICACIÓN: DISEÑO DEL PROGRAMA

#### **Elementos**

## - Material y medios:

- Ámbito: como proyecto piloto se trataba de implantar el programa presentándolo en los centros de salud de Portugalete (tres) y extenderlo de forma progresiva al área asistencial del HUC.
- Sujetos: se seleccionaron tres patologías concretas de alta incidencia, diagnóstico sencillo e indicación quirúrgica clara (hernias, tumores de partes blandas, sinus pilonidal) susceptibles de CMA (adultos).
- **Apoyos:** herramientas informáticas de integración (TIC): la historia clínica electrónica única y la consulta no presencial (CNP).

#### - Acciones:

- Plan: se propuso la creación de un grupo de trabajo con representantes hospitalarios y extrahospitalarios y un calendario de actividades de difusión, y se solicitó el apoyo institucional como Proyecto Bottom-up (Departamento de Salud. Gobierno Vasco).
- Alianzas: direcciones médicas y de enfermería de área y hospital, unidad de gestión de consultas.

## Método

## - Intervenciones:

- Potenciar una participación más activa de Atención Primaria en procedimientos de CMA, tanto en el inicio del proceso asistencial como en su seguimiento y conclusión. La idea era proporcionar a los médicos de AP los criterios de selección de pacientes para que pudieran informar del procedimiento, solicitar las pruebas preanestésicas y realizar una consulta no presencial a la unidad de CMA a fin de remitir el caso. En el postoperatorio, además de asistir las complicaciones precoces, médicos y enfermeras podrían contrastar incidencias y pautas con la unidad y realizar el seguimiento hasta el alta coordinadamente con los especialistas hospitalarios.
- Simplificar los pasos preoperatorios y facilitar la programación de la intervención de acuerdo con el paciente.

- El procedimiento suponía que, una vez respondida la CNP, se contactaría con el paciente y se acoplarían en una misma fecha las consultas de preanestesia y cirugía (esta en la unidad de CMA), y ese mismo día se podría acordar personalmente con el paciente la programación de la intervención según sus necesidades y nuestra disponibilidad.
- Diagrama del proceso (Figura 2): un puntal funcional del proyecto consistía en reforzar la colaboración entre Atención Primaria y Unidad de CMA, de forma que se actuase, para estos procedimientos, como una unidad médico-quirúrgica: consensuar protocolos, facilitar reciclajes, resolver dudas o acordar pautas de cuidados postoperatorios. Se invitó a médicos y enfermeras a compartir la actividad con la Unidad CMA en medida de su disposición e interés.

## Medición

- Variables e instrumentos: se seleccionaron una serie de indicadores para evaluar la efectividad del programa que podían mejorar significativamente, otros que pretendíamos mantener en los estándares y uno de eficiencia de su ejecución (Tabla I).
- Registro de datos: hoja de Excel de recogida de datos de la Unidad CMA.

## IMPLEMENTACIÓN 2. EJECUCIÓN: DESPLIEGUE DE LA ESTRATEGIA

## Puesta en marcha

El programa se puso en marcha en la primavera de 2014 como plan piloto con expansión progresiva.

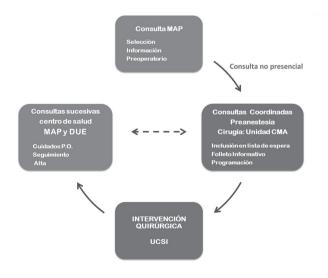


Fig. 2. Diagrama del proceso.

#### TABLA I

#### VARIABLES E INSTRUMENTOS

CRITERIOS	INDICADORES	PREVIOS	OBJETIVO
Disminuir tiempo en lista de espera	Promedio días LEQ	73 días	18 días
Disminuir tiempo total	Promedio días POT	101 días	45 días
Mejorar satisfacción de los pacientes	% resultados MB, E	(73,9 %)	90 %
Mejorar satisfacción de los profesionales	% resultados MB, E	?	90 %
Cancelaciones + suspensiones	% cancelaciones + suspensiones	?	< 2 %
Ingresos no programados	% ingresos	?	< 3 %
Pacientes incluidos sin indicación	% pacientes incluidos s.i.	-	< 5 %

LEQ: demora en lista de espera quirúrgica. POT: tiempo preoperatorio total, desde consulta MAP a intervención quirúrgica. MB: muy bien. E: excelente. La cifra entre paréntesis se refiere solamente al tramo hospitalario del proceso (Encuesta CMA 2013, Unidad de Calidad - H.U. Cruces).

La creación de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces en enero de 2015 dinamizó el proceso facilitando la coordinación entre Hospital y Atención Primaria al integrarse ambas estructuras en una.

#### - Tareas:

- Diseñar el circuito.
- Crear el grupo de trabajo.
- Seleccionar el área piloto.
- Elaborar la documentación.
- Determinar criterios de selección de pacientes.
- Tramitar Kirubide como Proyecto *Bottom-up*.
- Consensuar el cambio de modelo con Atención Primaria.
- Crear la Consulta No Presencial CMA (CNP-CMA).
- Programar sesiones informativas en los Centros de Salud.
- Prever la coordinación de consultas hospitalarias.
- Simplificar la solicitud de pruebas preoperatorias.

#### - Recursos:

## • Humanos:

- Extrahospitalarios: participación progresiva de Atención Primaria de los Centros de Salud dependientes del área del HUC.
- Hospitalarios: dos profesionales cirujanos, anestesia del pool de Cirugía General, personal administrativo no exclusivo.

#### Materiales v técnicos:

- Para la actividad total de la Unidad CMA: consulta CMA (semanal), dos quirófanos no exclusivos (3-4 sesiones/semana).
- Herramientas informáticas: Osabide Global (historia clínica informática única, Consulta no presencial CMA), "lanzadera" (utilidad que facilita la solicitud de pruebas preoperatorias por parte de AP).

#### **Intervenciones**

## Potenciar la participación de Atención Primaria:

- Actividades: se llevó a cabo la difusión progresiva del programa a través una serie de reuniones con médicos y enfermeras en los diferentes centros de salud, así como para darles a conocer la metodología de uso de la CNP-CMA y los criterios de selección de pacientes. En estas reuniones se pusieron de manifiesto algunas dificultades para la puesta en marcha y fueron muy útiles para introducir acciones de mejora, como la creación de la "lanzadera".
- Criterios de selección de pacientes (Figura 3).

## - Simplificar los pasos preoperatorios:

 Acciones: se estableció el protocolo de respuesta a las consultas no presenciales. Se recabó colaboración gestora y administrativa para establecer la sistemáti-



Fig. 3. Criterios de selección de pacientes.

ca de coordinación de las consultas hospitalarias. Se instruyó al personal administrativo para comunicar con el paciente y concertar las citas tras la CNP y, después de las consultas hospitalarias, programar la fecha de intervención y entregar instrucciones para la misma.

#### Cronología (Figura 4)

Se muestran, en una escala temporal relativa, los pasos en la difusión del proyecto en los Centros de Salud (10 sesiones conjuntas informativas en total) y hechos relevantes durante dicho periodo. En la gráfica se reflejan los casos recibidos en los primeros meses de su implantación.

Kirubide fue aprobado como Proyecto *Bottom-up* dos años consecutivos.

Cambios estructurales como la creación de la Organización Sanitaria Integrada Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces y la previsión de la puesta en marcha de un nuevo hospital en el Área (inaugurado en 2016) han condicionado la expansión del programa.

#### **Impacto**

## - Alcance:

• **Población:** al extenderse a Portugalete, Santurce y Zona Minera, el programa ofrece cobertura a una población de unos 122.000 adultos. Esta cifra representa el 35,6 % del total de la población adulta del área que correspondía al HUC cuando se puso en marcha el programa, pero el 38,7 % de la población potencial del Servicio de Cirugía General dado que hay una zona (Enkarterri, 28.000 adultos) cuya patología quirúrgica era, y es, remitida a otro centro (*S. de Documentación, HUC, septiembre 2015*) (Figura 5).

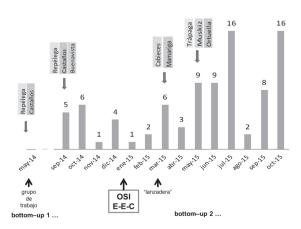


Fig. 4. Cronología.

- Participación: los ocho centros de Salud han remitido pacientes de forma muy desigual (entre 4 y 34). Han participado en el programa 43 médicos de las 107 plazas de primaria de dicha zona, remitiendo entre 1 y 19 pacientes cada uno.
  - Tres diplomadas en enfermería de AP compartieron actividades con hospitalaria con ánimo de afianzar lazos de cooperación y promover formación en cascada.
- Rendimiento: desde septiembre de 2014 a agosto de 2016 han sido remitidos al programa 150 pacientes (cuatro de ellos vía correo electrónico o telefónica por problemas de uso de la CNP). La respuesta a la consulta no presencial se realizó en la mayoría de los casos el mismo día o al día siguiente (media 0,62 días).
  - Edad media 52,8 años (15-85).
  - Patologías
    - Hernias (inguinal/crural uni o bilateral, epigástrica/ umbilical, eventración): 87.
    - Tumores de partes blandas (lipomas, adenopatías, quistes, otros): 52.
    - Quistes sacros (sinus pilonidal): 11.

Han sido intervenidos por la unidad de CMA 114 pacientes (76 %): 76 hernias, 32 tumores de partes blandas y 6 quistes sacros.

Esta cifra representa el 17,3 % de los casos posibles del área de implantación alcanzada: 658 pacientes intervenidos en el H.U. Cruces con dichas patologías en el mismo periodo (dos años). De ellos, 344 por CMA (Servicio de Documentación y Archivos, HUC).

Desde Atención Primaria se han remitido a la Unidad CMA por contacto telefónico o correo electrónico tres pacientes (2,6 %) que presentaron complicaciones postoperatorias (dos hematomas de herida tras hernioplastia, un seroma de herida tras extirpación de lipoma).

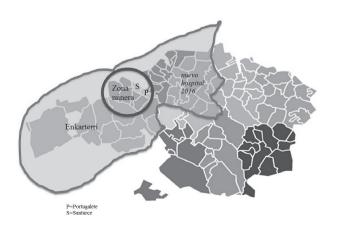


Fig. 5. Área asistencial Hospital Universitario Cruces.

- Inadecuaciones: se han excluido por diagnóstico o indicación errónea 23 pacientes (15,3 %): tres hernias y 20 tumores de partes blandas (la mayoría de estos por poder realizarse con anestesia local).
  - La gráfica nos muestra la falta de concordancia en la selección de los pacientes y los recursos consumidos. Consideramos que el programa ha sido ineficiente en tres de ellos: una supuesta hernia y dos tumores de partes blandas (Figura 6).

## IMPLEMENTACIÓN 3. VERIFICACIÓN: ANÁLI-SIS DE LOS RESULTADOS

## Recogida de información

 Tabla de datos: disponemos de nuestra propia hoja de registro de los 150 pacientes, de donde podemos extraer información de demoras, procedimientos e incidencias.

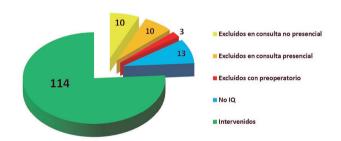


Fig. 6. Inadecuaciones. Amarillo: pacientes remitidos sin indicación para CMA y resueltos mediante la CNP. Naranja: pacientes sin indicación a quienes se citó en consulta CMA. Rojo: pacientes a quienes se realizó estudio preoperatorio completo y consultas de CMA y preanestesia, pero que no presentaban indicación quirúrgica. Azul: pacientes con indicación en los que se ha descartado o postpuesto sin fecha la intervención por diversas razones dependientes del paciente. Verde: pacientes con indicación quirúrgica e intervenidos. Se incluyen 7 pacientes que consideramos que no cumplían criterios para alta en el día por lo que fueron ingresados de forma programada.

- Encuesta telefónica a pacientes: se llevó a cabo una encuesta telefónica de satisfacción global del procedimiento a 30 de los 114 pacientes intervenidos, elegidos aleatoriamente para puntuar entre 0 ("muy mal") y 5 ("excelente").
- Encuesta on line a médicos: con la herramienta "Encuestafacil.com" se solicitó, entre otras, valoración de satisfacción global de los MAP para puntuar entre 0 ("muy mal") y 5 ("excelente"). Remitidas 38, recibidas 22 y respondidas 18.

#### Resultados (Tabla II)

Las cifras de espera quirúrgica y totales excluyen los 23 casos en los que la consulta o la intervención se retrasaron más de un mes por causas debidas al paciente (n: 91).

- Rango LEQ: de 1 a 92 días.
- Rango POT: de 13 a 115 días.

Entre paréntesis, cifras globales (n: 114):

- Rango LEQ: de 1 a 195 días.
- Rango POT: de 13 a 214 días.

Se suspendió una intervención por causas organizativas. No hubo cancelaciones por parte del paciente.

Ingresaron de forma planificada 7 pacientes que no se consideran inadecuaciones del programa, puesto que no presentaban discordancia diagnóstica. Se trataba de hallazgos inesperados en la preanestesia o con criterios relativos de exclusión que finalmente hicieron recomendable su ingreso de forma programada.

De forma no planificada ingresaron 6 pacientes:

- Dos pacientes por no cumplir criterios de alta a la hora de cierre de UCSI.
- Dos pacientes por causas médicas.

TABLA II

## TABLA DE RESULTADOS

INDICADORES	INSTRUMENTOS	OBJETIVO	RESULTADO
Promedio días espera quirúrgica (LEQ)	Registro	18 días	15,5 (23,6)
Promedio días totales desde AP (POT)	Registro	45 días	43 (53)
Satisfacción pacientes % MB, E	Encuesta telefónica	90 %	97 %
Satisfacción profesionales % MB, E	Encuesta online	90 %	94 %
% Intervenciones canceladas/suspendidas	Registro	< 2 %	0,9 %
% Ingresos no planificados	Registro	< 3 %	5,3 %
% Pacientes incluidos sin indicación	Registro	< 5 %	2,00 %

- Un paciente por causa quirúrgica.
- Uno por deseo expreso del paciente en el momento del alta.

## Valoración

## - Comparación de resultados con objetivos:

- La mejora respecto a las cifras previas de espera (demora quirúrgica 73 días, tiempo total 101 días) es muy importante.
- Consideramos que estos resultados se corresponden con los cambios introducidos, pero solo podemos hacer referencia comparativa a cifras previas al plan. La discriminación respecto a las cifras actuales de pacientes no incluidos en el programa nos resulta, en este momento, muy compleja y de escasa fiabidad.
- Se han cumplido los objetivos salvo en ingresos no planificados, de los que solo un caso (deseo del paciente) se relaciona con la selección/información. El resto fueron debidos a incidencias médico-quirúrgicas no esperadas o problemas de gestión del proceso CMA dentro del hospital, merecedores de análisis ad hoc, pero no relacionadas con el programa Kirubide.
- Los factores que claramente inciden en las mejoras son, en nuestra opinión, la eliminación de la consulta de especialista de ambulatorio, la gestión administrativa directa de las consultas de preanestesia y cirugía en la misma fecha, el control del proceso en todo momento por parte del equipo de CMA y la posibilidad de programación quirúrgica con el paciente físicamente presente.
- Evolución de la implantación: a lo largo de los dos años de recorrido del proyecto se ha podido observar que la desigual participación de los Centros de Salud (han remitido entre 4 y 34 pacientes) depende de la adhesión de los profesionales (que se fidelizan con la habituación al programa) y, por otro lado, la mayor adhesión coincide en gran parte con zonas geográficas de una mayor dispersión de la población (Zona Minera).

La adecuación en la selección de pacientes evoluciona asimismo de forma satisfactoria con el uso de Kirubide (Figura 7). La imagen representa de forma sucesiva, en líneas horizontales de arriba a abajo, cada uno de los 150 pacientes a medida que han sido incluidos en el programa (mayor grosor, más pacientes). Los colores se corresponden con los de la gráfica de inadecuaciones en la selección de pacientes (Figura 6), observándose la mejora tras la lógica etapa de aprendizaje y habituación.

# IMPLEMENTACIÓN 4. AJUSTE: REVISIÓN DEL PROCEDIMIENTO

#### Bases de información

#### - Pacientes:

 Grupo focal de pacientes que han completado el proceso: participaron 7 pacientes de los 8 primeros que accedieron de entre los 30 entrevistados.

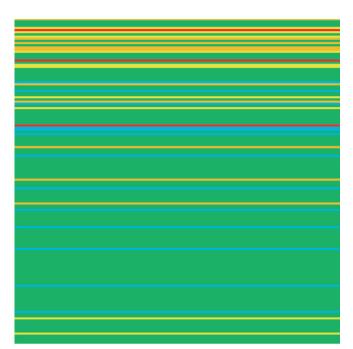


Fig. 7.

#### - Profesionales:

- Encuesta on line a Médicos de Atención Primaria participantes: contestaron 18 profesionales.
- Grupo nominal de jefes de unidades de Atención Primaria: participaron los JUAP de los 8 centros de salud donde el programa Kirubide está en marcha.

## Lecciones aprendidas

## - De los pacientes:

- Precisan mayor información: no siempre eran conscientes de haber sido incluidos en un programa especial.
- Consideraban mejorable la gestión de determinadas áreas hospitalarias (URP).
- De los profesionales de Atención Primaria:
  - En general consideran que no aumenta de forma muy importante la carga de trabajo, pero sí el tiempo que deben dedicar a cada paciente.
  - No les parece complejo el procedimiento, pero sí que precisa de una habituación al mismo.
  - Consideran mejorable la colaboración entre la Atención Primaria y la estructura hospitalaria en aspectos periféricos: contacto personal, reuniones conjuntas, etc.
  - Encuentran dificultades para participar en actividades no asistenciales.
  - Consideran que las herramientas informáticas se pueden optimizar: feed-back de la CNP, simplificación de la "lanzadera".

## Consolidación y mejora

- Consideraciones: de la experiencia adquirida y el análisis general por parte del personal adscrito al proyecto, surgen una serie de iniciativas que mejorarían aún más los resultados:
  - De la planificación:
    - Incentivación interna: compartir los avances y éxitos del programa entre los profesionales hospitalarios y extrahospitalarios.
    - Ampliar la cartera de servicios con otras indicaciones de CMA (patología anal u otras que sugiera AP) y de Cirugía de Corta Estancia (colelitiasis).
    - Trasladar el interés por parte de primaria y hospitalaria de que Kirubide se extienda al resto de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces.
    - Ofrecer la exportación del programa a otras Áreas y especialidades.

#### • De la ejecución:

- Mejorar la adecuación en la selección de pacientes mediante sesiones de reciclaje y actividades compartidas.
- Facilitar la realización de reuniones y contactos personales con AP para valorar posibilidades de mejora del programa e información a los pacientes, consensuar protocolos, formación en otros procesos quirúrgicos, etc.
- Convocar periódicamente a los JUAP de los Centros de Salud para seguimiento del proceso e informar de las mejoras introducidas o valorar su aplicación.
- Abogar por la mejora de las condiciones de trabajo en Atención Primaria (inestabilidad laboral, sobrecarga, etc.) que dificultan la adhesión, fidelización y trabajo en equipo.
- Fomentar y explotar la utilización de la CNP para otras cuestiones pre o postoperatorias, consultar casos dudosos, enviar fotografías, etc.
- Sugerir mejoras en el diseño de las herramientas informáticas.
- Intentar mejorar el circuito CMA hospitalario: URP, quirófanos y equipos no específicos, interferencias con otros procesos, etc.
- Valorar las posibilidades de una mayor coordinación de las consultas hospitalarias: ubicación y horarios, consulta conjunta, consulta única, etc.
- Solicitar la incorporación al proyecto de personal motivado y garantizar su continuidad.
- Promover que la actividad potencialmente ambulatorizable (o al menos la que dimana de Kirubide) se lleve a cabo por personal de CMA.
- Buscar una alianza fructífera con el Servicio de Anestesiología a fin de consensuar estudios preoperatorios y valoración preanestésica específicos para pacientes de CMA, ver la posibilidad de realizar consulta conjunta o única, solicitar la adscripción de profesionales interesados en estos procedimientos, etc.

 Acciones: será misión del liderazgo del proyecto convocar al grupo de trabajo a fin de valorar estas iniciativas, proponer acciones concretas y establecer un calendario de seguimiento.

## DISCUSIÓN

#### Antecedentes

La coordinación entre niveles asistenciales es fundamental para asegurar la continuidad de cuidados y el uso apropiado de los recursos sanitarios (*Care Continuum*). En esta línea hay iniciativas de cierto éxito a nivel europeo (*Transmural Care*). La experiencia en nuestro país es variada pero no ha gozado de gran difusión (5, 6).

En concreto, en lo que respecta a la cooperación entre CMA y Atención Primaria, se han hecho propuestas de protocolización y guías para servicios públicos tanto españoles (7) extranjeros (8).

Aunque no hemos llevado acabo una revisión sistemática, la experiencia publicada a nivel nacional que hemos consultado acerca de la derivación directa de Atención Primaria suele referirse a Centros de Alta Resolución privados u hospitales públicos que cuentan con Unidad estructural de CMA (9) y consultas de alta resolución (10).

No hemos encontrado referencias de experiencia en la coordinación AP-CMA en hospitales de características similares al nuestro pero, en todo caso, los estudios referidos más arriba publican unos resultados de efectividad y satisfacción en rangos similares a los presentados en este trabajo.

Por último, queremos hacer mención al programa de Cirugía de Alta Resolución de Pediatría del Hospital Universitario Cruces, que nos sirvió de guía para encauzar la idea y encontrar los resortes para poner en marcha Kirubide (11).

## Limitaciones de nuestro estudio

- Limitaciones estructurales: los datos y valores sobre la actividad Kirubide han sido recogidos en su totalidad por los promotores de la iniciativa. El resto se extraen de las bases del HUC.
- Limitaciones del análisis: por dificultades organizativas (rotación del personal adscrito) y técnicas (cambio de herramienta informática), no podemos aportar datos fiables complementarios de actividad CMA discriminada (ámbito y población) contemporáneos con los que se aportan de la vía Kirubide.

#### Valoración del trabajo

 Implicación de los resultados en relación con sus objetivos: a pesar de las limitaciones, los autores consideran que los resultados del estudio son coherentes con el análisis que se pretendía llevar a cabo sobre la utilidad de esta iniciativa.

#### Valoración de la propuesta

Objetivos, resultados, conclusiones: aunque este proyecto parte de unas bases de implementación locales, las conclusiones a las que conduce este trabajo son de aplicación general y parecen probar que el proceso CMA se puede llevar a acabo con pretensiones de calidad en centros donde no existen Unidades estructurales de Cirugía Mayor Ambulatoria.

## **CONCLUSIONES**

El Proyecto Kirubide ha demostrado representar una mejora del proceso asistencial: simplifica el modelo de atención a los pacientes candidatos a CMA, reduciendo los pasos del circuito y la demora en lista de espera quirúrgica con un alto grado de satisfacción de las personas.

También podemos decir que, en nuestro ámbito, ha compensado algunos déficits organizativos y estructurales aportando beneficios tanto para el paciente (menos desplazamientos y asistencia más personalizada) como para los profesionales (favorece la integración y mejora el control del proceso) y la organización (menos consultas y mejor aprovechamiento de recursos y herramientas).

Kirubide tiene alta potencialidad, permite una mayor integración de Atención Primaria en los programas de Cirugía Mayor Ambulatoria y puede ser de aplicación en entidades públicas con estructura organizativa similar a la nuestra.

El proyecto encaja y aporta iniciativas que siguen las **Líneas de Innovación de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces** (2016): 5. Organización, gestión e integración: 5a sobre información útil de valor para el paciente, 5b sobre evitar suspensiones quirúrgicas, 5c sobre coordinación de consultas.

Kirubide tiene todas las características de un **Proyecto Innovador de calidad y responsable** (12):

- Novedad: es un cambio organizativo novedoso que mejora una práctica previa, es oportuno y satisface necesidades.
- **2. Utilidad:** ha sido implementado y presenta argumentos sólidos de aplicación real y uso eficiente de recursos.
- Aprendizaje: es una idea nueva sobre la base de una experiencia concreta en un ámbito concreto desarrollada a partir del conocimiento previo.
- **4. Orientación al cliente:** responde a las necesidades presentes y futuras de los clientes y la sociedad y puede exportarse a otros grupos de interés.
- **5. Efectividad:** presenta resultados e indicadores de éxito para las personas y las instituciones.

#### **AGRADECIMIENTOS**

A la Subdirectora de Servicios Quirúrgicos de la OSI Ezkerraldea-Enkarterri-Cruces, Edurne Omaetxebarria, y al Subdirector de Enfermería Extrahospitalaria, Luis Ángel Gallo por su gran apoyo.

A los médicos y enfermeras de los Centros de Salud de Repélega, Castaños, Buenavista, Kabiezes, Mamariga, Abanto-Muskiz, Ortuella y Trapagaran, por su acogida y participación.

A la Unidad de Gestión Sanitaria de Consultas Externas del Hospital Universitario Cruces y a los profesionales y personal administrativo del hospital que han vivido de una u otra manera el proyecto, siquiera temporalmente, por su colaboración.

A las Unidades de Documentación, Calidad e Investigación del HUC por su disposición.

A los amigos que han orientado la elaboración de esta monografía por serlo.

#### BIBLIOGRAFÍA

- Birkmeyer JD, Dimik JD, Birkmeyer NJ. Measuring the quality of surgical care: structure, process, or outcomes? J Am Coll Surg 2004:198(4):626-32.
- Verde Remeseiro L, López-Pardo Pardo E. Índices de calidad en cirugía ambulatoria. Cir May Amb 2013;18(3):114-6.
- Castoro C, Bertinato L, Baccaglini U, Drace CA, McKee M; IAAS Executive Committee Members. Policy brief. Day surgery: making it happen. European Observatory on Health Systems and Policies. WHO European Center for Health Policy; 2007.
- Rodríguez Peinado C, Blasco Hernández T. Recomendaciones para la buena práctica en la implementación del ciclo de mejora en calidad asistencial. Guía para profesionales sanitarios. Monografías. Instituto de Salud Carlos III; 2013.
- Karash JA, Larson L. Clinical Integration Managing across the care continuum. Hosp Health Netw 2016;90(6):26-31.
- Gervás J, Rico A, Seminario de Innovación 2005. Innovación en la Unión Europea (UE-15) sobre coordinación entre atención primaria y especializada. Med Clin (Barc) 2006;126(17):658-61.
- Grupo de trabajo Relaciones Primaria; Especializada CMA. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria. Protocolos de trabajo coordinado. Gerencia del Área de Salud de Badajoz. Consejería de Sanidad y Dependencia. Mérida: Junta de Extremadura; 2006.
- Cruz Rodríguez J. Guía de Buenas Prácticas. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria y de Corta Estadía en coordinación con el equipo de Atención Primaria de Salud. Medisur 2015;13(5):681-707.
- 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.
- Cerdán Carbonero MT, Sanz López R, Martínez Ramos 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.
- Medrano Méndez L, López Álvarez- Buhilla P, Torres Piedra C, Azpeitia Palomo A, Ferreiro González I, Olaizola Mendíbil A. Cirugía de alta resolución: un paso más en la cirugía ambulatoria. Cir Pediatr 2012;25:28-34.
- Euskalit. Kudeaketa Aurreratua Gestón Avanzada. Quality Innovation Award. 2016. http://www.euskalit.net/archivos/201605/instruccionesqia2016.pdf?0