

Cirugía mayor ambulatoria e integración con el nivel primario de atención: una mirada desde Cuba

Major Ambulatory Surgery and integration with the primary level of attention: a look from Cuba

J. Cruz Rodríguez

Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Instructor. Investigador Agregado. Hospital Clínico-Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara. Villa Clara, Cuba.

Autor para correspondencia: javiercruz@infomed.sld.cu

Señor Director:

Resulta verdaderamente placentero apreciar que la *Revista cirugía mayor ambulatoria* dedicó su último número de 2017 a la relación entre cirugía mayor ambulatoria (CMA) y Atención Primaria (AP) y, aunque todos los artículos presentan notable importancia, es especialmente estimulante encontrar dos trabajos como "Integración de Atención Primaria en los programas de cirugía mayor ambulatoria. Proyecto Kirubide" de Rebollo y cols. (1) y "La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria" de Noguera y Aguirrezabalaga (2). Sin duda alguna, son trabajos que desde su concepción ya invitan a la acción y sus resultados constituyen un importante estímulo para continuar el perfeccionamiento del proceso de atención en CMA. Con la presente comunicación se pretende realizar un breve bosquejo sobre la implementación y desarrollo de la CMA en Cuba; significar sus potencialidades de perfeccionamiento y esfuerzos para su integración con la AP, a la vez que se comenta en relación con un proyecto local de similar naturaleza realizado en la ciudad de Santa Clara.

La CMA se inició en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" de La Habana en el año 1983 y paulatinamente se extendió por todo el país (3). En 2016, según el *Anuario estadístico de salud*, se realizaron el 53,7 % de las intervenciones quirúrgicas mayores de forma ambulatoria (4). Es posible que el porcentaje se encuentre en torno al 70 % si se considerase solo la cirugía mayor electiva.

En cuanto a los espacios diseñados para la realización de la CMA, según lo constatado por el autor de la presente misiva, y lo referido por colegas de otras localidades, las unidades de Cirugía Ambulatoria (UCA), en consideración a su organización funcional, son fundamentalmente las UCA integradas y controladas por el hospital y las UCA autónomas controladas por el hospital. Un caso singular de UCA tipo Unidad satélite del hospital es el del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) Héroes de Playa Girón de la provincia Cienfuegos, en la zona central del país.

El CEA es una unidad asistencial cuya misión fundamental es la CMA y que funciona adjunta al Hospital Provincial "Dr. Gustavo Aldereguía Lima" (GAL), con el que comparte algunos recursos humanos, principalmente médicos.

El CEA comenzó a prestar servicios en 2009, es el primero de su tipo en el país y cuenta con capacidad para realizar unas 10.000 intervenciones por año (5).

Cuba tiene como fortaleza contar con un Sistema Nacional de Salud (SNS) único, gratuito, accesible, con cobertura universal y basado en la Atención Primaria de Salud (APS), que ofrece servicios de alta calidad respaldados por la permanente voluntad política del Estado de priorizar el sector. Un momento trascendental para el desarrollo del SNS cubano fue la implantación en enero de 1984 del programa del Médico y la Enfermera de la Familia como modelo de la APS. Este modelo de atención es la base del sistema de salud desde su implantación y está llamado a convertirse en un puntal para el desarrollo del proceso de atención al paciente en CMA.

No obstante, existen insatisfacciones en la población por 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. 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 (3) y por Cruz (6) citando a Gutiérrez (2005) "Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria", a Cruz (2012) "Ingresos domiciliarios en el Policlínico Capitán Roberto Fleites" y Cousin (2012) "Evaluación del trabajo realizado por médicos y enfermeras de la familia con pacientes quirúrgicos ambulatorios".

En cuanto a la participación de la AP en el proceso de atención al paciente en CMA, según la búsqueda efectuada por el autor de la presente misiva, no se ha reflejado de forma sistemática en la literatura especializada y se reduce a esfuerzos aislados, aunque hace más de 28 años ya se comprendía en Cuba la necesidad de su integración. En 1990 Roque (7), en su trabajo "Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bajo anestesia local", expuso que el seguimiento posoperatorio de los pacientes se realizó en coordinación con el médico de la familia, aunque no todos los pacientes intervenidos contaban con este en la comunidad. El primer trabajo hallado en el que aparece reflejado el conocimiento previo de la intervención quirúrgica por el médico de la familia, fue publicado en 1991 por Mederos (8) con el título de "Cirugía mayor ambulatoria en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos".

Hace más de seis años que en la ciudad de Santa Clara un equipo de investigadores que incluyó profesionales de varias instituciones de los niveles primario y secundario de salud, así como de otras no pertenecientes a este sector nos enrolamos en el proyecto "Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía" aprobado por el Hospital Clínico-Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" de esta ciudad. Fueron aportados, como resultados del proyecto, un modelo teórico-asistencial, un manual para la organización y procedimientos y un modelo de historia clínica los que comprenden la integración entre CMA y AP. Después de comprobadas su calidad, pertinencia y posibilidades de implementación

se procedió a su aplicación experimental obteniéndose elevados niveles de satisfacción y calidad percibidos por pacientes, familiares, clientes del proyecto y decisores de salud en la Provincia Villa Clara.

El autor de esta misiva comparte el criterio de Planells (9) de que la integración progresiva de la CMA en la medicina primaria es una necesidad del sistema que debe contribuir al desarrollo de nuevos modelos asistenciales, como la CMA de alta resolución, e incidirá en el logro de elevados niveles de calidad. También considera, coincidiendo con Andrés (10), que para conseguir esa integración se requiere de: a) la perfecta interrelación y conocimiento entre profesionales de CMA y de AP; b) protocolos comunes de actuación elaborado entre ambas partes; c) mayor independencia o autonomía de la unidad de CMA, y d) una historia clínica integrada.

Para la generalización de esta forma de entender el proceso de atención al paciente en CMA, se tiene por delante un trabajo fuerte. Tocaré luchar sistemáticamente contra la resistencia a los cambios la cual, desde el punto de vista personal del autor de la presente comunicación, es más manifiesta en los profesionales del nivel secundario de atención (en este caso los especialistas del área quirúrgica). El trabajo será muy duro pero valdrá la pena.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rebollo García AM, Álvarez Abad I, Fernández Gómez-Cruzado L, Arondo Kareaga MI, Alonso Calderón E, Colina Alonso A. Integración de Atención Primaria en los programas de cirugía mayor ambulatoria. Proyecto Kirubide. *Cir May Amb* 2017;22(4):192-201.
2. Noguera JF, Aguirrezabalaga J. La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria. [Editorial]. *Cir May Amb* 2017;22(4):182-4.
3. 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 de Maestría]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2004.
4. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2016. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2017. p. 14.
5. Cruz Rodríguez J. Centro Especializado Ambulatorio: joya de la salud pública cubana. *Medisur* 2015;13(6):711-3.
6. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. [Carta al Editor]. *Rev Medicentro*. 2015;19(2):128-31.
7. Roque Acosta PP, García Capote ME, Collado Canto E, Torres R. Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bajo anestesia local. *Rev. Cubana de Cirugía*. 1990;29(3):493-502.
8. Mederos Curbelo ON, Pargas López A, Ruiz Barrionuevo J, Gutiérrez Rojas A, Peraza Santiago E, Gerardo del Castillo A. Cirugía mayor ambulatoria en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos. *Rev Cubana de Medicina General Integral*. 1991;7(3):243-7.
9. Planells Roig M, García Espinosa R, Marmaneu Vicent MJ, Carrau Giner M. Cirugía ambulatoria e integración de primaria. La cirugía mayor ambulatoria integrada en la asistencia primaria o Cirugía Ambulatoria de Alta Resolución (CIAR). Del especialista de CMA al médico de primaria con especial interés en CMA (MAP-E-CMA). *Cir May Amb* 2017;22(4):187-91.
10. Andrés Lozano R, Paricio Talayero JM. Papel primordial de la Atención Primaria en la ordenación de la cirugía mayor ambulatoria. [Editorial]. *Cir May Amb* 2017;22(4):178-9.