

Medicent Electrón. 2015 abr.-jun.;19(2)

HOSPITAL PROVINCIAL UNIVERSITARIO
 «ARNALDO MILIÁN CASTRO»
 SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud

Major ambulatory and short-stay surgery: necessary coordination between primary and secondary levels of health care

MSc. Dr. Javier Cruz Rodríguez¹, Dr. C. Abraham Dimas Reyes Pérez², MSc. Dr. Joaquín Zurbano Fernández³

1. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Residente de tercer año de Cirugía General. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: javiercr@hamc.vcl.sld.cu
2. Especialista de Primer y Segundo Grados en Ginecología y Obstetricia. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Máster en Ciencias de la Educación. Profesor Titular y Consultante. Hospital Militar Clínico-Quirúrgico Docente Comandante Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.
3. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Máster en Educación Médica Superior. Asistente. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

DeCS: procedimientos quirúrgicos ambulatorios, atención primaria de salud servicios de atención de salud a domicilio.

DeCS: ambulatory surgical procedures, primary health care, home care services.

Señor Editor:

El hombre, desde los inicios de su historia, ayudó a sus congéneres en la solución de sus afecciones quirúrgicas, por lo que se puede afirmar que la operación por el método ambulatorio es la forma más antigua de cirugía que se conoce. En los últimos siglos, conforme se desarrollaron los hospitales, casi toda la cirugía se trasladó al medio hospitalario; sin embargo, durante el siglo XX se iniciaron los intentos por difundir las ventajas de egresar a los pacientes el propio día de la operación.

No obstante su longeva práctica, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) no contó con un programa hasta la década de los años 60 del pasado siglo, cuando se comenzó a desarrollar el primer Programa de Cirugía Ambulatoria en el Butterworth Hospital de Grand Rapids de Michigan, en los Estados Unidos.¹

La CMA constituye una modalidad asistencial, mediante la cual se ha conseguido que, en pacientes seleccionados y con independencia del tipo de anestesia utilizada, se realicen determinadas intervenciones quirúrgicas. Con esta forma de hacer la cirugía, el paciente puede acudir a la institución de salud el día de la intervención que tienen programada, y después de un período de recuperación corto, se le da el alta hospitalaria en las primeras horas del postoperatorio, y regresan a su domicilio el mismo día en que esta se realizó.^{2,3}

Desde el punto de vista conceptual, la cirugía de corta estadía (CCE) difiere de la CMA en que constituye un programa de trabajo que resuelve afecciones quirúrgicas que necesitan cirugía mayor, con estancias entre uno y tres días. Ambos conceptos responden a una misma forma de pensar, en la cual se considera la CMA como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria.^{2,3}

Las ventajas derivadas de esta propuesta asistencial son: el acortamiento del tiempo en la lista de espera; el aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias; la disminución del riesgo de adquirir alguna infección nosocomial; la disminución de la ansiedad del paciente; una atención más personalizada a este; su incorporación más rápida al medio familiar y laboral; la contribución a una mayor motivación profesional y la satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece, así como la reducción sustancial del gasto sanitario.

Actualmente se informa que puede llegar a constituir entre el 40 y 60 % de la cirugía programada, con potencial para alcanzar valores de sustitución entre el 70 y el 80 %. Se ha comprobado que su aplicación reduce los costos hospitalarios entre un 25 y 75 %.

La CMA ha crecido notablemente a nivel mundial e involucra a todas las especialidades quirúrgicas. Esto ha sido posible, desde el punto de vista científico y técnico, porque se dispone de mejores fármacos anestésicos, mejor monitorización y métodos quirúrgicos cada vez menos cruentos. Desde el punto de vista económico, la rentabilidad que proporciona esta modalidad, el encarecimiento de los costos hospitalarios, el aumento de la demanda asistencial y el alargamiento de la expectativa de vida de la población han contribuido a su desarrollo.

Cuba, como parte de sus adelantos científico-técnicos y el desarrollo de su sistema de salud pública, no ha permanecido ajena a la positiva transformación que estas modalidades asistenciales representan. El Hospital «Hermanos Ameijeiras» comenzó a aplicar la CMA en La Habana en el año 1983. En la provincia de Villa Clara se comenzó a realizar en 1990.⁴ Desde entonces, la proporción de pacientes intervenidos por estas modalidades se ha incrementado notablemente y el reconocimiento de sus ventajas ha determinado la universalización de la práctica de egresar precozmente a los pacientes, siempre que sea posible.

El sistema de salud cubano incorporó, desde 1984, el modelo de atención del médico y la enfermera de la familia mediante la Atención Primaria de Salud (APS). En los últimos años, la APS ha alcanzado una importante posición en el sistema de salud, porque es en la comunidad donde ocurre la mayor parte de los sucesos que repercuten en la salud de los individuos, la familia y la población en general. No obstante, existen insatisfacciones en la población por varios factores, como la falta de continuidad en la atención, la cual se interrumpe frecuentemente cuando el paciente ingresa en un hospital.

De esta realidad, no están exentos los pacientes intervenidos por CMA y CCE. Las deficiencias en cuanto a la coordinación y seguimiento de los pacientes, que afectan la calidad del proceso quirúrgico ambulatorio, ha sido planteada en otros trabajos por Zurbano,⁴ Gutiérrez,⁵ Cruz⁶ y Cousin.⁷

Entre los elementos conceptuales de la APS, se incluyen la continuidad y la coordinación de la atención a los problemas de salud. Las altas hospitalarias posquirúrgicas repercuten en el equipo de trabajo de la APS en diferente medida, según el tipo de cirugía y la organización de los cuidados. Las altas de CMA y CCE significan una sobrecarga de trabajo importante para el equipo de trabajo de la APS, pues con frecuencia no pueden asumirse con facilidad. Algunas veces los pacientes llegan a su consultorio del médico de la familia ya operados, sin que exista una comunicación previa, y otras sencillamente no acuden a este porque realizan su seguimiento evolutivo completo en el hospital. Estas situaciones atentan contra la calidad del proceso asistencial en CMA y CCE.

Se debe considerar que el ingreso domiciliario (que se efectúa en la APS) es el complemento para la CMA y la CCE. La cirugía ambulatoria y el egreso hospitalario temprano tienen un pilar fundamental en él.⁸

Es necesario perfeccionar el proceso de atención al paciente que es intervenido por CMA o CCE para elevar la calidad de los servicios de salud.

Esto se encuentra en concordancia con los lineamientos 154 y 155, que en materia de salud fueron aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, y plantean: «Elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población [...] Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria».⁹ Asimismo, la importancia y actualidad de este tema fue reconocida por la Sociedad Cubana de Cirugía, que en el XII Congreso Cubano de Cirugía y en el Simposio Regional de la Federación Latinoamericana de Cirugía, celebrados en el 2013, declararon como temática central: «Por mayor vinculación de la cirugía a la atención primaria».

Para lograr este perfeccionamiento en la asistencia al paciente en CMA y CCE, es necesario remodelar las relaciones entre los niveles primario y secundario de salud, para lo que se deben desarrollar guías de actuación adaptadas a cada contexto y la aplicación de modelos de historia clínica que contribuyan a garantizar una efectiva comunicación entre los niveles de atención. En tal sentido, es necesario señalar que está en desarrollo un proyecto institucional aprobado por el Hospital Universitario «Arnaldo Milión Castro» titulado «Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía», actualmente con propuestas en fase de evaluación.

Rojas,¹⁰ retomó en su trabajo fragmentos del documento titulado «Transformaciones necesarias en el Sistema de Salud Pública», que el Ministerio de Salud Pública emitió en el año 2010, y asumió que: «Nuestro país requiere hoy nuevas decisiones para continuar perfeccionándose, solucionar los problemas actuales, eliminando las causas que le dieron origen desde sus raíces, y avanzar con mayores perspectivas y seguridad hacia su desarrollo».

Con tal planteamiento también coinciden los autores de este artículo, que con el anhelo de contribuir con ese empeño dirigen su accionar hacia la actividad en CMA y la CCE.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Luzardo Silveira EM, Parra Infante N, González Rondón PL, Viel Navarro D. Cirugía mayor ambulatoria en pacientes con apendicitis aguda. MEDISAN [serie en Internet] 2010 ago.-oct. [citado 26 ene. 2015];14(7):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700003&nrm=iso
2. Cruz Rodríguez J, Pérez Cedeño Y, Díaz Prado A. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012 [CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.
3. Cruz Rodríguez J, Pérez Cedeño Y. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en centros de diagnóstico integrales. Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012 [CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.
4. Zurbano Fernández J. Alternativas para perfeccionar la atención del médico de la familia al paciente quirúrgico ambulatorio de Cirugía General en la comunidad. Área de salud Chiqui Gómez [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
5. Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria [tesis]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.
6. Cruz Rodríguez J, Díaz Prado A. Ingresos domiciliarios en el Policlínico Capitán Roberto Fleites. Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012. [CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.
7. Cousin Otomuro L, Cervera Estrada L, Hernández Riera R, Rodríguez Ramírez M. Evaluación del trabajo realizado por médicos y enfermeras de la familia con pacientes quirúrgicos ambulatorios. Rev Arch Méd Camagüey [internet]. 2012 sep.-oct. [citado 10 ene. 2014];16(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es

8. Pujol Ortiz Z, Duarte Vilariño A, Páez Díaz C, Pujol Rosón G. Criterios del médico de familia acerca del ingreso domiciliario en el Área Norte de Ciego de Ávila. MEDICIEGO [internet]. 2010 [citado 20 oct. 2011];16(Supl. 1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-4.html
9. Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. Actas del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, 18 abr. 2011. La Habana: Palacio de Convenciones; 2011.
10. Rojas Ochoa F. Toda obra humana puede mejorarse. Rev Cubana Salud Pública [internet]. 2012 jul.- sep. [citado 19 jul. 2013];38(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662012000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Recibido: 14 de julio de 2014

Aprobado: 1 de diciembre de 2014

MSc. Dr. Javier Cruz Rodríguez. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Residente de tercer año de Cirugía General. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: javiercr@hamc.vcl.sld.cu