

## Monográfico de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

# Alta y seguimiento en CMA de cirugía de pared abdominal

*Discharge and follow-up in major ambulatory surgery for abdominal wall surgery*

Almoguera González FJ, Suárez Grau JM, Ruiz García BÁ, Tinoco González J, Tallón Aguilar L

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

### RESUMEN

La Cirugía Mayor Ambulatoria está cada vez más implementada en nuestra sociedad por lo que hace indispensable un alta segura y la creación de sistemas de seguimiento en el domicilio para una mejor atención del paciente como son la vía telefónica o las nuevas aplicaciones móviles.

**Palabras Clave:** IRAS, E-Health, seguimiento.

### ABSTRACT

Major Ambulatory Surgery is increasingly implemented in our society, which makes safe discharge essential and the creation of monitoring systems at home for better patient care, such as by telephone or the new mobile applications.

**Keywords:** IRAS, E-Health, Follow up.

### INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) o Cirugía Sin Ingreso (CSI) se está imponiendo progresivamente como el tipo de régimen quirúrgico más frecuente<sup>1</sup>. En la literatura se defiende este tipo de

intervenciones quirúrgicas ya que sus resultados son similares a la cirugía con ingreso disminuyendo significativamente los costes. La gran ventaja de este régimen quirúrgico es la costo-eficiencia, así como el mantenimiento de la seguridad del paciente<sup>1,2</sup>.

La CMA cada vez tiene un espectro más amplio con cirugías cada vez más complejas que se pueden manejar mediante cirugía sin ingreso.

Habitualmente existen criterios que tienen que cumplir los pacientes para poder realizar una intervención quirúrgica sin ingreso, ejemplo de estos serían<sup>3</sup>:

- Aspectos fisiológicos: En este punto lo marca principalmente el ASA que debería ser I o II. En algunos casos seleccionados podrían ser ASA III. La obesidad, aquellos pacientes con obesidad mórbida no deben realizarse intervenciones quirúrgicas sin ingreso. La toma de anticoagulantes que deberán individualizarse en cada caso. La edad no es una contraindicación.
- Aspectos psicológicos: se excluyen aquellos pacientes que sean incapaces de comprender las instrucciones orales.
- Aspectos Entorno: presentar acompañante, no vivir a más de una hora, disponer de teléfono móvil.

Por ello, tenemos que seleccionar aquellos pacientes que sean candidatos a realizar una cirugía en régimen ambulatoria. Hay pocos estudios en la literatura de cuáles son las posibles causas de un rechazo a este tipo de cirugía, sin embargo, encontramos un artículo<sup>4</sup> que si lo realizan, dónde se muestra el índice de rechazo

### CORRESPONDENCIA

Francisco José Almoguera González  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41013 Sevilla  
[fcoal94@gmail.com](mailto:fcoal94@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Almoguera González FJ, Suárez Grau JM, Ruiz García BÁ, Tinoco González J, Tallón Aguilar L. Alta y seguimiento en CMA de cirugía de pared abdominal. Cir Andal. 2024;35(2):111-113. DOI: 10.37351/2024352.10

por patología asociada, creando un score (IRAS) para la predicción de estos pacientes, las comorbilidades más relevantes serían: Diabetes Mellitus, ASA, diagnóstico de cáncer, cirugía previa y toma de antiagregantes. Este score es de fácil uso y permitiría una selección previa de los pacientes para ofrecer el régimen más apropiado (Tabla 1).

**Tabla 1. IRAS para manejo de pacientes que rechazan CMA**

Risk Factor	Category	IRAS
Type 2 diabetes mellitus	No (reference)	0
	Yes	3
Severe physical status classification (ASA 3/4)	No (reference)	0
	Yes	6
History of prior malignancy	No (reference)	0
	Yes	3
Prior abdominal surgery	No (reference)	0
	Yes	2
Usage of antiplatelet agents	0 (reference)	0
	≥1	3
Risk index		0-17

Uno de los puntos más relevantes en la cirugía sin ingreso es la información al paciente tanto oral como escrito, así como la resolución de las dudas para realizar un adecuado control posoperatorio en el domicilio. Por ello, si nos centramos en la patología de pared abdominal, se debe realizar un informe de alta tanto del cirujano para los cuidados generales de la patología intervenida (Tabla 2) así como de la enfermería para el cuidado de la herida quirúrgica (tabla 3)<sup>1,2</sup>.

La mayoría de las llamadas que se producen por parte de los pacientes al teléfono disponible son por dolor (23,9%) y por sangrado (20,4%) así como por fiebre (8,6%) el resto de las causas representan un porcentaje muy pequeño<sup>2,5</sup>.

**Tabla 2. Recomendaciones al ALTA cirujano**

- Medicación analgésica de uso sencillo, ágil y eficaz.
- No realizar sobreesfuerzos como levantar peso o correr en 4-6 semanas; sí puede y debe realizar actividad física leve como caminar.
- Evitar el estreñimiento.
- Mantener la herida limpia y seca hasta retirada de puntos.
- No necesita curas diarias de herida quirúrgica en su Centro de Salud; si evidencia manchado abundante de herida quirúrgica, acudir a su Centro de salud para cura.
- Acudir a su Centro de Salud para retirada de puntos a los 8-10 días de la intervención.
- Protección solar sobre cicatriz.
- Se proporciona un teléfono de la unidad por si el paciente presenta alguna duda.
- Ante la presencia de fiebre, dolor que no cede con analgesia pautada, supuración/sangrado profuso de herida quirúrgica, malestar general, u otros signos/síntomas de alarma, acudir a Urgencias para valoración.

**Tabla 3. Recomendaciones al ALTA enfermería**

- No es preciso curar diariamente la herida, salvo que ésta se moje o aparezca alguna posible señal de sangrado o infección.
- Es importante mantener el apósito de la herida limpio y seco, aunque puede ducharse (no bañarse) a las 48-72 horas de la intervención quirúrgica, evitando mojar la herida. Si se moja, se aconseja secarla suavemente con gasa estéril y aplicar antiséptico colocando una nueva gasa y esparadrapo, siempre con lavado previo de manos.
- Es normal que tras el alta pueda sentir dolor. Tome los analgésicos prescritos por su médico, y reinicie su medicación domiciliar habitual, salvo que reciba alguna orden médica nueva que lo contraindique.
- Aconsejamos: Evitar golpes y tracciones sobre la herida quirúrgica, así como realizar esfuerzos importantes y coger excesivo peso. Sería apropiado el uso correcto de una faja abdominal durante al menos un par de meses. Llevar una alimentación rica en fibra para evitar el estreñimiento que pudiera aparecer tras la intervención quirúrgica, así como rica en proteínas para favorecer la cicatrización. Dar pequeños paseos. Reducir el consumo de alcohol y evitar fumar.
- Retirar los puntos de sutura en su centro de salud el día indicado en el informe de alta.
- Evitar la exposición directa al sol y/o utilizar cremas de alta protección solar, una vez hayan sido éstos retirados.
- Teléfono de la Unidad.

## FORMAS DE SEGUIMIENTO

Existen actualmente cuatro formas principales de seguimiento de los pacientes:

### Consulta presencial

Sería la forma habitual que se ha realizado y es la revisión del paciente en la consulta del especialista dónde es valorada tanto la clínica como la exploración del paciente intervenido de patología de pared abdominal. Dado el volumen de pacientes de la CMA que está en crecimiento sería muy costoso económicamente y en personal dado el número de pacientes que necesitarían revisión presencial.

### Vía telefónica

Es la técnica más implementada actualmente, existen numerosos estudios con una población a estudio elevada y con varios años de seguimiento que muestran que este tipo de seguimiento presenta una detección de complicaciones precoces, así como aquellos pacientes que necesitan una revisión en la consulta presencial. Este seguimiento sería realizado mediante una llamada telefónica de una enfermera registrada y capacitada a las 24 horas y a las 2 semanas de la intervención quirúrgica<sup>6,7</sup>.

Esta modalidad como hemos dicho es la más utilizada principalmente por la comodidad que aportamos a los pacientes de no tener que acudir a una consulta médica y la seguridad y la eficacia que presenta en la detección de complicaciones precoces similar a la consulta presencial.

### Uso app e-health

El uso de aplicaciones móviles en medicina también está cada vez más implementado tanto por parte del personal como de los pacientes. Esta app presenta la ventaja de que no se necesita personal para la revisión de los pacientes, consiste principalmente en una forma de monitorizar todo el posoperatorio.

La aplicación envía una encuesta los días 1, 6, 8, 10 y 14, según los resultados obtenidos de esta encuesta un algoritmo la valora entregando al paciente la forma de actuar ya sea acudir a la consulta principal, urgencias o que presenta un posoperatorio favorable y normal. Actualmente está en estudio su posible utilización, pero es una herramienta con un potencial muy elevado para el seguimiento<sup>8</sup>.

### App hernia-specific-quality-of-life (HERQL)

La diferencia con la aplicación anterior es que aquí tenemos un seguimiento a largo plazo. E-Health detectaba complicaciones a corto plazo, pero en este caso vamos a buscar complicaciones a largo plazo. Es una forma de mantener un seguimiento de pacientes durante años sin que estos acuden a la consulta del especialista teniendo seguimientos de incluso años de pacientes intervenidos de hernias primarias en régimen de CMA sin aumentar el gasto ni el volumen de las consultas<sup>9</sup>.

La importancia del desarrollo de estas aplicaciones es que, si se mejoran algunas limitaciones y se estandariza su uso, se considerarían seguras y factibles y podrían mejorar la calidad de la atención de los pacientes y facilitar la investigación de resultados con un seguimiento más integral y completo y así poder proponer medidas de mejora<sup>10</sup>.

## CONCLUSIONES

Lo principal y más importante en el seguimiento y el alta de los pacientes en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria es la correcta selección de estos. Cuando realizamos de la forma correcta el primer paso tendremos un seguimiento más acorde a las necesidades de nuestros pacientes.

Tras la correcta selección el segundo punto relevante es la realización de un alta tanto por parte de enfermería como del cirujano dónde se expliquen todas las recomendaciones de una manera detallada y de fácil entendimiento, así como la explicación a paciente y familiares.

Por último, se ha visto la multitud de posibilidades que existen para el seguimiento de los pacientes pasando de una revisión en la consulta de forma habitual a otras de forma telemática. La más implementada y la que más se utiliza actualmente en el seguimiento vía telefónica, pero se están desarrollando aplicaciones que mejorarían la atención de los pacientes, así como su fácil acceso a cualquier tipo de población.

## BIBLIOGRAFÍA

- Ramos Muñoz F, Rodríguez Silva C, Cabello Burgos AJ, Martínez Ferriz JA. Control postoperatorio tras el alta en CMA. *Cir Andal* 2022;33(4):422-425.
- Romero Sánchez IM, López Barea J, Cordero Ponce M. Seguimiento telefónico de las complicaciones en cirugía mayor ambulatoria. *CIR MAY AMB* Vol 14, N° 1, pp 12-15, 2009.
- Bustos Molina F. Presidente de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. Servicio Anestesiología C. Hospitalario de Toledo, Jordi Colomer Mascaró. Cirujano General, Maria-Dolors Estrada Sabadell. A gència d' Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques. Cataluña, María Cruz Isar Santamaría. Vocal enfermería de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria. C. Hospitalario de Toledo, Alfredo Jiménez Bernadó. Cirugía General. Coordinador UCMA del Hospital Lozano Blesa, de Zaragoza, Ignacio Landa García. Asociación Española de Cirujanos. Servicio de Cirugía General. Hospital 12 de Octubre, de Madrid, Juan Murube del Castillo. Presidente de la Sociedad Española de Oftalmología. Profesor Emérito Universidad de Alcalá de Henares, Francisco Muñoz Negrete. Sociedad Española de Oftalmología. Servicio de Oftalmología del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. Profesor titular de Oftalmología de la Universidad de Alcalá de Henares, Juan Carlos de la Pinta García. Anestesiólogo. Responsable de la UCMA. Fundación Jiménez Díaz, de Madrid, José León Paniagua Caparrós. Doctor Arquitecto, Antonio Planas Roca. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Príncipe de Asturias de Alcalá de Henares, de Madrid, Santiago Revuelta Álvarez. Cirujano General. Hospital Sierrallana de Torrelavega, Cantabria. Manual Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria Estándares y recomendaciones. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO CENTRO DE PUBLICACIONES PASEO DEL PRADO, 18. 28014 Madrid; 2005.
- Oliveira J, Ramos SF, Cruz MB, Novais I, Magalhães C, Santos M. What Leads to a Patient Refusal for Ambulatory Surgery? A Logistic Regression Prediction Model Based on a Five Year Retrospective Analysis of Patients with Abdominal Wall Hernia. *Acta Med Port* 2022 Mar;35(3):184-191.
- Arance García M, Pérez Torres MC, Galafate Andrades Y, Martín-Gil Parra R, Docobo Durántez F. Complicaciones tras el alta a domicilio: seguimiento durante 24 meses en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *CIR MAY AMB, S L Vol 14, N° 2, pp 55-59, 2009.*
- Liu A, Greenberg JA, Xu Y, Shada AL, Funk LM, Lidor AO. Phone follow-up after inguinal hernia repair. *urgical Endoscopy* (2021) 35:5159–5166.
- Dewar A, RN, PhD Jan Scott, RN, BScN Janice Muir, RN, MSN. Telephone Follow-Up for Day Surgery Patients: Patient Perceptions and Nurses' Experiences. *J Perianesth Nurs* 2004 Aug;19(4):234-41.
- Van Vugt R, Veldhuizen J. H. M. B. Stoot. JLFR. Using an E-Health Application for Post-operative Monitoring After Inguinal Hernia Repair: A Feasibility Study. *World J Surg* (2023) 47:182–189.
- Huang C-S, Tai F-C, Lien H-H, Wong J-U, Huang C-C. Long-term Follow-up of Patients With Hernia Using the Hernia-Specific Quality-of-Life Mobile App: Feasibility Questionnaire Study. *JMIR Form Res* 2022 Oct 19;6(10).
- Jacqueline M. Soegaard Ballester a,b,c,\*, Mary F. Scott b, Lily Owei b, Christopher Neylan b,e, C. William Hanson c,d, and Jon B. Morris. Patient preference for time-saving telehealth postoperative visits after routine surgery in an urban setting. *Surgery* 163 (2018) 672–679.