

POLICLÍNICO “CAPITÁN ROBERTO FLEITES”
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

METODOLOGÍA PARA REDUCIR LA ESTADÍA DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE URGENCIA EN CENTROS DE DIAGNÓSTICO INTEGRAL QUIRÚRGICOS

Por:

Dr. Javier Cruz Rodríguez

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico “Capitán Roberto Fleites”. Santa Clara, Villa Clara.

Descriptores DeCS:

PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS
AMBULATORIOS
TIEMPO DE INTERNACION

Subject headings:

AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES
LENGTH OF STAY

Señor Editor:

La Misión Barrio Adentro surgió en la República Bolivariana de Venezuela con el nombre de Plan Barrio Adentro el 16 de abril de 2003, como resultado del Convenio Cuba-Venezuela, y de la respuesta revolucionaria del Estado venezolano encaminada a saldar la deuda social contraída históricamente con la población más humilde de ese país. Este programa incluye a toda la población, independientemente de su clase social. Se concibe como el eje articulador de todas las políticas sociales del país^{1,2}, y se constituye como el punto de partida para el desarrollo de la Red de Atención Primaria Integral. Sitúa la atención primaria de salud como centro de un proyecto integral, interrelacionando la salud con la educación, el deporte, la cultura, la seguridad social, entre otros³⁻⁶.

La base de la atención primaria de salud, en particular, y del sistema público nacional de salud son los *Consultorios Populares* de Barrio Adentro, los cuales constituyen la puerta de entrada al sistema, y tienen un carácter ambulatorio. Los logros alcanzados por este programa posibilitaron el desarrollo de Barrio Adentro II, que representa un paso trascendental en la transformación de los servicios médicos, con el funcionamiento de *Centros de Diagnóstico* (CDI) y *Salas de Rehabilitación Integrales* (SRI). Allí se ofrece atención especializada con equipos de pesquijaje, diagnóstico y tratamiento de alta tecnología. Estas unidades agrupan áreas de influencia geográfica, donde confluye un número definido de consultorios populares o ambulatorios de la red convencional⁴. Existe un CDI y una SRI por cada 10 a 15 consultorios populares^{7,8}.

El CDI es un establecimiento de salud gratuito para la población, y ofrece servicios de apoyo diagnóstico, garantiza la asistencia médica de emergencia las 24 horas y dispone de un servicio de terapia intensiva. Los CDI surgen de la necesidad de dar apoyo diagnóstico y de fortalecer, a través de la referencia y la contrarreferencia, la capacidad resolutoria de la red de puntos de consulta y consultorios populares^{7,8}. Entre los servicios que ofrecen los CDI están los quirúrgicos. Están presentes las especialidades de Cirugía General y Traumatología, en uno por cada cuatro de estos centros, que cuentan generalmente, con un reducido número de camas (tres camas en la sala de terapia intensiva y cinco o seis en la de observación) para hacer frente no solo a los

pacientes que requieren los servicios de Cirugía y Traumatología, sino también a los que han sido hospitalizados por el servicio de guardia médica de las especialidades clínicas.

Es necesario mencionar que el CDI no presenta la estructura constructiva más adecuada para el desarrollo de la actividad quirúrgica, al no disponer de locales para la atención preanestésica y de recuperación.

Esta situación hace plantear la siguiente interrogante ¿cómo optimizar el empleo del recurso cama hospitalaria en la cirugía urgente, de tal manera que se ofrezca a los pacientes un servicio de alta calidad? El autor, en su trabajo presentado en opción al título de Máster, plantea la inclusión de los pacientes con criterios de cirugía mayor urgente en un programa de cirugía de corta estadía, para contribuir a la optimización del empleo de las camas hospitalarias en la unidad asistencial, sin detrimento de la calidad del servicio.

La inexistencia de normas metodológicas para la aplicación de la propuesta realizada hizo al autor elaborar y proponer la "Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor de corta estadía en pacientes intervenidos de urgencia". Esta constituye una propuesta metodológica basada en las características particulares del CDI "Dr. Francisco Battistini" situado en Ciudad Bolívar (Estado Bolívar). En la guía se expone, luego de hacer unas consideraciones iniciales sobre su realización y uso, las características de los CDI y los motivos para la aplicación de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y de corta estadía (CCE); luego se presentan los objetivos de esta; una reseña histórica sobre la CMA y la CCE, sus ventajas, definiciones y conceptos relacionados con CMA y CCE; definiciones y clasificación de los diferentes tipos de unidades de cirugía ambulatoria; criterios de selección de los pacientes y procedimientos, contraindicaciones para la selección de los pacientes; pasos para realizar el ingreso, control prequirúrgico, intraoperatorio y recuperación postoperatoria; pasos para efectuar el egreso; normas para el seguimiento domiciliario y por el especialista en cirugía general, y, finalmente, las acciones para el control de la calidad. Cabe mencionar que la inexistencia de indicadores de calidad específicos para este tipo de actividad, hizo al autor aplicar los indicadores de calidad de la cirugía mayor ambulatoria a la cirugía mayor urgente con corta estadía.

Inicialmente, los servicios del CDI solo prestaban asistencia en la atención de urgencia. Posteriormente, se comenzaron a realizar intervenciones quirúrgicas electivas, por lo que es más necesaria actualmente la optimización en la utilización de las camas en estas unidades y, como consecuencia, adquiere mayor importancia el trabajo presentado. Después de esto ya se realizó una guía similar para normar la actividad en CMA y CCE en pacientes operados de manera electiva.

Desde el siglo XX se han realizado múltiples intentos por popularizar y difundir las ventajas de egresar con prontitud a los pacientes operados. Conceptos como CMA y CCE responden al criterio de acortar la estadía hospitalaria de estos pacientes. Coincido con lo planteado por Rozman⁹: "*La práctica médica está experimentando numerosos cambios a los que debe adaptarse cualquier profesional del ámbito sanitario*", al referirse a la implantación de modalidades como la CMA que, a su entender, harían nuestra actividad muy diferente a como era habitual en el siglo pasado. Sin duda, es necesaria la asimilación, por parte del personal de la salud, de los cambios revolucionarios que se producen en dicho sector y su adecuación para ser aplicados, teniendo en cuenta la diversidad de contextos en que se desempeñan y sus características particulares.

Los colaboradores cubanos que prestamos asistencia sanitaria en la República Bolivariana de Venezuela estamos decididos a mejorar los indicadores de salud de ese país y contribuir, de este modo, a saldar la deuda social que con el pueblo contrajeron gobiernos anteriores. Para esto no existe otra vía que brindar servicios sanitarios integrales donde la calidad sea la palabra de orden. Vamos hacia adelante y con ahínco. Estamos forjando el futuro de nuestra América.

Referencias bibliográficas

1. Misión Barrio Adentro: salud para los pobres. Educere. 2005;9(28):47-50.
2. Rincón Becerra MT, Rodríguez Colmenares I. Gestión del programa Barrio Adentro: su expresión en el Zulia. RCS. 2007;13(3):423-33.

3. Feo O, Curcio P. La salud en el proceso constituyente venezolano. Rev Cubana Salud Pública. [serie en Internet] 2004 Abr-Jun [citado 1 Julio 2008];30 (2):[aprox. 5 p]. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000200008&lng=es&nrm=iso
4. Placeres Hernández JF, de León Rosales L, Medina Hernández Y, Martínez Rodríguez E. Barrio Adentro, expresión de la universalización de la enseñanza superior en Venezuela. Rev Méd Electrón [serie en Internet] 2007 Nov-Dic [citado 1 Julio 2008];29(6):[aprox. 5 p.]. Disponible en:
<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202007/vol6%202007/tema13.html>
5. Ríos V. Políticas sociales para otro país posible. Rev Pueblos [serie en Internet] 2004 Sep [citado 1 Jul 2008]. Disponible en:
<http://www.revistapueblos.org/spip.php?article19>
6. Alayón Monserrat R. Barrio Adentro: combatir la exclusión profundizando la democracia. Rev Venez de Econ y Ciencias Sociales. 2005;11(3):219-44.
7. Cruz Rodríguez J. Misión Barrio Adentro: salud para todos. Actas del IV encuentro teórico Universalización y Sociedad; 2008 Dic 19; Santa Clara (Villa Clara), Cuba [CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2008.
8. Alvarado C, Arismendi C, Armada F, Bergonzoli G, Borroto R, Castellanos PL, et al. Desarrollo de nuevas redes en el Sistema Público Nacional de Salud. En: Alvarado C, Arismendi C, Armada F, Bergonzoli G, Borroto R, Castellanos PL, et al. Barrio Adentro: Derecho a la salud e inclusión social en Venezuela. Caracas: OPS/OMS; 2006. p. 45-70.
9. Rozman C. Medicina interna en el siglo XXI. En: Medicina interna. 14^{ma} ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 3-7.

Recibido: 17 de febrero de 2009

Aprobado: 24 de abril de 2009