

UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS DE GRANMA
SISTEMA INTEGRADO DE URGENCIAS MÉDICAS DE GRANMA

**Interacción universidad-sociedad en la atención al paciente
apendicectomizado**

**University-society interaction in the attention to the
appendectomized patient**

Esp. MGI Roberto González de la Fé,^I Esp 2º grado MGI- Esp. Cir. Pedro Rafael Casado Méndez,^{II} Res. MGI Rafael Salvador Santos Fonseca,^{III} Esp. Cir. Rosa Margarita Mustelier Sánchez,^{II} Lic. Enferm. Rosa Maria González Lastre.^{IV}

^I Sistema Integrado de Urgencias Médicas de Granma, Cuba.

^{II} Hospital Provincial Universitario Carlos M. de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

^{III} Policlínico Universitario Luis E. de la Paz Reyna. Yara. Granma, Cuba.

^{IV} Policlínico Universitario Rene Vallejo Ortiz. Bayamo. Granma, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el compromiso social de la universidad médica cubana incluye la continua interacción con la sociedad. La apendicitis aguda afecta a la población laboralmente activa e influye en los índices de discapacidad laboral. Reincorporar al paciente a la vida laboral es también responsabilidad de la universidad.

Objetivo: establecer la relación universidad-sociedad mediante el conocimiento de médicos y pacientes en el manejo del paciente operado de apendicitis aguda.

Métodos: se realizó un estudio cualitativo tipo investigación-acción participativa. Se entrevistaron a 108 pacientes operados de apendicitis aguda y a sus médicos de familia con el objetivo de conocer el manejo de estos pacientes desde el alta hospitalaria. Se revisaron los programas de la carrera de medicina.

Resultados: los 94 médicos entrevistados se encontraban en capacidad de responder los aspectos relacionados con la intervención quirúrgica (96,8 %) y la enfermedad en cuestión (97,9 %); el 54,3 % reconocía no satisfacer las dudas respecto al proceso de convalecencia. Los 108 pacientes entrevistados se sentían satisfechos con las explicaciones brindados por el médico de familia en lo relacionado con la intervención quirúrgica (90,7 %) y la enfermedad que padecían (96,3 %) y el 57,4 % reconocía no satisfacer sus dudas respecto al proceso de convalecencia. Se diseñó el curso *Seguimiento posoperatorio al paciente operado de apendicitis aguda* como respuesta a la extensión del tiempo de la reconsulta.

Conclusión: quedó evidenciada la relación universidad-sociedad y la necesidad de un fortalecimiento mantenido que logre mayor preparación en la atención al paciente operado de apendicitis aguda.

Palabras clave: universidad, sociedad, apendicitis.

ABSTRACT

Introduction: the social commitment of the Cuban medical university includes the continuous interaction with society. Acute appendicitis affects the working population and influences the rates of work disability. Reincorporating the patient to work life is also the responsibility of the university.

Objective: to establish the university-society relationship through the knowledge of physicians and patients in the management of patients with acute appendicitis.

Methods: a qualitative study was carried out with participatory research-action. We interviewed 108 patients with acute appendicitis and their family physicians in order to know the management of these patients from hospital discharge. The medical career programs were reviewed.

Results: the 94 physicians interviewed were able to respond to aspects related to surgical intervention (96.8 %) and the disease in question (97.9 %); 54.3 % acknowledged that they did not satisfy their doubts about the convalescence process. The 108 patients interviewed were satisfied with the explanations provided by the family physician regarding the surgical intervention (90.7 %) and the disease they suffered (96.3 %), and 57.4 % acknowledged that they did not meet their doubts about the process of convalescence. The post-operative

follow-up course was designed for patients who underwent acute appendicitis as a response to the extension of the time of reconstitution.

Conclusion: the university-society relationship was evidenced and the need for a sustained strengthening that achieves greater preparation in the care of patients with acute appendicitis.

Key words: university, society, appendicitis.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis se define como la inflamación del apéndice vermiforme. Desde que Reginald Heber Fitz hizo la primera descripción en 1886, se ha considerado como “la reina” del abdomen agudo.¹

La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico y la apendicectomía es la cirugía de urgencia médica más frecuente realizada en un hospital general y alcanza entre el 1 y las 17 % de todas las intervenciones quirúrgicas y hasta el 40 % de las cirugías de urgencias no traumáticas. Es una enfermedad poco frecuente en menores de 10 años y alcanza su máxima incidencia en el período de 10 a 30 años; es más común en hombres, en una relación 3:2. Las estadísticas indican que 1 de cada 15 personas enfermarán de apendicitis aguda y señala, además, que 1 de cada 700 personas en el planeta padecerán de apendicitis aguda cada año.¹⁻³

Alrededor del 10 % de las laparotomías que se realizan en el mundo tienen como diagnóstico causal apendicitis aguda. En Cuba el 15 % de las cirugías de urgencias se deben a esta entidad.³ Las estadísticas internacionales coinciden en que el cuadro quirúrgico de urgencia abdominal más frecuente y la causa más común de cirugía no electiva es la apendicitis aguda. Es una de las entidades clínicas mejor reconocidas, pero una de las que mayores problemas diagnósticos pueden suponer.³⁻⁶

Al seguir el marco de referencia propuesto por Kessner⁷ y Marteau⁸ la apendicitis aguda constituye una enfermedad trazadora del abdomen agudo quirúrgico. La elevada frecuencia de aparición en edades laborales la ubica entre las primeras causas de ausentismo laboral y de invalidez social por más de 30 días.⁹

Las consultas médicas en la especialidad de cirugía general al paciente egresado con diagnóstico de apendicitis aguda, se ven alargadas por el cuestionario planteado por los pacientes. Muchas de estas dudas no necesitan el concurso de un cirujano para ser evacuadas al tiempo que no encuentran respuesta fiable en los médicos del equipo básico de salud (EBS).

La universidad se considera como generadora y difusora del conocimiento, el cual guarda una estrecha relación con la educación y la formación de los recursos humanos en salud. La educación superior es la clave para enfrentar los desafíos del mundo moderno, que enfatiza la responsabilidad de este nivel de enseñanza con la sociedad.¹⁰

La educación médica cubana es un reflejo del desarrollo de su sistema de salud. Ello hace que la incorporación y adecuación pertinente de las nuevas tendencias de la educación superior al sistema de educación médica sea el elemento de mayor prioridad, con más alcance en los momentos actuales, cuando se llevan a cabo profundas transformaciones en todos los niveles del sistema educacional del país para lograr accesibilidad, asequibilidad y equidad, con énfasis en la elevación de la calidad de la formación del capital humano.^{6, 10}

Es prácticamente imposible lograr un alto grado de pertinencia de una universidad sin la participación de sus propios actores: docentes, alumnos, personal administrativo, técnico. La mayor preocupación acerca de la educación superior está en la pertinencia y calidad, en el sentido de su capacidad de dar respuesta a las demandas de la sociedad en general y del sistema de salud en particular.¹¹

Dado que la apendicitis aguda es una enfermedad frecuente que causa invalidez temporal inesperada por períodos de tiempo superiores a los 30 días, el médico de asistencia del subsistema primario de salud es el encargado del seguimiento de estos pacientes; pero es a la consulta de reevaluación, con el especialista en cirugía general, a la que acuden interesados en conocer las particularidades del proceso de convalecencia lo que extiende, más de lo debido, el tiempo de duración de la asistencia y genera molestias y gastos al paciente para llegar hasta el subsistema de atención secundaria; por las razones antes expuestas se formula el siguiente problema científico: ¿cómo disminuir el tiempo de reconsulta al paciente operado de apendicitis aguda en el subsistema de la atención secundaria?

Es objetivo de la investigación es el de establecer, desde el vínculo universidad-sociedad, el conocimiento de médicos y pacientes, de la APS, acerca del manejo al paciente operado de apendicitis aguda.

MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo tipo investigación-acción participativa. El universo de estudio estuvo constituido por 108 pacientes operados de apendicitis aguda y sus médicos de familia, en las áreas de salud de la Policlínica Universitaria Jimmy Hirzel; en el periodo comprendido entre mayo del 2013 y abril del 2015. Se aplicó una encuesta a médicos y pacientes, confeccionada con ese fin. La encuesta contuvo preguntas abiertas sobre el proceso de atención y la percepción de los pacientes sobre esta atención. Se realizó una revisión de los programas curriculares de la carrera de medicina y de la especialización en medicina general integral (MGI). Esto sirvió para sustentar la relación universidad-sociedad y la propuesta de actividades de superación para médicos del subsistema primario de atención. La investigación se cumplió con los principios éticos para la investigación médica en humanos, establecidos en la declaración de Helsinki, Finlandia, enmendada en la 59ª Asamblea General de Seúl, Corea del Sur en octubre de 2008.

RESULTADOS

A los 108 pacientes, con diagnóstico definitivo al egreso de apendicitis aguda los atendieron 94 médicos del subsistema primario de salud, de ellos 27 eran residentes en MGI, 42 eran médicos generales y 25 especialistas en MGI. (gráfico 1)

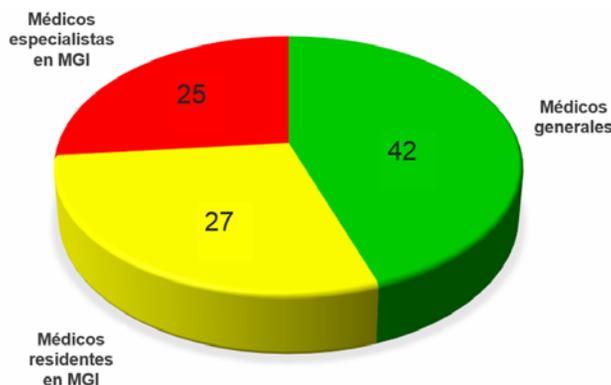


Gráfico 1. Médicos de asistencia entrevistados según calificación profesional.

El personal de salud logró aclarar todas las dudas de sus pacientes respecto a lo relacionado con la intervención quirúrgica (96,8 %) y la enfermedad en cuestión (97,9 %). El 54,3 % de los médicos reconocieron no alcanzar a responder de manera satisfactoria las preguntas de sus pacientes respecto a las particularidades del proceso de convalecencia. La encuesta aplicada a los 108 pacientes evidenció la satisfacción con los servicios de salud en el subsistema primario al considerar adecuada, el 91,66 % de los encuestados, la atención médica recibida al alta hospitalaria. Estos mismos usuarios de los servicios de salud lograron satisfacer sus necesidades de información acerca de la intervención quirúrgica (90,7 %) y la enfermedad que padecieron (96,3 %) con el EBS del subsistema primario. Respecto al proceso de convalecencia el 57,4 % de los pacientes refirió haber evacuado convincentemente sus dudas. (gráfico 2)

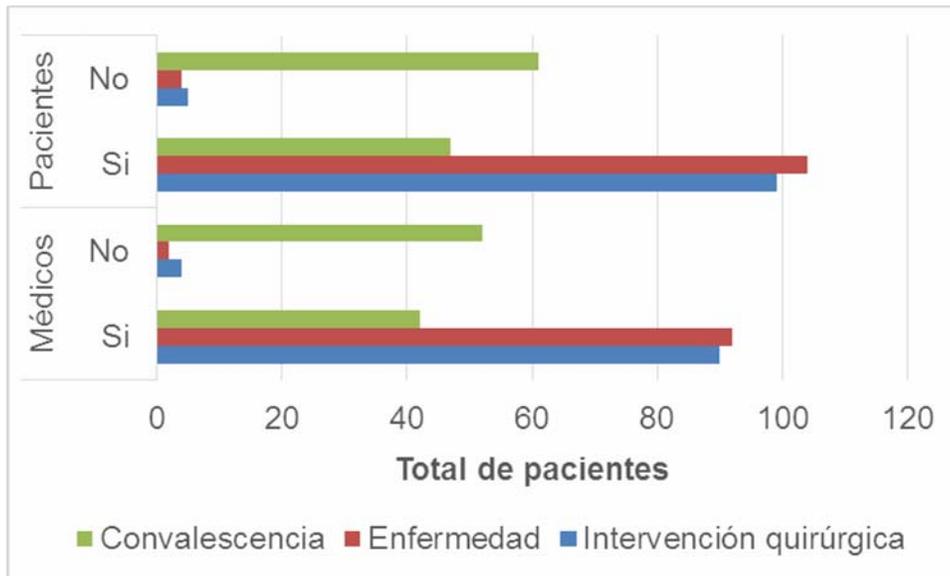


Gráfico 2. Percepción de la satisfacción en el nivel de respuesta referente a los servicios de salud en la atención primaria.

Las preguntas relacionadas con la actividad sexual y la realización de esfuerzos físicos fueron las preguntas más realizadas al especialista en cirugía general. (tabla 1)

Tabla 1. Relación de preguntas más frecuentes que necesitaron ser respondidas por el especialista en cirugía general.

| Preguntas |
|----------------------------------------------------------------------------|
| ¿Cuándo puedo tener relaciones sexuales? |
| ¿Cuándo puedo comenzar a realizar esfuerzos físicos? |
| ¿Puedo eliminar o mejorar la cicatriz de la operación? |
| ¿Qué posibilidades tienen mis familiares de enfermar de apendicitis aguda? |
| ¿No tiene ninguna consecuencia que se me haya quitado el apéndice? |

Nota. Solo se enumeraron las 5 más frecuentes.

DISCUSIÓN

La atención del paciente operado de apendicitis aguda, al alta hospitalaria, recae en el médico de familia. Este seguimiento se lleva a cabo en el área de salud bajo la supervisión estricta por el EBS, que deberá asumir determinadas conductas acorde con la evolución posoperatoria del paciente. Esta conducta incluye un régimen de ingreso domiciliario según lo normado en la carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar.¹² Al alta médica del ingreso en el hogar el paciente debe seguir bajo supervisión médica en consultas y actividades de terreno. Estas evaluaciones se deben realizar con una frecuencia mínima de 2 veces por semana durante los 30 días de reposo indicados por el médico cirujano que decidió el alta hospitalaria.⁹

El proceso de atención al paciente afectado de apendicitis aguda incluye, además, una reconsulta con el especialista en cirugía general quien debe sugerir el alta definitiva. Esta alta definitiva la ejecuta el médico de asistencia en el área de salud. Durante todo este proceso de convalecencia y rehabilitación al paciente le surgen una serie de interrogantes que muchas veces no son respondidas adecuadamente por el personal del EBS. Estas dudas se acumulan y evacuan en la consulta con el especialista en cirugía general lo que prolonga innecesariamente, el tiempo medio de cada consulta.

La encuesta aplicada al personal de salud evidencia el dominio de la conducta ante un paciente egresado con diagnóstico de apendicitis aguda y los criterios que definen el alta definitiva de este paciente. Estos mismos gestores aseguran aclarar todas las dudas de sus

pacientes respecto a lo relacionado con la intervención quirúrgica y la enfermedad en cuestión. Los médicos reconocen no alcanzar a responder de manera satisfactoria las preguntas de sus pacientes respecto a las particularidades del proceso de convalecencia.

Lo antes expuesto evidencia el cumplimiento del objetivo formativo de la educación médica de pregrado al egresar a un individuo con capacidad de diagnóstico y tratamiento de enfermedades quirúrgicas. El proceso de convalecencia engloba una serie de aspectos no recogidos en el plan de estudio del médico básico y que se hacen necesarios en las labores de promoción de salud.

La encuesta aplicada a los 108 pacientes evidencia la satisfacción con los servicios de salud en el subsistema primario al considerar adecuada, la atención médica recibida al alta hospitalaria. Estos mismos usuarios de los servicios de salud logran satisfacer sus necesidades de información acerca de la intervención quirúrgica y la enfermedad que padecen con el EBS del subsistema primario. Respecto al proceso de convalecencia más de la mitad de los pacientes refirió haber evacuado convincentemente sus dudas.

Lo antes descrito evidencia una inadecuada preparación del personal del EBS respecto al tema convalecencia en el paciente portador de apendicitis aguda. Es en este punto donde los pacientes no logran encontrar plena satisfacción en los servicios de salud prestados en la comunidad y donde los médicos reconocen no tener toda la preparación necesaria. La relación de preguntas más frecuentes que no fueron respondidas convincentemente por el EBS se considera como adecuadas para el nivel de actuación en el subsistema primario.

En los planes de estudio de la carrera de medicina el tema de la apendicitis aguda se aborda en las rotaciones de Cirugía General en el cuarto y en el sexto año. La otra referencia al tema se encuentra dentro de la subrotación de Cirugía dentro de la rotación en Pediatría. En todos los casos el objetivo formativo es preparar al estudiante en el reconocimiento del mecanismo fisiopatológico, las bases para su diagnóstico positivo y los principios del tratamiento médico-quirúrgico de urgencia.¹²

Atendiendo a estas estrategias el egresado de la carrera de medicina sabrá diagnosticar un cuadro de apendicitis aguda al tiempo que argumentará los mecanismos productores de enfermedad que se invocan en esta entidad. El programa diseñado para la especialización en MGI contempla en su segundo año, módulo 27, el tratamiento de afecciones de urgencias especificando lo referente al seguimiento posoperatorio del paciente con enfermedades del

abdomen agudo quirúrgico.^{12, 13} Se identifica entonces que solo al final de la residencia en MGI se estará en capacidad de asumir el manejo posoperatorio del paciente portador de apendicitis aguda. Esto origina una demanda de superación en el seguimiento al paciente operado de apendicitis aguda por el recién graduado o en algún momento de la formación del médico básico. Lo anteriormente planteado está avalado por la elevada frecuencia de aparición de la enfermedad en cuestión y la necesidad de reincorporarlo a la sociedad.¹³

La entrada al Sistema Nacional de Salud y a la Educación Médica Superior lo constituye la atención primaria de salud y ambas constituyen pilares básicos en la formación de fuerza de trabajo calificada. El compromiso social de la universidad se hace mayor toda vez que su radio de acción comienza a abarcar sitios no tradicionales como el consultorio médico de la familia. Esto genera una mayor preocupación, por parte del organismo rector de la formación académica, con el estado de salud de la población y la atención medica de excelencia que caracteriza los servicios de salud cubanos.^{6,9}

La esencia de la relación entre la universidad médica y la sociedad está en su grado de vinculación con los problemas de la comunidad y sus necesidades de salud, así como la solución de estos.^{12,14} En esta interacción radica la efectividad de los procesos educativos siempre que se logre una correcta identificación de los problemas de salud de la comunidad.^{11,15} A partir de la detección de los problemas, su descomposición y análisis causal y su priorización se derivan las intervenciones educativas correspondientes y de esta forma insertar el componente educativo a la gestión y a la elevación de la eficacia del trabajo por la salud.⁹ La universidad adquiere entonces un compromiso social ineludible al erigirse como centro rector de las estrategias docentes tributarias a la elevación del nivel de competencia y desempeño del personal de salud.^{12,15} La respuesta de la universidad ante la extensión innecesaria del tiempo de reconsulta en cirugía general, a pacientes operados de apendicitis aguda fue el diseño de un curso de posgrado.

El curso, como estrategia docente, se compone de un conjunto de actividades a desarrollar en un período de tiempo corto donde se precisen aspectos puntuales, previamente identificados, del seguimiento al paciente operado de apendicitis aguda, elaborado como respuesta rápida a la problemática de salud encontrada, tiene una duración de 48 horas y su objetivo general es la capacitación de los médicos respecto a las particularidades del proceso de convalecencia posoperatoria al paciente egresado con diagnóstico de apendicitis aguda. El curso se tituló: *Seguimiento posoperatorio al paciente operado de apendicitis aguda*. El

equipo docente está constituido por profesores del departamento docente de la Policlínica Universitaria Jimmy Hirzel. Las actividades del curso comprenden la lectura y análisis de artículos y documentos, o casos prácticos, además de la utilización de la bibliografía señalada. Cada uno de los temas se desarrolla por encuentro a través de la formación de grupos de discusión evaluativos del tema anterior.

CONCLUSIONES

Queda evidenciado el vínculo universidad-sociedad y la necesidad de un fortalecimiento mantenido que logré una mayor preparación en la atención integral al paciente operado de apendicitis aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Casado Méndez PR, Peña Rosa Y, Reyna Aguilar MM, Méndez López HA, Remón Elías M, Méndez Jiménez O. Evaluación de la calidad del diagnóstico de apendicitis aguda en la atención primaria y secundaria. AMC [Internet]. 2016 Ene-Feb [citado 23 Feb 2017]; 20(1): 25-35. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4005/2275>.
2. Casado Méndez PR. Evaluación de la Escala de Alvarado en el diagnóstico de apendicitis aguda en la APS. [Tesis en opción al título de especialista de 1er grado en Medicina General Integral]. Policlínica Universitaria Hermanos Ruiz Aboy. La Habana; 2011.
3. Casado Méndez PR, Vallés Gamboa ME, Corrales Caymari Y, Cabrera Zambrano Y, Méndez Jiménez O. Enfermedades trazadoras del abdomen agudo quirúrgico no traumático. AMC [Internet]. 2014 May-Jun [citado 05 Jun 2016]; 18(3): 269-82. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552014000300003&lng=es.
4. Casado Méndez PR, Santos Fonseca RS, Méndez López HA, Méndez Jiménez O, Pérez Villavicencio AM, Moreno Núñez R. Valor actual de la secuencia de Murphy en el diagnóstico de apendicitis aguda. AMC [Internet]. 2017 [citado 12 Jul 2017]; 21(1). Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/4818/2676>.
5. Ricardo Martínez D, Pérez Suárez MJ, Pérez Suárez CM, Pujol Legrá PM. Resultados del tratamiento quirúrgico en pacientes con apendicitis aguda. Centro de Salud Integral "María Genoveva Guerrero Ramos", 2007 – 2011. MULTIMED [Internet]. 2013 Ene-Mar [citado 17

Mar 2016]; 17(1); 10-9. Disponible en:

<http://www.multimedgrm.sld.cu/articulos/2013/v17-1/9.html>.

6. Ostiz LLanos M, Amorena E, Campillo A, Bermejo R, Escolar F. Apendicitis aguda atípica diagnosticada durante una colonoscopia. Anales Sis San Navarra [Internet]. 2013 Ene-Abr [citado 31 May 2016]; 36(1). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272013000100015.

7. Kessner DM, Kalk CE, Singer J. Assessing Health Quality- the Case for Tracers. N Engl J Med. 1973; 288:189-94.

8. Marteau Silvia A, Perego Luis H. Modelo del Costo Basado en la Actividad aplicado a consultas por trazadores de enfermedades cardiovasculares. Salud Pública Méx [Internet]. 2001 Feb [citado 14 Ene 2017]; 43(1): 32-40. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342001000100005&lng=es.

9. Grupo Nacional de Cirugía. Manual de procedimientos, de diagnóstico y tratamiento en Cirugía. 3ª ed. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987.

10. Socarrás Suárez MM, Bolet Astoviza M, Lara Rodríguez RF. Vínculo universidad-sociedad a través de la percepción de médicos y pacientes diabéticos sobre su enfermedad. Educ Med Super [Internet]. 2010 Sep [citado 04 May 2016]; 24(3): 290-9. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000300002&lng=es.

10. Gazzola AL. La pertinencia social de la universidad iberoamericana. Universidades [Internet]. 2006 [citado 04 May 2016]; 32:3-9. Disponible en:

<http://www.redalyc.org/pdf/373/37303202.pdf>.

11. Grupo asesor metodológico del MINSAP. Carpeta metodológica de atención primaria de salud y medicina familiar. VII reunión metodológica del MINSAP. La Habana: MINSAP; 1997.

12. Suárez Rosas L, Barrios Osuna I, González Espíndola ME. Sistema de evaluación y acreditación de carreras universitarias. Implantación en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2007 [citado 04 May 2016];

6(3):20-7. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2007000300004.

13. Fernández Sacasas JA. Residencia de Medicina General Integral. Plan de estudios. Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana. La Habana: MINSAP; 2004.

14. González de Paz L, Elorduy Vaquero M, Virumbrales M, Real J, Sureda X, Borrás Santos A, *et al*. Aprendizaje de las competencias de investigación en el Grado de Medicina: análisis y evaluación de las calificaciones de los estudiantes en el Trabajo de Final de Grado. Anal Psicol [Internet]. 2016 May [citado 25 Ene 2017]; 32(2): 484-91. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000200021&lng=pt

15. Miralles Aguilera EA, Taureaux Díaz N, Fernández Sacasas JA, Pernas Gómez M, Sierra Figueredo S, Diego Cobelo JM. Cronología de los mapas curriculares en la carrera de Medicina. Educ Med Super [Internet]. 2015 Mar [citado 20 Ene 2017]; 29(1): 93-107. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412015000100010&lng=pt

Recibido: 5 de junio de 2017.

Aprobado: 22 de julio de 2017.

Roberto González de la Fé. Sistema Integrado de Urgencias Médicas de Granma, Cuba.

Email: robertogonzalezdelafe@gmail.com

Correspondencia: Rosa Margarita Mustelier Sánchez. Hospital Provincial Universitario Carlos M. de Céspedes. Carretera a Santiago de Cuba Km 2. Bayamo, Granma. Cuba. Email:

rosamargarita@infomed.sld.cu