

# La continuidad de la asistencia en cirugía ambulatoria

P. Argente Navarro, J. Viñoles Pérez<sup>1</sup>, M. Barbera Alacreu<sup>2</sup>

Unidad de Cirugía Sin Ingreso. Hospital Universitario La Fe. <sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

<sup>2</sup>Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor. Hospital Universitario La Fe. Valencia

---

Argente Navarro P, Viñoles Pérez J, Barbera Alacreu M. La continuidad de la asistencia en cirugía ambulatoria. *Cirg May Amb* 2009; 14: 4-11.

---

## INTRODUCCIÓN

En el momento actual, nadie duda de que toda nuestra práctica médica, tanto docente como asistencial, debería estar basada en criterios de calidad, incluida la cirugía ambulatoria. Pensamos que la calidad y la continuidad de la asistencia van íntimamente unidas, por lo que sería interesante poder establecer una correcta unión entre ambas.

Los criterios de calidad establecidos para esta modalidad quirúrgica han sido señalados por diversos organismos tanto nacionales como internacionales: la *Joint Commission on accreditation of healthcare organizations* (1) o el *Australian Council on Healthcare Standards* (2). En España, estos criterios fueron definidos en 1992 por la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (3) del Ministerio de Sanidad y Consumo, revisada en el año 2008 (4), y en 1993 por la Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria (5).

Ya en el año 1999 (6), en nuestro país, en el libro coordinado por el Dr. J. L. Porrero y posteriormente en editoriales de la *Revista Española de Anestesiología y Reanimación* (7,8), se afirma que se echan de menos guías de actuación para unificar criterios con los que poder medir el tipo de actividad y la calidad ofertada en las distintas

Unidades de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) o Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Como se desprende de la literatura, la inquietud en la búsqueda de criterios de calidad ligados a la continuidad en la asistencia y medición de la actividad no es nueva, aunque no parece de fácil solución. Un elemento de dificultad esencial a la hora de encontrar criterios adecuados para cirugía ambulatoria es la deficiente recogida de datos en las unidades, tanto clínicos como de actividad, con la consecuente pérdida de información. En nuestras unidades, de forma global, presentamos una gran variabilidad en cuanto a los criterios de recogida de actividad, continuidad asistencial e indicadores de calidad. Necesitamos sentar las bases para encontrar indicadores fiables y comparables en cirugía ambulatoria que valoren realmente lo que queremos y debemos medir. Es imprescindible tener una fuente de datos correcta y uniforme para poder analizar y obtener resultados aplicables, tanto en la parte clínico-asistencial como económico-gestora.

Actualmente hay empresas, tanto nacionales como europeas, encargadas de recabar bases de datos que nos ofrecen a los proveedores de servicios sanitarios, financiadores e industria sanitaria información de contenido clínico y económico. Entre ellas, en nuestro país, se encuentra el *Iasist* (*Iasist* forma parte de *Healthcare Knowledge International*, corporación europea con base en el Reino Unido) (9). La información que estas empresas nos pueden proporcionar es necesaria para la mejora de la calidad, la continuidad y la eficiencia en la atención sanitaria y para una mejor distribución de los recursos sanitarios públicos, ya que nos ayudan mediante indicadores clínicos y económicos a establecer una autoevaluación continua y la posibilidad de mejora en nuestras unidades. Pero somos nosotros, los clínicos, los que debemos implicarnos en la búsqueda de indicadores útiles, no impuestos por las empresas y las direcciones hospitalarias, para que el análisis de los datos que nos proporcionen nos lleven a la obtención de resultados aplicables a nuestra práctica diaria.

El *Iasist* establece a nivel nacional el Top 20, como excelencia en la gestión hospitalaria. Los hospitales que forman parte del Top 20 en el 2008 han sido los que mejores resultados han obtenido en la evaluación de los siguientes indicadores: los índices de mortalidad, las complicaciones y las readmisiones, en materia de calidad asistencial; la estancia media y el índice de cirugía sin ingreso, respecto al funcionamiento; y el coste por unidad de producción, en referencia a la eficiencia económica. Según estos datos, los hospitales mejor gestionados son los que ofrecen mayores cifras de ambulatorización, por lo tanto estamos directamente implicados en el correcto funcionamiento de nuestros hospitales. Aunque los indicadores de medición de actividad en este caso, como en muchos otros, distan mucho de ser los idóneos, en el momento actual no tenemos otros; por ello debemos trabajar para intentar mejorarlos.

Todos estamos de acuerdo en que la correcta gestión del sistema sanitario público es necesaria para la supervivencia del mismo, pero tener en cuenta únicamente parámetros economicistas no nos parece lo más adecuado para su óptimo funcionamiento. Da la impresión de que los objetivos de los gestores y los clínicos no caminan en la misma dirección. Para nosotros, lo fundamental es proporcionar la mejor asistencia posible, junto al bienestar de nuestros pacientes; para los gestores el número de intervenciones quirúrgicas parece más importante. Evidentemente las expectativas no satisfechas de los enfermos recaen directamente sobre los profesionales que les atendemos, estando la presión asistencial tanto en calidad como en continuidad entre nuestras competencias.

El índice de ambulatorización como un indicador de buena gestión tendría que estar diseñado con suficiente amplitud organizativa, presupuestaria y clínica. La continuidad de la asistencia debería ser un parámetro tan importante como la morbilidad intraoperatoria a la hora de valorar la calidad ofertada a nuestros pacientes.

Necesitamos herramientas sencillas, reproducibles y estandarizadas que puedan medir la calidad durante todo el proceso de cirugía ambulatoria. La parte intrahospitalaria está razonablemente bien definida y en nuestras unidades se siguen criterios bastantes uniformes que permiten dar altas domiciliarias seguras. Sin embargo, la parte extrahospitalaria en la mayoría de los casos no está bien perfilada y la continuidad asistencial más allá de las primeras 24 horas queda en una nebulosa que se pone de manifiesto cuando el paciente sufre un problema, muchas veces banal, y tiene que esperar recién operado a ser atendido en la puerta de urgencias.

El objetivo de la presente revisión es intentar establecer parámetros de discusión que nos revelen la importancia de la continuidad de la asistencia en cirugía ambulatoria hasta el alta definitiva del proceso, así como la forma más eficaz de realizarla. Se valora la necesidad del control telefónico domiciliario de nuestros pacientes más allá de las primeras 24 horas del postoperatorio y se observa la influencia de determinados factores. Se establece evi-

dencia, a partir de la literatura revisada, indicando que el registro y explotación de la información recogida mediante control telefónico domiciliario de pacientes de nuestras unidades están por encima del mero formulismo. Se analiza la posibilidad de que una encuesta correctamente diseñada y dirigida pueda repercutir directamente sobre la calidad asistencial y en la prevención y tratamiento de determinadas complicaciones domiciliarias.

Como método de revisión se ha realizado una búsqueda sistemática de la literatura a través de *Medline*, *Embase*, *Cochrane Library*, listas de referencia, buscadores de tesis doctorales y búsqueda manual a partir de la bibliografía de los artículos, sin restricción de lenguaje, hasta diciembre de 2008. También se contactó con autores cuando se juzgó necesario.

## REVISIÓN

En la mayoría de la bibliografía consultada la evaluación de la continuidad asistencial en cirugía ambulatoria se circunscribe a la valoración mediante el control telefónico en las primeras 24 horas del postoperatorio. Lo que se registra y analiza básicamente es el grado de satisfacción de los usuarios, así como las complicaciones domiciliarias, como pueden ser el dolor o las náuseas y vómitos. Pensamos que este registro es insuficiente ya que las necesidades domiciliarias de nuestros pacientes están por encima de la valoración de estos parámetros. Para detectar dichas necesidades precisamos hacer un registro y seguimiento domiciliario más exhaustivo y prolongado en el tiempo.

Según C. Ramón (10), la cirugía ambulatoria debe cumplir dos requisitos fundamentales: a) no utilizar el recurso cama hospitalaria, como coadyuvante a la gestión de este elemento tan escaso de forma más eficiente; y b) ofrecer el mismo nivel de calidad asistencial que al paciente hospitalizado. Pero, ¿cómo medimos la calidad asistencial y la continuidad de la asistencia en nuestros pacientes?, ¿cómo se miden estos parámetros en los hospitalizados?, ¿nos interesa realmente medirlos?

La impresión general entre los clínicos es que los indicadores para medir la calidad y la continuidad de la asistencia en cirugía ambulatoria en el domicilio apenas tienen repercusión entre los equipos quirúrgicos, anestesiológicos o de enfermería. En términos globales de gestión, parece mucho más importante la ambulatorización en cuanto a número que las condiciones en las que se efectúa. Las encuestas de satisfacción realizadas a los pacientes apenas tienen influencia entre los miembros de los equipos quirúrgicos que se encargan de la cirugía ambulatoria, sobre todo si son unidades integradas y se ocupan tanto de pacientes ambulatorios como ingresados.

Los estudios revisados nos llevan a la conclusión que la calidad postoperatoria percibida en el domicilio por nuestros enfermos, depende fundamentalmente de la

ausencia de complicaciones. Estas pueden parecerse banales en un principio, pero al ocurrir fuera del ámbito hospitalario cobran mayor dimensión creando una sensación desalentadora, tanto en los pacientes como en su entorno familiar.

Según diversos autores (11,12), valorando los factores que influyen en la calidad percibida por los pacientes en su domicilio y valorando esta inversamente a las complicaciones que aparecen, los problemas más comunes detectados en el postoperatorio de cirugía ambulatoria son el dolor moderado-intenso y los efectos secundarios del tratamiento analgésico. El dolor no controlado es la principal causa de retraso en el alta de nuestras salas y suele repercutir en la evolución domiciliar (13), seguido de múltiples visitas al médico de cabecera (14), visitas a urgencias (15) y reingresos hospitalarios (16). Aunque el dolor es sin duda el síntoma más influyente en el postoperatorio, no es el único y no debe ser tomado como síntoma aislado. Las náuseas, la ansiedad, el insomnio, la retención urinaria o el sangrado aparecen de forma frecuente en muchos de los estudios consultados (17).

Desde principios de la última década del siglo XX, casi todos los autores recogen los datos de la evolución postoperatoria domiciliar mediante llamadas telefónicas (18-20). Cada grupo de trabajo realiza la llamada en distintos días predeterminados del postoperatorio inmediato. En la mayoría de los estudios se ha universalizado la entrevista telefónica a las 24 horas por su comodidad e inmediatez en la obtención de información clínica desde la misma fuente, los pacientes. En el momento actual es la forma más habitual de seguimiento de la continuidad asistencial en nuestras unidades durante las primeras 24 horas del postoperatorio domiciliario. Kamming y cols., en el 2004, publicaron una extensa revisión sobre el tema (21). También podemos resaltar los estudios de Frances Chung y cols. sobre patrones de recuperación y evolución postoperatoria en el domicilio tras el alta según la escala (PADSS) (13) y los síntomas postoperatorios más frecuentes a las primeras 24 horas (22).

Otra fuente de datos que podemos recoger en cuanto a la continuidad en la asistencia son los artículos publicados por enfermería, muy implicada en el tema. El equipo de enfermería UCSI es el que habitualmente se encarga del control domiciliario en nuestras unidades, siendo este control un nivel de atención más, lo mismo que los cuidados postoperatorios en general. En algunos estudios como el de Bostrom (23), las enfermeras recogen datos usando un cálculo de síntomas no verbales, mediante escalas analógicas, para la cuantificación del dolor y otros síntomas.

En el estudio de Chung y cols. sobre dolor postoperatorio (11) son analizados los datos sobre 10.008 pacientes de cirugía ambulatoria. Se mide el dolor postoperatorio utilizando la escala analógica visual, en la unidad de reanimación postoperatoria (URPA), en la sala de readaptación al medio (SRM) y tras el alta a las 24 horas en el domicilio. El porcentaje de dolor intenso en la

URPA fue del 5,3%, en la SRM fue del 1,7% y a las 24 horas en el domicilio fue del 5,3%. Estos autores encuentran que existe una correlación entre el dolor moderado-intenso y el índice de masa corporal, la duración del tiempo quirúrgico y después de ciertos tipos de intervenciones. También encontraron mayor grado de dolor en determinados procesos de cirugía ortopédica, urología, cirugía general y cirugía plástica. Se apreció más intensidad dolorosa en pacientes jóvenes, ASA I y con tendencia al sobrepeso.

En el grupo que refirió dolor moderado-intenso, la duración de la anestesia, el tiempo en la URPA y en la SRM fue mayor que en el resto de los pacientes. La conclusión de los autores sugiere que el grupo de pacientes con estos factores predictivos necesitarían mejorar la profilaxis de la terapia analgésica.

Rawal y cols., en 1997 (12), publica un interesante artículo sobre analgesia postoperatoria en cirugía ambulatoria realizando una encuesta a las 48 horas del postoperatorio en 1.100 pacientes. El 65% refiere dolor de tipo medio controlado y aceptable sin importar el tipo de cirugía. Sin embargo, el 62% de las herniorrafias, el 41% de la cirugía ortopédica, el 32% de la cirugía de la mano y el 36% de la cirugía de las varices refirieron dolor moderado-intenso que no cedió ni en el segundo día del postoperatorio. De la totalidad de los pacientes, el 10% refirió dolor y en el 20%, la intensidad era tan importante que les impedía conciliar el sueño. Otros síntomas encontrados fueron: un 20% de náuseas, un 20% de inestabilidad a la marcha y un 8% de vómitos. Se ha de reseñar que en este estudio no hay pacientes de cirugía laparoscópica. A pesar de todo lo dicho anteriormente, el 95% de los pacientes estaban satisfechos con el control y tratamiento postoperatorio. La misma llamada telefónica podía incidir de forma positiva sobre la calidad percibida por ellos. Todos sabemos que en muchas ocasiones no coincide la calidad real que ofertamos con la calidad percibida por los pacientes.

En otros estudios clásicos consultados como los de Beauregard y cols. (24) de 1998, se encuentra dolor moderado-intenso en un 40% de los 89 pacientes estudiados de cirugía ambulatoria intervenidos de cirugía de rodilla y cirugía laparoscópica ginecológica.

Watt-Watson y cols. (25), en otra revisión de 180 pacientes sometidos a intervenciones más complejas para cirugía ambulatoria (colecistectomía laparoscópica y cirugía ortopédica de hombro y mano), describen que todos ellos tuvieron dolor descrito como moderado a intenso las primeras 24 horas, disminuyendo hacia el cuarto día. Las pautas analgésicas postoperatorias utilizadas fueron paracetamol y codeína, claramente insuficientes.

Más recientemente McGrath y cols. (26), en el año 2004, describen que un 30% de pacientes de cirugía ambulatoria refieren dolor moderado-intenso a las 24 horas de la intervención. El estudio está realizado sobre 5.703 pacientes intervenidos de diversos procedimientos de cirugía ortopédi-

ca y cirugía general. De los mismos, 1.495 (el 26,2%) refirieron dolor moderado (VAS entre 4 y 6) o intenso (VAS entre 7 y 10) a las 24 horas en el domicilio. Se constata que un 55% relata algún tipo de dolor; de ellos un 21% tiene dolor moderado (VAS entre 4 y 6) y el 10% dolor intenso (VAS mayor de 7). Estos mismos autores junto con otros como Martín López y cols. (27) modifican las pautas analgésicas en el tratamiento postoperatorio según el tipo y la agresividad quirúrgica a la que es sometido el paciente.

En el 2005 Mattila y cols. (17) publican una encuesta realizada a pacientes de dos unidades de cirugía ambulatoria sobre los síntomas durante la primera semana del postoperatorio en una escala de cuatro puntos. Respondieron al cuestionario 2.754 pacientes. El síntoma más común fue el dolor moderado-intenso en casi todos ellos. En niños sin embargo, el síntoma más común fue la somnolencia. La duración del tiempo quirúrgico fue el factor predictivo que más influyó en la aparición de dolor y de otros síntomas durante la primera semana del postoperatorio, probablemente al ir asociado a una mayor complejidad quirúrgica.

Resumiendo, en vista de lo anteriormente expuesto, se puede afirmar que el factor más importante en la evolución postoperatoria es el tipo de intervención, seguido de la duración de la misma, esta evolución es modulada por otros factores como la edad, el sexo o la obesidad.

## EL TIPO DE INTERVENCIÓN. GRADO DE DEPENDENCIA DOMICILIARIO

Teniendo en cuenta los factores anteriormente mencionados y en un intento de poder relacionar las variables pre- e intrahospitalarias con la evolución postoperatoria domiciliaria y por tanto con la continuidad en la asistencia, la UCSI del Hospital Universitario Dr. Peset de Valencia realizó un estudio (28) sobre 922 pacientes de ginecología, cirugía general, cirugía ortopédica, otorrinolaringología, estomatología y urología. En el mismo se define el tipo de intervención mediante dos variables predictoras: la especialidad quirúrgica y el grado de dependencia postquirúrgica (domiciliaria), agrupando para cada especialidad las intervenciones por niveles de agresión, que guardarían relación directa con la dependencia que causan en el postoperatorio domiciliar de los pacientes.

Estos autores definen la dependencia postquirúrgica (domiciliaria) como el grado de dependencia esperada durante los primeros días del postoperatorio en el domicilio, originada por una intervención de cirugía ambulatoria.

Sobre el grado de dependencia se basarán los cuidados y el tratamiento analgésico en el domicilio, dividiendo la dependencia postquirúrgica en tres grados: baja, media y alta (Tablas I, II y III).

TABLA I

### GRADOS DE DEPENDENCIA DOMICILIARIA EN CIRUGÍA AMBULATORIA (según referencia 28)

#### *Dependencia alta*

Postración originada por dolor moderado a severo al movimiento. Necesidad de guardar cama la mayor parte del día. Imposibilidad de realizar las tareas básicas de higiene y nutrición sin ayuda durante los primeros días del postoperatorio domiciliario. Necesidad de un cuidador durante la mayor parte de las horas del día.

Ejemplos: cirugía laparoscópica, eventraciones, hemorroidectomía grado III-IV, cirugía artroscópica de rodilla con reparación de ligamentos, acromioplastia, artroscopia de hombro o similares, osteotomías en mano, brazo o pies o intervenciones similares en cirugía ortopédica.

#### *Dependencia media*

El paciente es capaz de levantarse y deambular por la casa sin necesidad de asistencia. Es capaz de poder hacer algunas tareas básicas de aseo e higiene diarios a las pocas horas de estar en su domicilio, pero no es capaz de realizar todas las actividades habituales sin ayuda. Es posible que algunos pacientes de este grupo sean incapaces de deambular por la casa por la presencia de grandes vendajes en miembros, pero el dolor no les impide deambular con apoyos. Necesidad de cuidador durante algunas horas al día.

Ejemplos: herniorrafias umbilicales, exéresis de sinus pilonidal o similares, intervenciones sobre testículos, liberación de nervios o tendones en miembro superior, extracción de material de osteosíntesis pies o miembro superior, cirugía artroscópica de rodilla, tratamientos de estomatología bajo anestesia general, intervenciones sobre lesiones de vulva o vagina, histeroscopías quirúrgicas.

#### *Dependencia baja*

El paciente no precisa guardar cama. Es capaz de deambular y puede asearse sin ayuda. El paciente, por la presencia de apósitos o vendajes, puede realizar una actividad en el hogar normal pero con algunas limitaciones. No necesita cuidador por causa de la intervención.

Ejemplos: cataratas, intervenciones sobre párpados, exéresis de lipomas y patología benigna de mama, tratamiento de varices con cura hemodinámica de la insuficiencia venosa ambulatoria, fistulas arterio-venosas, microcirugía endolaríngea, lesiones benignas de otorrinolaringología, biopsia prostática, circuncisión.

TABLA II

### DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DEL ESTUDIO DE LA UCSI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET SEGÚN EL GRADO DE DEPENDENCIA POSTQUIRÚRGICA DOMICILIARIA

(según referencia 28)

<i>Dependencia</i>	<i>Alta</i>	<i>Media</i>	<i>Baja</i>	<i>Total</i>
Pacientes	331 (35,9%)	419 (45,4%)	171 (18,5%)	922 (100%)

En el citado estudio (28), al aplicar una regresión logística, la combinación de las variables dependencia postquirúrgica y especialidad son los predictores que definen patrones de comportamiento esperado en el domici-

TABLA III

**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DEL ESTUDIO DE LA UCSI DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET SEGÚN LA ESPECIALIDAD QUIRÚRGICA (según referencia 28)**

<i>Especialidad</i>	<i>Ginecología</i>	<i>Cirugía General</i>	<i>ORL</i>	<i>Estomatología</i>	<i>Cirugía Ortopédica</i>	<i>Urología</i>	
Pacientes	922 (100%)	325 (35,3%)	169 (18,4%)	136 (14,6%)	55 (6%)	161 (17,5%)	76 (8,2%)

lio e influyen sobre los resultados obtenidos en el control telefónico, en el tratamiento analgésico, en las medidas dietéticas, en la higiene diaria, en las curas o en los tratamientos posturales. Analizando estas variables podríamos definir patrones de respuesta de nuestros pacientes durante las primeras 24 a 48 horas. Esto nos permitiría predecir y solucionar con antelación muchas de las complicaciones domiciliarias, incrementando de forma real la calidad asistencial hacia las necesidades que nos demandan nuestros pacientes, utilizando pautas de actuación según los factores predictores, principalmente el tipo de intervención. Sin duda, el avance que podríamos obtener, no sólo en términos estadísticos sino clínico asistenciales, sería importantísimo logrando una continuidad en la asistencia prolongada.

En general se observan algunas respuestas de dolor intenso (VAS de 7 a 8) que no superan en ningún caso el 20% en las intervenciones de dependencia alta para las especialidades de ginecología, cirugía general, otorrinolaringología y cirugía ortopédica. Teniendo en cuenta que el número de pacientes del estudio sometidos a intervenciones con dependencia postquirúrgica alta fueron 331, el 20% de esta cifra representaría el 7,1% del total. Este resultado es comparable al 5,3% obtenido en el estudio de Chung y cols. en 1997 (11) sobre un total de 10.008 pacientes.

En el mismo análisis se observa que el tiempo quirúrgico, de URPA y total postoperatorio no fueron factores de predicción importantes para la respuesta en el domicilio, entrando en controversia con lo referido por otros autores (11,17); pero los tiempos de las intervenciones con diferentes tipos de dependencia postquirúrgica sí fueron significativamente distintos. Mediante el análisis de la varianza se observa que los tres grupos de dependencia postquirúrgica tienen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 2,2 \cdot 10^{-16}$ ) con respecto al tiempo quirúrgico, lo que indica que las intervenciones más agresivas tienen tiempos quirúrgicos más largos, pero la variable que realmente es significativa en la respuesta postoperatoria al realizar la regresión logística no es el tiempo sino la dependencia.

Entre los pacientes sometidos a intervenciones con dependencia postquirúrgica alta, la probabilidad de que respondan en el control telefónico dolor leve-moderado (VAS entre 3 a 6) es del 60%; este tipo de respuesta representa el 21,6% del total de pacientes. Si sumamos a este 21,6% de nivel de dolor moderado el 7,1% de dolor intenso, obtenemos un 28,7%, coincidiendo con la afir-

mación de McGrath y cols. (26) que refiere un 30% de respuesta de dolor moderado-intenso a las 24 horas de la intervención.

En el estudio mencionado (28), se han seguido los criterios PADSS de F. Chung para dar el alta domiciliaria, sin tener en cuenta la tolerancia oral ni la micción espontánea (en los pacientes estudiados no se realizó ninguna anestesia del neuroeje). Por ello consideran necesaria una revisión de la tolerancia en el domicilio y analizan cuáles son las variables predictoras que influyen sobre ella. Se observa que las variables que influyen en la respuesta sobre náuseas y vómitos son: especialidad, edad, sexo, dependencia postquirúrgica y tipo de anestesia. El hecho de que las variables especialidad y dependencia postquirúrgica sean muy sensibles indica que cada tipo de intervención juega un papel destacado en las náuseas, independientemente de la idiosincrasia de los pacientes predispuestos. Se observa que intervenciones de cirugía laparoscópica bajo anestesia general (dependencia alta y especialidad de ginecología o cirugía general) son las que mayor probabilidad presentan de obtener respuestas de tolerancia oral sólo a líquidos durante las primeras horas en el domicilio. Esta respuesta es modulada además por la edad y el sexo. Se observa una ligera tendencia a presentar más náuseas entre mujeres que entre hombres sometidos a la misma intervención. El aumento de la edad influye, disminuyendo la probabilidad de encontrar respuestas telefónicas de tolerancia completa, a mayor edad peor tolerancia oral, en todos los tipos de intervenciones laparoscópicas, así como en presencia de anestesia general (intravenosa total con mascarilla laríngea).

En el año 2000, se calculó que existía todavía una incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios en cirugía ambulatoria cercana al 30% (29). Pese a ello, el tratamiento antiemético preventivo preoperatorio administrado de forma rutinaria ha sido puesto en entredicho por los potenciales efectos secundarios (30) que ocasiona, no pudiendo ser demostrada una mejora en la satisfacción del paciente (31) con el mismo.

En las últimas revisiones sobre náuseas y vómitos postoperatorios se ha enfatizado en que el tratamiento sólo debería administrarse a los pacientes de riesgo, aumentando el número de fármacos según el grado de probabilidad de náuseas. De esta forma se optimizaría el gasto en antieméticos además de evitar los posibles efectos secundarios de su administración rutinaria preoperatoria (32,33). Debemos tener presente que estos estudios fueron realizados en la URPA, para cualquier tipo de cirugía

tanto ambulatoria como hospitalizada y para todo tipo de técnicas anestésicas.

A pesar de la literatura expuesta, en el estudio realizado por J. Viñoles (28) se administran profilácticamente proquinéticos y antiseoretos preoperatorios en todos los pacientes siendo reforzados en el postoperatorio hasta el alta según el nivel de náuseas. Así mismo, se estandariza el tipo de anestesia general utilizada para disminuir la aparición de náuseas y vómitos postoperatorios, con la finalidad de facilitar la adaptación al medio del paciente. Se utilizan bajas dosis de fentanilo y/o remifentanilo asociados a propofol en perfusión controlada (*Target Controlled Infusion*), para inducir y mantener la anestesia general. En el manejo de la vía aérea se utilizan dispositivos supraglóticos (mascarilla laríngea con sondaje esofágico). En cuanto a la analgesia postoperatoria inmediata y domiciliaria utilizan analgésicos antiinflamatorios no esteroideos combinados con paracetamol y/o opioides menores. Los pacientes que necesitaron opiáceos mayores intravenosos para controlar el dolor postoperatorio fueron ingresados.

En el registro telefónico a las 24 horas, el resultado de la tolerancia oral que se obtiene con más probabilidad es la dieta completa para todas las especialidades quirúrgicas y para todos los grados de dependencia postquirúrgica. Aunque hay excepciones: el 25% de las pacientes sometidas a cirugía laparoscópica ginecológica (grado de dependencia postquirúrgica alta) deben permanecer a dieta líquida. Teniendo en cuenta que el número de pacientes de ginecología del estudio es de 325, el 25% supone el 8,8% del total de los 922 pacientes. De los 55 pacientes de estomatología, el 20% responden telefónicamente que están a dieta líquida por la imposibilidad de masticación; sumados a los 82 de ginecología se corresponden con el 10,1% del total de los pacientes del estudio. El resto presenta una tolerancia oral completa. Estos resultados coinciden plenamente con el estudio de Mattila y cols. (17), que afirma que el síntoma más importante en el postoperatorio de cirugía ambulatoria en adultos es el dolor y no las náuseas (Tabla IV).

Por tanto, podemos concluir que los resultados de este estudio son superponibles globalmente a los de los demás autores analizados. Las diferencias en cuanto al dolor en

general y las náuseas se deben principalmente a la estandarización de las técnicas anestésicas utilizadas y a las pautas analgésicas postoperatorias adecuadas al tipo de intervención.

## CONCLUSIONES

La evidencia científica sugiere que el control y registro de la continuidad asistencial en cirugía ambulatoria es necesario para sentar las bases de la calidad ofertada a nuestros pacientes. Una herramienta relativamente sencilla que podemos utilizar para obtener datos asistenciales domiciliarios es la llamada telefónica estandarizada y seriada prolongándola en el tiempo según el proceso y paciente.

El control telefónico postquirúrgico estandarizado nos proporciona datos para la elaboración de los criterios de inclusión, los tipos de intervención y anestesia, las pautas analgésicas y los métodos de actuación postoperatoria, logrando el bienestar y la satisfacción de los pacientes de cirugía ambulatoria. Este tipo de control será de utilidad siempre y cuando la información se recoja de forma correcta y se explote informáticamente para la obtención de resultados que puedan tener aplicación asistencial en nuestra práctica diaria.

Pensamos que la llamada telefónica bien realizada va a ser de enorme valor a la hora de establecer la continuidad de la asistencia hasta el alta definitiva del proceso. Pero en muchos casos es más una forma de cumplimentar un rol hacia el paciente, que una fuente de datos para poder mejorar en nuestras unidades. Es relativamente fácil preguntar ¿cómo se encuentra? y en muchas ocasiones ni registramos la respuesta. Lo realmente difícil es poder sacar conclusiones de unas preguntas bien dirigidas y estandarizadas, y con ello conseguir el seguimiento domiciliario de los enfermos intervenidos de cirugía ambulatoria. Necesitamos recursos humanos y estructurales para hacerlo, pero debemos pensar en ello como algo prioritario para poder pedir estos recursos a nuestras direcciones.

El seguimiento de las pautas analgésicas, antieméticas, higiénicas, dietéticas, etc. debería incluir llamadas telefó-

TABLA IV

### ANÁLISIS COMPARATIVO DE SÍNTOMAS DOMICILIARIOS

	<i>Chung (1997)</i>	<i>Rawal (1997)</i>	<i>McGrath (2004)</i>	<i>Mattila (2005)</i>	<i>Viñoles (2007)</i>
Pacientes	10.008	1.100	5.703	2.754	922
Dolor severo	5,3%	10%	10%	18%	7,1%
Dolor moderado	–	25%	21%	27%	21,6%
Total dolor	–	35%	31%	45%	28,7%
Náuseas	–	20%	–	23%	10,1%

nicas seriadas o diferentes tipos de control postoperatorio hasta la completa desaparición de los principales síntomas, que dista mucho de ser tan sólo de 24 horas, único control que tienen la mayoría de nuestras unidades en la actualidad. Consideramos que es necesario que el paciente permanezca vinculado al hospital para lograr una continuidad asistencial real. Una forma sencilla de conseguirlo sería mediante un acceso telefónico rápido hasta la revisión en consultas externas por el cirujano y el alta definitiva del proceso.

Como hemos visto, cada tipo de intervención necesita niveles de atención domiciliaria diferentes. Algo tan sencillo en principio como el control telefónico nos va a permitir obtener información para adecuar los recursos de que disponemos en niveles de atención y actuación diferentes y previsibles:

- Horario y número de llamadas a realizar.
- Días de atención necesarios para cada tipo de intervención y paciente.
- Tipo de encuesta telefónica a realizar.
- Personal que debe realizar cada control: facultativo y/o enfermería según el nivel de complejidad, y en caso de existir complicaciones poderlas resolver de forma temprana y adecuada.

Lo que se pretende mediante la estandarización del control telefónico es lo que todos los profesionales que nos dedicamos a la cirugía ambulatoria (cirujanos, anestesiólogos, enfermería, etc.) queremos: la mejor atención posible para nuestros usuarios y la continuidad en su asistencia.

El paciente debe alcanzar, como mínimo, el mismo nivel de atención asistencial que si estuviera hospitalizado, aunque todos sabemos que *“la seguridad de nuestros pacientes no radica en la hospitalización sino en la calidad asistencial que les proporcionemos”* (10). A través de la llamada telefónica mantenemos el cordón umbilical del paciente con el hospital, lo que repercute de forma directa en que tanto ellos como su entorno familiar se encuentra más seguro y protegido. Además estamos proporcionando la ventaja de no tener que quedar ingresado, con el valor añadido de la mejor gestión sanitaria sin detrimento de la calidad asistencial.

Sabemos que el control de las complicaciones menores acorta el tiempo de reincorporación a las actividades cotidianas y siempre tenemos que tener en cuenta *“que una complicación menor no es menor para el que la padece”*. Mediante la llamada continuamos la asistencia, el paciente consulta de forma directa las complicaciones y dudas que le van surgiendo solucionándolas en tiempo y forma sin incremento de la ansiedad de él y de su entorno y sin tener que acudir al hospital ni al centro de salud.

Es tarea de todos, especialmente de los que coordinamos las unidades de cirugía sin ingreso, demandar a nuestras direcciones la asignación de los recursos humanos y estructurales necesarios para la correcta estandarización de la continuidad en la asistencia de nuestros pacientes: algo tan sencillo como esto está todavía por

hacer. Muchas veces nos empeñamos en hacer estudios complejos de comparación de técnicas, anestésicos, etc. y no nos paramos a pensar en lo más elemental, en lo que nuestros pacientes demandan; atención y asistencia continua hasta la completa resolución de su proceso.

Las llamadas telefónicas son un vehículo, requieren tiempo y habilidades propias de un personal de enfermería bien entrenado y motivado, pero guiado por los facultativos.

Nos van a proporcionar lo que tanto se nos reclama desde las direcciones hospitalarias: información desde la fuente, registro y explotación de la misma, y a través de ella: autoevaluación y mejora continua. Factores que realmente van a repercutir de forma directa en la calidad y continuidad de la asistencia a nuestros pacientes.

A la incompreensión de los gestores y la variabilidad en el seguimiento domiciliario hay que sumar que diseñar el control postoperatorio, recoger los datos de las llamadas, tabularlas, estudiarlas estadísticamente y sacar conclusiones es una tarea ardua y que muchas veces excede de las posibilidades del clínico acostumbrado a otros ámbitos en las ciencias de la salud. Son pues muchas las dificultades a las que nos enfrentamos. Creemos que la información correctamente recogida y analizada va a proporcionar además de la satisfacción del usuario la del profesional sanitario que oferta un alta segura y de calidad.

En la actualidad, en vista de la evidencia de los estudios expuestos, el control telefónico domiciliario se muestra como una herramienta muy valiosa para establecer las bases de la continuidad asistencial. Pensamos que esta herramienta permanece en el olvido de los gestores; porque desde nuestro punto de vista está infravalorada por los clínicos implicados en la cirugía ambulatoria, tanto cirujanos como anestesiólogos, que la contemplan más como un mero formulismo perteneciente al equipo de enfermería, que como una fuente de datos objetiva. La información derivada de la misma, utilizada de forma correcta y eficiente nos serviría para corregir protocolos, tratamientos, así como para prevenir posibles complicaciones en el domicilio que tanto preocupan y comprometen la calidad de vida y la continuidad en la asistencia de nuestros pacientes y que, como hemos visto, dista mucho de ser tan sólo de 24 horas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. TJC on Accreditation of Healthcare Organizations: 1998-1999. Comprehensive Accreditation Manual for Ambulatory Care (CAMAC). Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, 1998.
2. TAC on Healthcare Standards: clinical indicators. A user's manual. Day procedure indicators. Zetland, The Australian Council on Healthcare Standards; 1995.
3. Comisión de Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Guía de Organización y Funcionamiento de la CMA. Ministerio de Sanidad y Consumo; 1992.

4. Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria del Ministerio de Sanidad y Consumo. Revisión 2008. [http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2\\_doc.htm](http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2_doc.htm).
5. Academia de les Ciències Mèdiques de Catalunya y Balears. Comisión para la elaboración de pautas y recomendaciones para el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria. Societat Catalana de Cirurgia; 1993.
6. Porrero J. Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico. Doyma; 1999.
7. Maestre J. Control de calidad en cirugía mayor ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2000; 47: 99-100.
8. García-Aguado R, Moro Blázquez B, Martínez Pons V, Viñoles J. El camino hacia la normalización de la anestesia ambulatoria. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2003; 50: 433-8.
9. Iasist. TOP 20: <http://www.iasist.com>. 2008.
10. Ramon Roca C. Mejora del proceso quirúrgico ambulatorio. *Cir May Ambul* 2001; 6(2): 69-70.
11. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85: 808-16.
12. Rawal N, Hylander J, Nydahl P, Oloffson I, Gupta A. Survey of postoperative analgesia following ambulatory surgery. *Acta Anaesthesiol Scand* 1997; 41: 1017-22.
13. Chung F. Recovery pattern and home readiness after ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1995; 80: 896-902.
14. Kong K, Child D, Nasmyth-Miller D. Demand on primary health care after day surgery. *Ann R Coll Surg Engl* 1997; 79: 291-5.
15. Ghosh S, Sallam S. Patient satisfaction and postoperative demands on hospital and community services after day surgery. *Br J Surg* 1994; 81: 1635-8.
16. Fortier J, Chung F, Su J. Predictive factors of unanticipated admission in ambulatory surgery: a prospective study. *Anesthesiology* 1996; 85: A27.
17. Mattila K, Toivonen J, Janhunen L, Rosenberg PH, Hynynen M. Postdischarge symptoms after ambulatory surgery: first-week incidence, intensity and risk factors. *Anesth Analg* 2005; 101: 1643-50.
18. Oberle K, Allen M, Lynkowski P. Follow-up of same day surgery patients. A study of patient concerns. *AORN Journal* 1993; 59: 1016-9.
19. Lewin J, Razis P. Prescribing practice of take home analgesia for day case surgery. *Br J Nurs* 1995; 4: 1047-51.
20. Chung F, Ritchie E, Su J. Postoperative pain in ambulatory surgery. *Anesth Analg* 1997; 85: 808-16.
21. Kamming D, Chung F, Williams D, McGrath B, Curti, B. Pain management in ambulatory surgery. *J Perianesth Nurs* Jun 2004; 19(3): 174-82.
22. Chung F, Un V, Su J. Postoperative symptoms 24 hours after ambulatory anaesthesia. *Can J Anaesth* 1996; 43: 1121-7.
23. Bostrom B, Ramburg T, Fridlund B. Survey of postoperative patients' pain management. *J Nurs Manag* 1997; 5: 341-9.
24. Beauregard L, Pomp A, Choiniere M. Severity and impact of pain after day surgery. *Can J Anaesth* 1998; 45: 304-11.
25. Watt-Watson J. Nurses' knowledge of pain issues: a survey. *J Pain Symptom Manage* 1987; 2: 207-11.
26. McGrath B, Elgandy H, Chung F, Kamming D, Curti B, King S. Thirty percent of patients have moderate to severe pain 24 hr after ambulatory surgery: a survey of 5,703 patients. *Can J Anaesth* 2004; 51(9): 886-91.
27. Martin Lopez M, Fortuny G, Riera F, Grau L, Maeso M. Effectiveness of a clinical guide for the treatment of postoperative pain in a major ambulatory surgery unit. *Amb Surg* 2001; 9: 33-5.
28. Viñoles Perez 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.
29. Kovac A. Prevention and treatment of postoperative nausea and vomiting. *Drugs* 2000; 59: 213-43.
30. Foster P, Stickle B, Laurence A. Akathisia following low-dosis droperidol for antiemesis in day-case patients. *Anaesthesia* 1996; 51: 491-4.
31. Scuderi P, James R, Harris L. Antiemetic prophylaxis does not improve outcomes after outpatient surgery when compared to symptomatic treatment. *Anesthesiology* 1999; 90: 360-71.
32. Apfel C, Kranke P, Eberhart L, Roos A, Roewer N. Comparison of predictive models for postoperative nausea and vomiting. *Br J Anaesth* 2002; 88(2): 234-40.
33. Rusch D, Eberhart L, Biedler A, Dething J, Apfel C. Prospective application of a simplified risk score to prevent postoperative nausea and vomiting. *Can J Anesth* 2002; 52(5): 478-84.