

Medicent Electrón. 2017 oct.-dic.;21(4)

**HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO-QUIRÚRGICO
«CMDTE. MANUEL FAJARDO RIVERO»
SANTA CLARA, VILLA CLARA**

CARTA AL EDITOR**Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo?****Major ambulatory surgery in Villa Clara: how to continue developing it?****Abraham Dimas Reyes Pérez**

Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara.
Cuba. Correo electrónico: abrahamrp@infomed.sld.cu

Señor Editor:

A propósito de los artículos «Un centro para la cirugía ambulatoria en Santa Clara»¹ y «Un programa para la cirugía mayor ambulatoria»,² publicados en el vigésimo número que presentó la Revista Medicentro en el 2016, estimé oportuno exponer algunas consideraciones. Es este, sin duda alguna, un tema interesante y sumamente importante. La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es aquella en la que, luego de efectuados los procedimientos quirúrgicos mayores electivos, el paciente retorna a su domicilio el mismo día de la intervención, sin necesidad de hospitalización.

De esta modalidad asistencial se reconocen ampliamente sus ventajas, ya que contribuyen a acortar el tiempo en lista de espera quirúrgica, a aumentar la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias, disminuir el riesgo de adquirir alguna infección nosocomial, disminuir la ansiedad, agilizar la incorporación de los pacientes al medio familiar, laboral y social, contribuir a su mayor satisfacción, así como a la de sus familiares, facultativos y administrativos, además de reducir sustancialmente los gastos sanitarios.

La CMA ha tenido un importante desarrollo a nivel internacional en los últimos años y actualmente logra predominar entre los procedimientos electivos, según han informado varios autores. Frederico³ plantea que, a nivel mundial, representa el 60-75 % de las cirugías mayores electivas, y Gironés y colaboradores⁴ notificaron que puede alcanzar valores en torno al 80 %. En Cuba, se informaron como ambulatorias el 53 % de las intervenciones quirúrgicas mayores en el año 2015.⁵ Según el Anuario estadístico de 2015 de Cuba,⁶ se realizaron ese año, en el ámbito nacional, 28 1636 intervenciones quirúrgicas mayores ambulatorias y 124 281 electivas en pacientes hospitalizados, y en Villa Clara se realizaron, respectivamente, 24 905 y 9 690. Como se puede apreciar, la CMA representó, a niveles nacional y provincial, el 69,38 % y el 71,99 % de la cirugía mayor electiva, por ese orden. Aunque este tipo de actividad quirúrgica se ha manifestado en el rango de lo universalmente logrado, aún se debe continuar el trabajo para su perfeccionamiento en el orden normativo y en infraestructura. Así lo estimó también el autor de los dos artículos a los que inicialmente se hizo mención en la presente carta.

En el artículo «Un programa para la cirugía mayor ambulatoria», su autor expuso cómo, después de realizar un proceso indagatorio en el que empleó diversas fuentes y métodos de investigación,

361

confirmó su sospecha sobre la inexistencia de programa alguno para la actividad en cuestión.² Ofreció, como referentes a valorar en su confección, las contribuciones derivadas de un proyecto investigativo en el que se aportaron propuestas, con la acertada intención de lograr una correcta coordinación con la Atención Primaria de Salud (APS), las que consisten en: un modelo asistencial, una guía para la organización y procedimientos, y un modelo de historia clínica.

En el trabajo del mismo autor «Un centro para la cirugía ambulatoria en Santa Clara», planteó y fundamentó sobre la necesidad de crear un centro dedicado a esta actividad, inspirado en la experiencia del Centro Especializado Ambulatorio (CEA) «Héroes de Playa Girón» de la provincia de Cienfuegos.¹ En las últimas décadas, ha habido un aumento sostenido en el número y el tipo de procedimientos quirúrgicos electivos realizados en forma ambulatoria. Uno de los factores que ha contribuido a esta expansión es la creación de servicios médicos independientes, con áreas administrativas y clínico-quirúrgicas propias y destinadas exclusivamente a realizar cirugía ambulatoria.⁷

Coincido con el autor en que la creación de unidades de nuevo tipo en el país para la CMA, como el CEA, debe contribuir al desarrollo de esta modalidad quirúrgica. Sin embargo, este aspecto debe ser cuidadosamente evaluado, y ejecutarse una obra de este tipo solo cuando el presupuesto con que cuente el sector de la salud ofrezca la posibilidad.

Considero que en esos dos artículos se evidencia una visión bastante integral del proceso de atención al paciente en CMA, en la que comprenden los aspectos de infraestructura y normativos, y se le confiere una importancia capital a la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. Con dicha concepción, se contribuye al necesario acercamiento de la cirugía a la Atención Primaria de Salud y se reconoce el importante papel del médico y la enfermera de la familia en este proceso.

Un aspecto importante para desarrollar aún más esta modalidad asistencial comprende el incremento de la cirugía endoscópica. Ésta ha posibilitado reducir el tiempo de permanencia en el salón y la convalecencia, así como los riesgos para la vida de los pacientes, los dolores y las molestias características de muchos postoperatorios, lo que contribuye a su atención ambulatoria y a su más rápida reincorporación a las actividades habituales. En el año 2015, en Cuba, la cirugía por mínimo acceso representó el 8,21 % de la cirugía mayor; en Villa Clara se situó por debajo del promedio nacional, al informarse un 6,45 %.⁴ Para la realización de este tipo de cirugía, se requiere de profesionales plenamente identificados con las nuevas tecnologías que se han introducido y con un entrenamiento profundo en su utilización. Por esto es necesario incrementar el instrumental para este tipo de intervenciones, perfeccionar el entrenamiento de los residentes de las especialidades quirúrgicas y de los especialistas jóvenes.

El autor de la presente carta considera que, para el desarrollo de la CMA, es vital el sistemático estudio de su calidad, para asumir este proceso asistencial en el que debe involucrarse a todo el personal relacionado con la actividad a través del trabajo en equipo. Esta constituye una tarea pendiente, ya que aunque la mayoría de los autores coinciden en la utilización de un grupo de indicadores, existen otros que no son uniformemente empleados. Su elección debe estar supeditada a las necesidades, particularidades e intereses de las unidades de CMA.

El desarrollo de la CMA debe comprender el logro de objetivos cuantitativa y cualitativamente superiores, concebidos en la elaboración del necesario programa para esta actividad, llamado a sentar las bases para alcanzar una atención con elevados estándares de calidad, que reflejen las funciones fundamentales de los hospitales del Sistema Nacional de Salud: la asistencia, la docencia y la investigación. La asistencia, no solo se vería favorecida con la generalización de las técnicas por mínimo acceso, sino también con la concepción de instituciones y programas que faciliten la implantación de la cirugía de alta resolución. Esta modalidad, que contribuye a una mayor optimización de tiempo y recursos en CMA, consiste en la realización del reconocimiento quirúrgico, la evaluación preanestésica y la intervención quirúrgica, en una única visita hospitalaria. Este cambio en la organización sanitaria solo se podría efectuar bajo la concepción de un modelo asistencial, en el cual se gestione un proceso coordinado entre los profesionales de la APS y los del nivel secundario de atención. Para este empeño, es fundamental la orientación de la actividad docente (de pregrado y posgrado) e investigativa, en la que también se evidencie la colaboración y coordinación entre los niveles de atención ya mencionados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses en el presente artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz Rodríguez J. Un centro para la cirugía ambulatoria en Santa Clara. *Medicent Electrón* [internet]. 2016 abr.-jun. [citado 5 oct. 2016];20(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000200014&lng=es&nrm=iso&tlng=es
2. Cruz Rodríguez J. Un programa para la cirugía mayor ambulatoria. *Medicent Electrón* [internet]. 2016 jul.-sep. [citado 5 oct. 2016];20(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432016000300016&lng=es&nrm=iso&tlng=es
3. Frederico Avendaño C. El reto de la cirugía ambulatoria; tendencias actuales. *Rev Mex Anestesiol* [internet]. 2013 abr.-jun. [citado 18 jul. 2015];36(Supl.1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2013/emas131a.pdf>
4. Gironés Muriel A, Matute E, González Perrino C, Serradilla Mateos L, Molinero T, Mariné M. Resultados globales en un hospital privado sobre su modelo de gestión quirúrgica. *Cir May Amb.* 2013;18(2):61-8.
5. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 (Prólogo) [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2016 [citado 5 oct. 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
6. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2015 (Prólogo) [internet]. La Habana: Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2016 [citado 5 oct. 2016]. Disponible en: http://files.sld.cu/dne/files/2016/04/Anuario_2015_electronico-1.pdf
7. González A, De la Fuente N, del Río E, Zamora M, Nazar C. Cómo planificar, diseñar y organizar un centro de cirugía ambulatoria. *Rev Chil Cir.* 2016;68(4):328-32.

Recibido: 12 de agosto de 2017

Aprobado: 22 de septiembre de 2017

Abraham Dimas Reyes Pérez. Hospital Universitario Clínico-Quirúrgico Cmdte. Manuel Fajardo Rivero. Santa Clara, Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: abrahamrp@infomed.sld.cu