



MODELO PARA EL PERFECCIONAMIENTO DEL PROCESO DE ATENCIÓN EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA

Autores: DrC. Javier Cruz Rodríguez¹, DrC. María de Carmen Rodríguez Fernández², DrC. Abraham Dimas Reyes Pérez³, MSc. Joaquín Zurbano Fernández⁴ y MSc. María Margarita Ríos Cabrera⁵.

¹ Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Máster en Urgencias Médicas. Doctor en Ciencias de la Salud. Profesor Instructor. Investigador Auxiliar. Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara. Villa Clara. Cuba. Correo electrónico: javiercruzzr@infomed.sld.cu

² Licenciada en Economía. Profesora del Nivel Superior Rama Economía. Doctora en Ciencias Pedagógicas. Profesora Titular. Jubilada. Universidad Central «Marta Abreu de Las Villas». Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

³ Doctor en Medicina. Especialista de Primer y Segundo Grados en Ginecología y Obstetricia. Máster en Ciencias de la Educación. Doctor en Ciencias Pedagógicas. Profesor Titular y Consultante. Jubilado. Hospital Clínico-Quirúrgico «Comandante Manuel Fajardo Rivero». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

⁴ Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Máster en Educación Médica Superior. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

⁵ Licenciada en Ciencias Farmacéuticas. Máster en Investigación y desarrollo de medicamentos. Investigador Auxiliar. Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro». Santa Clara. Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

Fundamento: existen limitaciones en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en el proceso quirúrgico ambulatorio y de corta estadía, lo que repercute en la calidad del servicio. **Objetivos:** diseñar y evaluar una propuesta de modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía. **Métodos:** se desarrolló una investigación prospectiva descriptiva del 3 de septiembre de 2012 al 20 de marzo de 2018. Los métodos fundamentales empleados en el diseño del modelo fueron la modelación y el sistémico-estructural. Para evaluar la calidad y pertinencia del modelo propuesto se aplicó encuesta a 90 expertos con experiencia en los niveles primario y secundario de salud; también fueron encuestados los jefes de los grupos provinciales de Cirugía General y Medicina Familiar y se realizaron entrevistas grupales a clientes del proyecto de investigación (del que se deriva) y a decisores institucionales y del nivel provincial. Fue empleada la técnica de triangulación metodológica y de fuentes. **Resultados:** la estructuración del modelo parte de la coordinación del trabajo asistencial y metodológico entre los niveles primario y secundario de salud y se sustenta en cuatro pilares: preparación teórica del personal de salud, observancia de normas de relación en el contexto laboral, cumplimiento de procedimientos en el contexto asistencial y evaluación continua de la calidad asistencial. Los expertos, clientes y decisores avalaron su calidad, pertinencia y posibilidades de implementación. **Conclusiones:** el modelo elaborado presenta calidad, es pertinente y su aplicación es factible.

Palabras clave: cirugía; cirugía mayor ambulatoria; cirugía de corta estadía; organización y administración; modelo.



INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se ha definido como aquellos procedimientos o intervenciones quirúrgicas mayores en pacientes seleccionados que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, posibilitan que el paciente retorne a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de realizar su hospitalización.¹⁻³ Por otra parte, se entiende como cirugía de corta estadía (CCE) a aquellos programas de trabajo de cirugía mayor en los que se requiere de estancias entre uno y tres días.^{1,2} Desde hace varios años se ha introducido el término cirugía de alta resolución, conocido en la literatura anglosajona como *one day surgery*, u *one stop surgery* y definido como la realización del reconocimiento quirúrgico, la evaluación preanestésica y la intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria.^{4,5}

El desarrollo de la CMA y la CCE se ha visto condicionado por el aumento de la expectativa de vida de la población y la crisis económica mundial, favorecido por la introducción de nuevos fármacos anestésicos y la cirugía endoscópica¹ y viabilizado por sus ventajas económicas dadas en la reducción de los costos hospitalarios estimados entre el 25-68%.^{6,7} Su rápida popularización y difusión también obedece a una serie de ventajas que han sido ampliamente abordadas y consisten en el acortamiento del tiempo en 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 infección nosocomial y ansiedad en el paciente; la incorporación más rápida del paciente al medio familiar, laboral y social y su atención más personalizada; todo lo cual contribuye a una mayor motivación profesional y de los usuarios y a la satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece.^{1,8-11}

En los últimos años la CMA ha experimentado un notable crecimiento a nivel mundial; se considera que pueden constituir el 80% de las cirugías electivas.¹² En el año 2019, en Cuba, fueron reportadas como ambulatorias el 56,6% de las intervenciones quirúrgicas mayores.¹³

No obstante su desarrollo, difusión y aceptación, se expresan 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. En acercamientos a esta temática se ha planteado la existencia de dificultades en su ejecución, principalmente dadas por la deficiente comunicación y coordinación entre los niveles primario y secundario de atención.¹⁴⁻¹⁶

Se afirma que en el campo de las investigaciones biomédicas, la utilización del modelo como resultado científico es cada día más frecuente para transformar la práctica y enriquecer su sustento teórico.¹⁷ Los modelos son resultantes de las investigaciones y la experiencia vivida, con una proyección de futuro en función de lograr su objetivo final que es la conducción de la actividad que se modela hacia su perfeccionamiento.¹⁸

En este estudio se asume la definición que, desde el punto de vista de la investigación científica, ofrece Sierra, citada por Valle (2011): el modelo «es una representación ideal del objeto o fenómeno a investigar, donde el sujeto abstrae todos aquellos elementos esenciales y las relaciones que conforman al objeto y lo sistematiza a un plano superior».¹⁹ Es decir, es una interpretación de la realidad a los fines del perfeccionamiento del objeto que se estudia y, como aporte teórico, requiere de formas de instrumentación que se constituyen en aportes prácticos.

En esta obra se presenta un modelo teórico-asistencial diseñado para el perfeccionamiento del proceso de atención en CMA y CCE así como la evaluación que



le fue realizada por expertos, clientes del proyecto de investigación del que se derivó y decisores de los niveles institucional y provincial. Este modelo constituye una contribución de carácter teórico diseñada durante el desarrollo del proyecto de investigación institucional «Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía» del Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro» de Santa Clara en el que se contó con un equipo de investigadores que incluyó profesionales de varias instituciones de los niveles primario y secundario del sector salud, así como de otras no pertenecientes a este sector.

OBJETIVOS

Diseñar una propuesta de modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE.

Evaluar el modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se desarrolló una investigación prospectiva descriptiva desde el 3 de septiembre de 2012 hasta el 20 de marzo de 2018. El diseño del modelo teórico-asistencial se efectuó desde la fecha inicial hasta el 30 de diciembre de 2012.

Los métodos fundamentales empleados en su construcción fueron la modelación y el método sistémico-estructural, ya que en ambos se da una unidad dialéctica al enfrentar el estudio de ese proceso asistencial. Las acciones que se describen fueron llevadas a cabo por el equipo de trabajo; estas se corresponden con «la aplicación de la dinámica de sistemas o análisis sistemático que es una metodología recomendada por algunos autores para la construcción de modelos de sistemas sociales».²⁰

Al efecto, el método sistémico-estructural se utilizó para analizar el comportamiento del sistema real, el Sistema Nacional de Salud (SNS), lo que facilitó examinar las características del objeto de estudio (proceso de atención de salud al paciente en CMA y CCE) e identificar las relaciones existentes entre los componentes de este y su medio natural (por constituir el fundamento de interconexión de la realidad donde intervienen el personal de la salud de los niveles primario y secundario involucrados en este proceso, pacientes y familiares). Ello permitió la determinación del estado actual del funcionamiento de esas relaciones y las posibles implicaciones resultantes de las deficiencias detectadas, así como su contrastación con el estado ideal deseado. Ese estado concebido como ideal se basó en la reflexión acerca de cómo debía ser el referido proceso; se sustentó en el análisis de la literatura y documentos normativos consultados (Ley de la Salud Pública, Reglamento general de policlínico, Programa del médico y la enfermera de la familia, Reglamento general de hospitales, Programa para el perfeccionamiento continuo de la calidad de los servicios hospitalarios, Metodología de trabajo en los servicios de Cirugía General, Modelo 53-21-01 de remisión de caso, Modelo 54-02-04 de historia clínica individual de la Atención Primaria de Salud y los Modelos 54-05-1 y 54-06-1 de historia clínica en el nivel secundario de atención) así como de los datos empíricos (de encuestas a pacientes atendidos en régimen de CMA o CCE, sus familiares acompañantes, cirujanos generales y médicos y enfermeras de la familia) recopilados en una etapa diagnóstica inicial del proceso investigativo²¹ que escapa al alcance del presente informe. El estado ideal se describe de la siguiente forma:



1. La coordinación y comunicación entre las instituciones y profesionales de los niveles primario y secundario de salud, de manera bidireccional, en el inicio y continuidad del proceso asistencial permite simplificar la actividad preoperatoria y la programación quirúrgica, así como optimizar el seguimiento al paciente hasta el final del episodio clínico, con la utilización de herramientas metodológicas que guíen el accionar de estos profesionales de forma que se garantice una actuación uniforme, integral y personalizada en el manejo del paciente en CMA y CCE lo que debe estar favorecido con la hospitalización domiciliaria y un correcto seguimiento hasta el alta.
2. Los médicos y enfermeras de la familia son los profesionales que conocen cabalmente a los pacientes en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales por lo que deben tener el conocimiento previo de la intervención quirúrgica, recomendar o desaconsejar la realización de la CMA o la CCE, realizar la mayor parte del seguimiento postoperatorio de los pacientes, ser los primeros en detectar complicaciones postoperatorias y actuar en consecuencia, todo lo cual debe contribuir al aumento de la satisfacción de los pacientes.
3. La implementación de herramientas metodológicas específicas para CMA y CCE apoya el quehacer institucional u organizacional; contribuye al mejor funcionamiento de la actividad asistencial al garantizar el registro oficial y normalizado de la información relacionada con este proceso; facilita su coordinación, el control, la evaluación y la relación adecuada entre los niveles primario y secundario de atención; permite la adhesión a protocolos de actuación para contribuir a la elevación de la calidad de la atención médica y la seguridad de los pacientes.
4. El desarrollo de una preparación continuada de los profesionales dirigida a áreas en las que exista déficit de habilidades.

Para facilitar el acercamiento al proceso ideado se llevó a cabo la modelación, es decir, la interpretación del aspecto dinámico del SNS, en lo referido a las vías que aseguren su carácter sistémico, a los procedimientos establecidos inherentes al proceso que se estudia y a su organización, de manera que definan las relaciones funcionales que tienen lugar entre los profesionales involucrados en este, como expresión de una coordinación efectiva y tangible entre los niveles de atención de salud que corresponde. Con ello se pretendió modelar estos aspectos sin alterar la estructura establecida en el SNS por las fortalezas que lo caracterizan, de manera que se cumpliera con sus objetivos sociales, sus requisitos legales, su estructura y componentes, a fin de promover una transformación orientada al enriquecimiento cualitativo de la práctica.

Asimismo, como parte de la metodología para la construcción del modelo asistencial, se precisó identificar las estructuras de retroalimentación en el SNS, lo que está referido a un proceso continuo de búsqueda de la calidad y de la satisfacción de pacientes y familiares, con la finalidad de permitir la proyección de nuevos propósitos en correspondencia con las necesidades. Al efecto se diseñaron acciones a favor de tal retroalimentación y la evaluación sistemática del proceso modelado.

Para expresar el modelo asistencial que se propone, fueron asumidas las reflexiones de Marimón (2011)²² relacionadas con los elementos a considerar para su presentación en un informe científico. Ellos son: la justificación de su necesidad, la caracterización del contexto social en que se inserta, la representación gráfica, la explicación de su estructura, las exigencias para su instrumentación, la argumentación sobre sus cualidades y las formas de instrumentación que comprenden los aportes prácticos y las recomendaciones para su introducción en la práctica y para su evaluación.

Desde el 3 de enero de 2013 hasta el 30 de diciembre de 2014 se procedió a la evaluación del modelo asistencial mediante la consulta a expertos con el propósito de



establecer un control que garantizara un nivel de seguridad en relación a su calidad, pertinencia y factibilidad de su implementación en la práctica.

Para la obtención de la información se procedió a hallar a los expertos. Inicialmente se empleó la técnica de informantes claves, se consultó a los profesionales de mayor prestigio y experiencia en el sector de la salud (fundamentalmente de la provincia Villa Clara) quienes sugirieron a otros posibles integrantes. A estos también se les pidió que recomendaran a otros posibles expertos y así sucesivamente, mediante un muestreo en cadena, se solicitó la participación a 97 candidatos.

En relación con la búsqueda de los posibles expertos se consideraron cualidades tales como la ética profesional, la independencia de criterios, el análisis de su actividad profesional, el dominio teórico, la experiencia práctica y la participación en actividades investigativas en correspondencia al objeto de estudio. Se determinó la conformación de tres grupos de expertos que aportaran sus criterios sobre la base de la experiencia en sus diferentes especialidades médicas a fin de contrastar las evaluaciones.

Se confeccionó la encuesta a los candidatos a integrar los grupos de expertos, la que incluyó los datos generales y la autovaloración de cada uno en relación a su experiencia y conocimientos del tema que se estudia, así como la encuesta para evaluar las propuestas por criterio de expertos; en esta última se consideraron los elementos que deben caracterizar las propuestas de acuerdo al tipo de resultado, su contenido y utilidad. Los criterios para su elaboración se basaron en encuestas validadas en la práctica por autores citados por Crespo (2007).²³

La encuesta a los candidatos a expertos fue aplicada de forma individual y en el contexto laboral de cada uno, con lo que se obtuvo la información para determinar el coeficiente de competencia. La información recogida fue procesada con el empleo de la hoja de cálculo en Excel desarrollada por Crespo (2007).²⁴ La metodología para la obtención del coeficiente de competencia (K) se basa en la aplicación de la fórmula siguiente: $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$, donde: K_c es el «Coeficiente de conocimiento» o información que tiene el experto acerca del tema o problema planteado y K_a es el denominado «Coeficiente de argumentación» o fundamentación de los criterios de los expertos. El K_c se calcula a partir de la valoración que realiza el propio experto en la escala de 0 - 10 (desde el absoluto desconocimiento hasta el pleno conocimiento sobre la problemática) multiplicado por 0,1. El K_a se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones asignadas a priori por el investigador en la tabla con las fuentes de argumentación (ofrecida en la encuesta) donde cada experto debe marcar las casillas correspondientes para expresar el grado de influencia de sus conocimientos sobre el tema, de acuerdo con los niveles alto, medio y bajo.^{23,25}

En esta investigación se consideró experticia baja si K es menor que 0,7; media si es igual a 0,7 y menor que 0,85 y alta si es igual o mayor que 0,85. Se incluyó sólo a los candidatos con un nivel de competencia alto para asegurar el valor de los criterios ofrecidos. Como resultado fueron incluidos para participar en la investigación, en condición de expertos, 90 profesionales de la salud de diversas instituciones del sector que se distribuyeron en tres grupos integrados por 30 especialistas cada uno: el primer grupo formado por especialistas en Cirugía General y Anestesiología y Reanimación, el segundo grupo compuesto por profesionales con experiencia en el nivel primario de atención y el tercer grupo constituido por especialistas en otras especialidades quirúrgicas. La información relacionada con los expertos seleccionados se muestra en el anexo (cuadro 1).



En la aplicación de las encuestas a los expertos seleccionados se ofreció explicación oral y un material impreso con la síntesis de la fundamentación del problema, el objetivo de la investigación, la presentación del modelo asistencial y las contribuciones prácticas que incluye, así como la encuesta contentiva de los indicadores considerados en la evaluación de la calidad del modelo asistencial, la pertinencia y la factibilidad de su implementación.

Los indicadores considerados para la evaluación de la calidad del modelo teórico-asistencial propuesto fueron: 1- Fundamentación teórica de la propuesta; 2- Correspondencia entre la fundamentación teórica y la concepción del modelo; 3- Correspondencia entre el problema determinado en la práctica, el objetivo de la investigación y la solución planteada; 4- Estructura del modelo; 5- Contribución del modelo a la actividad asistencial.

Las consideraciones acerca de la calidad de la propuesta fueron ofrecidas por los expertos mediante valores asignados a cada indicador evaluado, con el uso de una escala cualitativa ordinal (Inadecuado, Poco adecuado, Adecuado, Bastante adecuado y Muy adecuado). Los criterios sobre la pertinencia y la factibilidad se indagaron por medio de preguntas con opción de respuesta dicotómica (Si/No).

Para el procesamiento y análisis de la información recolectada mediante las encuestas, se conformaron las bases de datos con el empleo de la hoja de cálculo en Excel desarrollada por Crespo (2007).²⁴ Los datos obtenidos fueron organizados según los criterios de clasificación establecidos por el autor de este informe en atención al método de recolección empleado, a las categorías establecidas para la evaluación de la calidad, pertinencia y factibilidad en la implementación de la propuesta presentada, así como a los grupos de expertos seleccionados. El análisis descriptivo se realizó por medio de distribuciones de frecuencias absolutas y porcentuales; sus resultados se muestran mediante tablas y los argumentos ofrecidos se resumen en este informe.

Desde el 5 de enero de 2015 hasta el 28 de diciembre de 2017 se efectuaron acciones para la preparación y ejecución de un estudio piloto en el que se aplicó el modelo teórico diseñado cuya presentación rebasa los objetivos de esta obra. Con todos los resultados acumulados se elaboró un informe científico-técnico que fue sometido a la evaluación de clientes del proyecto y decisores a nivel institucional y provincial a fin de determinar su nivel de aceptación, disponer de sus criterios de pertinencia y factibilidad y promover su aplicación.

En los meses de febrero y marzo de 2018 respectivamente fueron encuestados de manera individual los jefes de los grupos provinciales de Medicina Familiar y Cirugía General (previa presentación del informe científico-técnico) para conocer las valoraciones sobre los resultados científicos que se presentan.

En reunión del Consejo Científico del Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro», realizado el 26 de febrero de 2018, se desarrolló la entrevista grupal a los clientes (a la vez decisores de la institución) del proyecto de investigación. Igualmente, en una reunión extraordinaria realizada al efecto el 20 de marzo de 2018 en la Dirección Provincial de Salud de Villa Clara con la participación del jefe del departamento de Atención Médica Provincial, el jefe de la sección de Atención Primaria de Salud (APS), otro funcionario de APS y el jefe de la sección de Hospitales fueron evaluados los resultados científicos (modelo teórico-asistencial y sus aportes prácticos) propuestos en el informe.

Se realizó la triangulación metodológica y de fuentes lo que permitió contrastar la información derivada de la aplicación de diferentes instrumentos (encuestas y entrevistas) a los expertos de los tres grupos creados con profesionales de los niveles



primario y secundario de salud, los jefes de los grupos provinciales de Cirugía General y Medicina Familiar, los clientes del proyecto de investigación (a la vez decisores institucionales) y decisores a nivel provincial con la finalidad de lograr la confiabilidad que se requiere para demostrar la convergencia de los resultados obtenidos, ofreciendo consistencia y validez en las deducciones que se presentan.

Consideraciones éticas

Previo a su ejecución, la investigación fue aprobada por el Comité de Ética y en Consejo Científico de la unidad que contrató el proyecto de investigación. A todos los implicados se les explicó el objetivo del estudio y el carácter voluntario de la participación con lo que se obtuvieron los consentimientos orales. A los candidatos a expertos se les aseguró el anonimato en caso de no ser elegidos. A los expertos seleccionados se les aseguró el carácter confidencial de la información ofrecida por ellos, su archivo para garantizar su seguridad y el empleo sólo con fines científicos; se les ofreció la posibilidad de recibir información sobre los pormenores relacionados con la ejecución de la investigación y se les garantizó que los datos y evaluaciones ofrecidos no serían compartidos con otros expertos, ni relacionados con ellos en el informe final de la investigación.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El modelo asistencial que se proyecta es una consecuencia, en tanto creación ideal, que reproduce las características de estructura y componentes del SNS por constituir un sistema único, gratuito, accesible, con cobertura universal, basado en la APS, que ofrece servicios de calidad respaldados por la permanente voluntad política del Estado de priorizar el sector y favorecido por el alto nivel educativo de la población cubana, el cual también se manifiesta en una elevada educación sanitaria.

Es sobre esta estructura, como cimiento acorde con las condiciones histórico-sociales, que se recrea un sistema de relaciones funcionales, por tanto responde y representa a una realidad objetiva y tiene un respaldo material de reflejo que lo sustenta, caracterizado por su dualidad institucional con funciones compartidas que tributan a un fin común. Las relaciones funcionales que se expresan en el modelo que se propone se fundamentan en la necesaria interrelación que debe existir entre los niveles primario y secundario de salud en el desarrollo del proceso de atención al paciente en CMA y CCE.

Aun cuando se concibe el carácter sistémico de las relaciones entre profesionales e instituciones del SNS, se justifica la necesidad de contar con herramientas metodológicas específicas en el proceso asistencial en CMA y CCE que se constituyan en un soporte para la coordinación y orienten al personal de salud en función del proceder en la atención al paciente de manera que ello se traduzca en su seguridad. Al efecto fueron concebidos los aportes prácticos requeridos para el funcionamiento del modelo.

El enfoque humanista es cimiento de la propuesta modélica al sustentarse en la convicción acerca del mejoramiento permanente del hombre, al comprenderlo como un ser que, planificada y conscientemente, transforma la realidad y se transforma a sí mismo mediante su actividad y se expresa en las relaciones que establece con su medio y con los otros. El resultado esperado con la transformación propuesta consiste en el mejoramiento de la atención al paciente, con el lógico beneficio a su salud y el logro de su satisfacción y la de sus familiares. También incide positivamente en el personal de salud involucrado al contribuir a su crecimiento como profesionales.



El principio de la objetividad se manifiesta en el análisis científico que se realiza de la realidad en la asistencia al paciente en CMA o CCE en que transcurre el accionar de los profesionales de ambos niveles de atención a fin de favorecer el cumplimiento exitoso del encargo social asignado a ellos. Esta realidad existe independientemente de la conciencia o voluntad de los sujetos.

El principio de la concatenación universal de los fenómenos determina la sistematicidad y el carácter sistémico del proceso modelado como un hecho continuo y holístico que tiene una significación metodológica y cognoscitiva notable como sustento filosófico en la propuesta de un modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE que comprenda la coordinación entre los niveles primario y secundario de atención. Ello se relaciona con el funcionamiento integral del sistema de salud particularmente en el proceso asistencial en estas modalidades.

Los principios del desarrollo y de la historicidad se evidencian en la comprensión de la evolución de la Salud Pública y del proceso asistencial en CMA y CCE, así como de los modelos de atención médica aplicados en Cuba en atención a su momento histórico a fin de revelar la línea general del desarrollo lógico desde el Facultativo de Semana (1825-1871), el Servicio Sanitario Municipal (extendido hasta principios de la etapa revolucionaria mediante las casas de socorro), el Servicio Médico Social Rural (creado en 1960), la creación de los policlínicos comunitarios y el modelo de medicina en la comunidad (1974) hasta el Programa del Médico y la Enfermera de la Familia (iniciado en 1984).

Conforme a los elementos expresados, el modelo asistencial que se presenta tiene como objetivo perfeccionar el proceso de atención al paciente en CMA y CCE basado en la coordinación entre ambos niveles de atención de salud. Su representación gráfica se muestra en el anexo (figura 1).

La estructuración del modelo tiene como puntos de partida la coordinación en el trabajo asistencial y metodológico entre los niveles primario y secundario de salud. Se sustenta en cuatro pilares imprescindibles para perfeccionar la asistencia en CMA y CCE. Estos pilares son: la preparación teórica del personal de salud, la observancia de normas de relación en el contexto laboral, el cumplimiento de procedimientos en el contexto asistencial y la evaluación continua de la calidad asistencial.

La preparación teórica del personal de salud para el fin propuesto debe comprender los conocimientos relacionados con la CMA y la CCE, el ingreso domiciliario y la calidad asistencial lo que le permite mostrar un mayor nivel de competencia profesional en tanto presta un servicio integral de calidad superior. Acercar la teoría y la práctica es una problemática compleja en la que intervienen muchos factores; sin embargo, el personal de salud tiene en sus manos la posibilidad de apostar por relacionar su pensamiento y su acción a la vez que modifica la forma de realizar su actividad, en lo que labra su propio desarrollo profesional. Para promover las relaciones entre la teoría y la práctica estos profesionales deben transformar el statu quo y establecer vínculos permanentemente entre el conocimiento nuevo y la acción. Los aportes prácticos de la investigación favorecen la preparación teórica y guían el accionar de los profesionales involucrados en esta actividad.

Las normas de relación en el contexto laboral atienden a la necesidad de lograr en los profesionales de la salud el convencimiento de la importancia de su misión asistencial con una visión integral y de proceso que permita el trabajo en equipo basado en la complementariedad, la comunicación, la confianza y el compromiso para ofrecer una atención coordinada y continua. Para ello es necesario entender a la comunicación



como elemento fundamental del pilar y de todo el modelo, que se concibe como construcción de significados compartidos.

En cuanto al cumplimiento de procedimientos en el contexto asistencial resulta conveniente evitar la variabilidad de criterios. Al efecto, el manual y la propuesta del modelo de historia clínica (aportes prácticos del modelo asistencial) han sido elaborados para ser utilizados por los profesionales de los niveles primario y secundario de salud en la búsqueda de integralidad en la atención al paciente en CMA y CCE, estandarizar los procedimientos médicos, facilitar la toma de decisiones y su comunicación.²⁶ En el cuadro 2 anexo se muestra el índice del «Manual de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en coordinación con el equipo de la Atención Primaria de Salud» y en el cuadro 3 se presentan los acápites del modelo de historia clínica para esta actividad.

En relación a la evaluación de la calidad es importante considerar que esta forma parte de las políticas generales de la organización y que debe ser consistente con otras políticas de gestión. La alta dirección debe garantizar su adecuación a los propósitos de la organización de manera que incluya el compromiso con los requisitos y el mejoramiento continuo, constituya un marco de referencia para establecer y revisar los objetivos de la calidad, se comunique, comprenda y sea revisada en cuanto a su idoneidad permanente.

El modelo propuesto presenta las cualidades que se relacionan a continuación:

- Es contextualizado y flexible ya que se aplica con facilidad al utilizar la infraestructura y los servicios del SNS, a la vez que posee capacidad de asumir los cambios que se originen como resultado de las transformaciones actuales y futuras en el sector.
- Propicia en los profesionales, el desarrollo de actitudes y motivaciones favorables con su rol como contribución al mejoramiento de su desempeño.
- Carácter integral, abierto, dinámico y colaborativo que reconoce las potencialidades del contexto asistencial, moviliza los recursos humanos hacia posiciones que favorecen la cooperación entre los profesionales de diferentes servicios e instituciones en respuesta a un encargo social compartido, de manera que funcionen en unidad al reportar beneficios comunes.
- Propicia el intercambio de información entre los profesionales de los niveles primario y secundario de atención.
- Contribuye al control sistemático de los resultados y a la toma de medidas correctivas.

Para la implementación satisfactoria del modelo asistencial se requiere del cumplimiento de exigencias básicas y se recomiendan acciones que en el orden metodológico y administrativo faciliten la labor a desarrollar en la práctica. Asimismo, es necesario prever acciones que posibiliten la evaluación sistemática de los resultados a fin de realizar el seguimiento para lograr la retroalimentación, la toma de conciencia de la calidad del trabajo y de su resultado y, en consecuencia, la proyección de nuevos propósitos en correspondencia con las necesidades que sean identificadas ²⁷ (ver cuadro 4 anexo).

La calidad del modelo asistencial propuesto fue valorada favorablemente por los expertos de los tres grupos consultados, con predominio de «muy adecuado» en las evaluaciones ofrecidas. Estos resultados se muestran en la tabla 1. En general, argumentaron la calidad de la fundamentación teórica por la amplia y pertinente bibliografía consultada, así como por los fundamentos filosóficos en que se sustenta, en su enfoque humanista, en la incidencia positiva en todos los involucrados en el proceso asistencial, en la correspondencia de los postulados de integración expresados y la



estructura de un modelo que reconoce como punto de partida el trabajo asistencial y metodológico de los niveles primario y secundario de atención de salud; consideraron la coherencia de la solución ofrecida con los problemas que fueron identificados en el propio proceso de atención en CMA y CCE por lo que coincidieron en que el modelo asistencial presentado puede contribuir a su mejoramiento.

Tabla 1. Evaluación ofrecida por los expertos sobre la calidad del modelo asistencial propuesto, enero de 2013 - diciembre de 2014.

Indicadores		Grupos de expertos						Total de expertos n* = 90	
		Grupo I n* = 30		Grupo II n* = 30		Grupo III n* = 30			
Indicador 1 Fundamentación teórica de la propuesta		No	%	No	%	No	%	No	%
Evaluación	Muy adecuado	27	90,0	28	93,3	27	90,0	82	91,1
	Bastante adecuado	3	10,0	1	3,3	2	6,7	6	6,7
	Adecuado	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	2,2
Indicador 2 Correspondencia entre la fundamentación teórica y la concepción del modelo		No	%	No	%	No	%	No	%
Evaluación	Muy adecuado	27	90,0	27	90,0	23	76,7	77	85,6
	Bastante adecuado	3	10,0	1	3,3	6	20,0	10	11,1
	Adecuado	0	0,0	2	6,7	1	3,3	3	3,3
Indicador 3 Correspondencia entre el problema determinado en la práctica, el objetivo de la investigación y la solución planteada		No	%	No	%	No	%	No	%
Evaluación	Muy adecuado	25	83,3	29	96,7	19	63,3	73	81,1
	Bastante adecuado	5	16,7	0	0,0	8	26,7	13	14,4
	Adecuado	0	0,0	1	3,3	3	10,0	4	4,4
Indicador 4 Estructura del modelo		No	%	No	%	No	%	No	%
Evaluación	Muy adecuado	24	80,0	28	93,3	24	80,0	76	84,4
	Bastante adecuado	6	20,0	1	3,3	5	16,7	12	13,3
	Adecuado	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	2,2
Indicador 5 Contribución al proceso asistencial en CMA y CCE		No	%	No	%	No	%	No	%
Evaluación	Muy adecuado	27	90,0	29	96,7	23	76,7	79	87,8
	Bastante adecuado	3	10,0	0	0,0	6	20,0	9	10,0
	Adecuado	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	2,2

* Número de individuos encuestados.

Los expertos de los grupos primero y tercero estimaron que el modelo es integral, abarcador y necesario. También reconocieron su importancia por no contarse en el SNS con programa nacional alguno para la actividad en CMA y CCE. Igualmente, el segundo grupo de expertos consideró que el modelo responde a la necesidad de perfeccionar el proceso de atención al paciente en CMA y CCE y permite el reconocimiento del papel del médico y la enfermera de la familia, lo que brindaría mayor participación al nivel primario.

Al indagar sobre la pertinencia del modelo asistencial en el proceso de atención al paciente en CMA y CCE la totalidad de los expertos expresaron su conveniencia. Las razones expresadas fueron:



- Cuba cuenta con un SNS único y funcional bajo una concepción sistémica para los procesos asistenciales en general.
- Las dificultades existentes en la coordinación para el desarrollo de estas modalidades asistenciales entre los niveles primario y secundario de salud.
- La CMA y la CCE han ganado terreno a nivel mundial y nacional desde hace décadas.

Al inquirir sobre la factibilidad de implementación en la práctica del modelo asistencial, 87 expertos respondieron afirmativamente. En el grupo I respondieron positivamente el 96,7% de los expertos (29 expertos), en el grupo II lo hizo el 100% de los expertos y en el grupo III el 93,3% (28 expertos). Los elementos esgrimidos se basaron en la calidad de la propuesta, en la necesidad de contar con instrumentos que faciliten la acción integral y coordinada de los profesionales en esta actividad y, en adición, los elementos que justificaron su pertinencia. Es necesario expresar que una parte importante de estos expertos recomendó su presentación, explicación y puesta a disposición del nivel primario. Las razones expuestas por los tres expertos que consideraron que el modelo no posee posibilidades de implementación en la práctica fueron: pobre respaldo por parte de los profesionales del nivel primario e insuficiente disponibilidad de recursos materiales. Es de destacar que estas opiniones correspondieron a expertos integrantes de los grupos I y III (especialistas del nivel secundario de salud).

El análisis de los criterios ofrecidos por los expertos consultados le permite al autor reflexionar:

- Resulta muy positivo y alentador que las valoraciones ofrecidas mostraran importantes similitudes en relación a la evaluación de la calidad, la pertinencia y la factibilidad de implementación de las propuestas que comprenden los aportes prácticos incluidos en el modelo teórico-asistencial presentado, a pesar de la heterogeneidad entre los tres grupos de expertos consultados y entre los integrantes de cada uno.
- En relación a la recomendación de presentar, explicar y poner a disposición del nivel primario, el modelo teórico-asistencial y el manual para su implementación en la práctica se debe considerar que una aplicación consecuente de las propuestas solo es posible mediante una integración bidireccional entre los niveles primario y secundario de atención de salud.
- En relación a la factibilidad de implementación del modelo de historia clínica que se propone, además de proceder a su explicación y puesta a disposición de los profesionales del nivel primario de salud y en los servicios quirúrgicos, se requiere presentar la propuesta a análisis en los niveles que corresponda, dado que las historias clínicas son documentos oficiales en el SNS.
- Los argumentos de algunos expertos, especialistas del nivel secundario de salud, que señalaron el pobre respaldo por parte de los profesionales del nivel primario como una razón al considerar que el modelo asistencial y el uso del manual no poseen posibilidades de implementación en la práctica, constituyen criterios aislados que difieren de las valoraciones positivas generalizadas y expresadas por los expertos con experiencia en el nivel primario de salud que han sido consultados.

La totalidad de los decisores entrevistados expresaron su aceptación, pertinencia y factibilidad de las propuestas, así como en la necesidad de promover su aplicación.

No fue posible comparar los resultados obtenidos en esta investigación con otros estudios por no hallar propuestas similares, dedicadas al perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE, que fuesen sometidas a la evaluación por expertos.



Se ha constatado en la literatura médica que diferentes autores reconocen la importancia del nivel primario de atención y la implicación del médico de la familia en el proceso asistencial en CMA: Mederos²⁸, quien aboga por el conocimiento previo de la intervención quirúrgica por parte del médico de la familia; Argente²⁹ que reconoce la importancia de trabajar en cirugía ambulatoria con atención a medidas como la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones, la hospitalización domiciliaria y la conexión con la atención primaria; Fernández³⁰ quien asume que en CMA una mayor colaboración con la atención primaria en el inicio y continuidad del proceso asistencial permite simplificar la actividad preoperatoria y la programación quirúrgica, así como optimizar el seguimiento del paciente hasta el final del episodio clínico.

Sin embargo, la concepción de la atención primaria en un lugar fundamental en el proceso de atención al paciente en CMA no ha sido estimada por todos los autores. Por ejemplo, Henríquez³¹ desconoce el papel de los médicos del nivel primario de salud, al plantear que «esta modalidad de atención se ha visto facilitada por las mejoras en las técnicas anestésicas y quirúrgicas e indudablemente debe estar apoyada por una adecuada coordinación entre los distintos equipos: anestésicos, cirujanos, personal de enfermería y administrativo quienes deben colaborar en la correcta selección de los pacientes y en las pautas de manejo y seguimiento». Por su parte, Hulet³², refleja que en Francia persisten dudas sobre el papel del médico de cabecera en la continuidad de la atención en CMA.

En España, Capitán³³ plantea la importancia del apoyo del nivel primario y de la incorporación de la atención domiciliaria a este proceso de atención. De Grado³⁴ y Cagigas³⁵ refieren que en ese país (al publicar datos y valoraciones sobre el estado actual y el futuro de la CMA en sus aspectos no sólo organizativos, sino también asistenciales) no se hacía mención a la imbricación de la atención primaria en el engranaje de la asistencia preoperatoria y posquirúrgica. Estos últimos autores citan un estudio descriptivo de la situación de la CMA en los hospitales de Madrid (poco desarrollados en esta actividad) en el que sus gestores no tenían una opinión favorable sobre la participación de los médicos de la atención primaria en la fase preoperatoria y manifestaban una opinión neutra respecto a su participación en las fases de seguimiento y de coordinación de estos procesos; a su vez, los citados autores también afirman que se podía comprobar que en hospitales con más tiempo de experiencia y de gestión de la CMA ven con mayor naturalidad la colaboración bidireccional de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria con la atención primaria.

El último número de 2017 de la revista de la Asociación Española de CMA fue dedicado a artículos que realzan la relevancia de la integración de la CMA y la atención primaria y destaca al proyecto Kirubide, al que Planells³⁶ define como «el futuro deseable de la CMA, la fase olvidada de la CMA y un ejemplo de cambio organizativo e integrador». Una de las oportunidades que ofrece esta necesaria unificación es trabajar bajo un modelo de gestión integrador que facilita la coordinación entre los niveles asistenciales, con lo que se cumple la premisa de colocar al paciente en el centro del proceso de atención y contribuye con la optimización de los recursos y con el incremento de la calidad tanto intrínseca como percibida.³⁷⁻³⁹ Las claves del éxito en esta colaboración deben basarse en el respeto y la confianza entre las partes involucradas, con una comunicación amplia, que permita llevar a cabo una atención conjunta a los pacientes.⁴⁰

Esta iniciativa es el paradigma de futuro en el funcionamiento de la CMA eficiente: la absoluta integración de la atención primaria en la CMA hasta controlar el flujo del



circuito íntegramente; es en la atención primaria donde se inicia (con la derivación del paciente) y es allí donde culmina (con el alta). Para ello se precisan varias premisas no siempre fáciles de obtener: 1) la perfecta interrelación y conocimiento entre profesionales de CMA y de la atención primaria; 2) protocolo común de actuación elaborado entre ambas partes; 3) la mayor independencia o autonomía de la unidad de CMA y 4) contar con una historia clínica integrada.⁴¹

CONCLUSIONES

- El modelo asistencial elaborado está dirigido al perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE; su estructuración tiene como punto de partida la coordinación en el trabajo asistencial y metodológico entre los niveles primario y secundario de salud que comprende la superación continua, la utilización de instrumentos que faciliten tal coordinación en el contexto asistencial y la evaluación de su calidad, lo que evidencia un enfoque holístico y sistémico favorecedor de su viabilidad.
- Los profesionales de experiencia en el nivel primario de salud y de diferentes especialidades quirúrgicas, especialistas en Anestesiología y Reanimación que fueron consultados como expertos, médicos, enfermeras de la familia y jefes de los GBT incluidos en el estudio, así como clientes del proyecto de investigación y decisores a nivel provincial ofrecieron valoraciones positivas en relación a los indicadores establecidos para la evaluación de la calidad, pertinencia y factibilidad del modelo asistencial propuesto y sus contribuciones prácticas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Rev Hab de Ciencias Médicas [serie en Internet]. 2015 May-Jun [citado 2016 Ene 16]; 14(3): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/934>
- 2) Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo? [Carta al editor]. Medicentro. 2017; 21(4): 361-3.
- 3) Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2015; 67(2): 207-13.
- 4) Feijoo Cano C. Técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento ambulatorio de várices. [Tesis Doctoral Internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <https://zaguan.unizar.es/record/47441/files/TESIS-2016-043.pdf>
- 5) Ramos Martín MP, Harto González J, Ávila Alarcón IR, Benito Persona MA. Programa de alta resolución de la hernia inguinal dentro de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. CIR MAY AMB. 2014; 19 (Supl. 1): 39.
- 6) Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. RREV. MED. CLIN. CONDES. 2017; 28(5): 682-90.
- 7) Vergara F, Ramírez AF, Gispert R, Coll JJ, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. Gac Sanit. 2015; 29(6): 451-3.
- 8) Marmaneu Vicent P, Planells Roig MV, García Espinosa R, Cervera Delgado M. La intervención enfermera y la consulta de enfermería en la mejora de la calidad asistencial (calidad percibida y calidad científico-técnica) en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria. CIR MAY AMB 2016; 21(3): 93-137.
- 9) Ceballos Medina C, Gómez Cagigas M, Lavin Saiz CR, Escobio González P, Guerra García M, Expósito Jerez F, et al. Evolución y mejora de procesos CMA. CIR MAY AMB 2016; 21(2): 80-1.



- 10) Brahin FA, Álvarez VM, Martín PA. Cirugía mayor ambulatoria. Revista Argentina de residentes de Cirugía. 2016; 21: 21-37.
- 11) Marchal-Santiago A, Segura-Sampedro JJ, Reguera-Rosal J, Capitán-Vallvey JM, González Argenté FJ, Padillo FJ, et al. Situación actual de la hernia en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Andaluza. 2018; 29(2): 124-6.
- 12) 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.
- 13) Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020. p. 14.
- 14) 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 Electrónica. [revista en Internet] 2015 Abr-Jun [citado 05 Mayo 2015]; 19(2): [aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1773/1549>
- 15) 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 [revista en internet]. 2012 sep.-oct. [citado 10 ene. 2014]; 16(5): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/637>
- 16) Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria [tesis]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.
- 17) Travieso Ramos N. Los resultados científicos en las investigaciones biomédicas: un desafío pendiente. MEDISAN [serie en Internet]. 2017 May [citado 2017 Sep 12]; 21(5): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisana.sld.cu/index.php/san/article/view/1199>
- 18) Herrera Sánchez F. Modelo educativo y desarrollo socioeconómico. Mapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanísticas [serie en Internet]. 2018 Nov-Dic [citado 2019 Ene 28]; 2(6): [aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revistamapa.com/index.php/es/article/view/34>
- 19) Valle Lima AD. Modelo para obtener un modelo. En: de Armas Ramírez N, Valle Lima A. Resultados científicos en la investigación educativa. La Habana: Pueblo y Educación; 2011. p. 75-85.
- 20) Lorences González J. Aproximación al sistema como resultado científico. En: de Armas Ramírez N, Valle Lima A. Resultados científicos en la investigación educativa. La Habana: Pueblo y Educación; 2011. p. 52-68.
- 21) Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez A, Zurbano Fernández J, Álvarez-Guerra González E, Méndez Gálvez L, Álvarez Luna; Truffín Hernández R. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. Medisur [revista en Internet]. 2018 [citado 2020 Mar 18]; 16(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563>
- 22) Marimón Carrazana JA, Guelmes Valdés EL. Aproximación al modelo como resultado científico. En: de Armas Ramírez N, Valle Lima A. Resultados científicos en la investigación educativa. La Habana: Pueblo y Educación; 2011. p. 8-21.
- 23) Crespo Borges TP. ¿Cómo determinar la competencia de un experto? En: Crespo Borges TP. Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Lima: San Marcos; 2007. p. 14-24.
- 24) Crespo Borges TP. ¿Cómo automatizar el procesamiento de los datos? En: Crespo Borges TP. Respuestas a 16 preguntas sobre el empleo de expertos en la investigación pedagógica. Lima: San Marcos; 2007. p. 50-8.



- 25) Cabero Almenara J, Llorente Cejudo MC. La aplicación del juicio de experto como técnica de evaluación de las Tecnologías de la Información y Comunicación (TIC). Eduweb. Revista de Tecnología de Información y Comunicación en Educación. 2013; 7(2): 11-22.
- 26) Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J, Rodríguez Fernández MC, Ríos Cabrera MM. Propuesta de modelo de historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Acta Médica del Centro [serie en Internet]. 2021 [citado 2021 May 17]; 15(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1278/1440>
- 27) Cruz Rodríguez J. Modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Revista Cubana de Cirugía [serie en Internet]. 2021 Abr-Jun [citado 2021 Jun 18]; 60(2): [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.revcurugia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1036/574>
- 28) 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.
- 29) Argente Navarro P. Tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la gestión en cirugía ambulatoria. CIR MAY AMB 2015; 20(2): 83-7.
- 30) Fernández Gómez-Cruzado L, Rebollo García A, Álvarez Abad I, Larrea Oleaga J, Alonso Calderón E, Alonso Carnicero P, et al. Kirubide: atención quirúrgica integrada. CIR MAY AMB 2016; 21(2): 86.
- 31) Henríquez Alarcón M, Altuna Mariezkurrena X, Luqui Albisua I, Gorostiaga Aznar F, Algaba Guimerá J. Estapedectomía como cirugía ambulatoria. Acta Otorrinolaringol Esp 2004; 55: 218-24.
- 32) Hulet C, Rochcongar G, Court C. Developments in ambulatory surgery in orthopedics in France in 2016. Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research. 2017; 103(1 Suppl 1): S83-90.
- 33) Capitán Valvey JM, González Vinagre, Barreiro Morandeira. Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y dónde vamos. Cirugía Española. 2018; 96(1): 1-2.
- 34) De Grado Molinero M. Abordaje de la cirugía menor en centros de salud y medio hospitalario. Valoración del costo-efectividad de un nuevo modelo organizativo. [Tesis Doctoral]. Santander (España): Universidad de Cantabria. 2013.
- 35) Cagigas JC, Martín B, Gonzalo R, Cagigas M, Mozo M, Ruiz Álvarez P. La CMA en el marketing sanitario. CIR MAY AMB 2017; 22(3): 168-75.
- 36) Planells Roig M. Carta de presentación. CIR MAY AMB 2017; 22(4): 177.
- 37) Noguera JF, Aguirrezabalaga J. La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria. [Editorial]. CIR MAY AMB 2017; 22(4): 182-4.
- 38) Campayo JM. Organizaciones sanitarias integradas (OSI). Kirubide. [Editorial]. CIR MAY AMB 2017; 22(4): 186.
- 39) 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). [Editorial]. CIR MAY AMB 2017; 22(4): 187-91.
- 40) Beneyto Castelló F, Albella B, Batalla M, Clar J, Climent JV, Colás B, et al. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria. [Editorial]. CIR MAY AMB 2017; 22(4): 180-1.
- 41) 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.



ANEXOS

Cuadro 1. Información sobre los expertos seleccionados de los tres grupos.

Integrantes (n* = 30)	Experiencia [†]	Categoría científica	Categoría docente
<p>Grupo I</p> <p>Médicos: 30 Especialidades: Cirugía General: 23 Anestesiología y reanimación: 7</p>	<p>Profesional : 28 años Especialista: 22 años</p>	<p>Máster en Ciencias: 9 Doctor en Ciencias: 2 Sin categoría: 19</p>	<p>Instructor: 8 Asistente: 10 Auxiliar: 6 Titular: 1 Consultante: 3 Sin categoría: 5</p>
<p>Grupo II</p> <p>Enfermeras: 8 Médicos: 22 Especialidades: Medicina General Integral: 22</p>	<p>Profesional : 21 años Especialista: 16 años</p>	<p>Máster en Ciencias: 9 Doctor en Ciencias: 2 Sin categoría: 19</p>	<p>Instructor: 7 Asistente: 7 Auxiliar: 3 Titular: 1 Consultante: 0 Sin categoría: 12</p>
<p>Grupo III</p> <p>Estomatólogos: 2 Médicos: 28 Especialidades: Obstetricia y Ginecología: 4, Ortopedia y Traumatología: 4, Angiología y Cirugía Vascul ar: 3, Cirugía Pediátrica: 3, Urología: 3, Oftalmología: 3, Cirugía Plástica y Caumatología: 3, Cirugía Maxilofacial: 2, Otorrinolaringología: 2, Coloproctología: 2, Neurocirugía: 1</p>	<p>Profesional : 31 años Especialista: 25 años</p>	<p>Máster en Ciencias: 17 Doctor en Ciencias: 0 Sin categoría: 13</p>	<p>Instructor: 6 Asistente: 6 Auxiliar: 15 Titular: 0 Consultante: 4 Sin categoría: 3</p>
Centro de trabajo [‡]		Municipio / Provincia	Cantidad
Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro»		Santa Clara / Villa Clara	31
Hospital Militar Clínico-Quirúrgico «Comandante Manuel Fajardo Rivero»		Santa Clara / Villa Clara	10
Policlínico «Capitán Roberto Fleites»		Santa Clara / Villa Clara	8
Policlínico «Chiqui Gómez Lubián»		Santa Clara / Villa Clara	6
Policlínico «Marta Abreu»		Santa Clara / Villa Clara	5
Hospital Pediátrico «José Luis Miranda»		Santa Clara / Villa Clara	4
Hospital Gineco-Obstétrico «Mariana Grajales»		Santa Clara / Villa Clara	4
Hospital General «Mártires del 9 de Abril»		Sagua la Grande / Villa Clara	4
Hospital General «Dr. Daniel Codorniú Pruna»		Placetas / Villa Clara	3
Dirección Provincial de Salud		Santa Clara / Villa Clara	3
Policlínico «José Ramón León Acosta»		Santa Clara / Villa Clara	2
Policlínico «Santa Clara»		Santa Clara / Villa Clara	2
Policlínico «XX Aniversario»		Santa Clara / Villa Clara	2
Universidad de Ciencias Médicas «Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz »		Santa Clara / Villa Clara	2
Hospital General «26 de Diciembre»		Remedios / Villa Clara	1
Hospital Clínico-Quirúrgico «Celestino Hernández Robau»		Santa Clara / Villa Clara	1
Cardiocentro «Ernesto Che Guevara»		Santa Clara / Villa Clara	1
Centro Especializado Ambulatorio «Héroes de Playa Girón»		Cienfuegos / Cienfuegos	1

* Número de expertos por grupo. † Experiencia (promedio) expresada en años. ‡ Institución en la que labora el experto en el momento de ser encuestado.

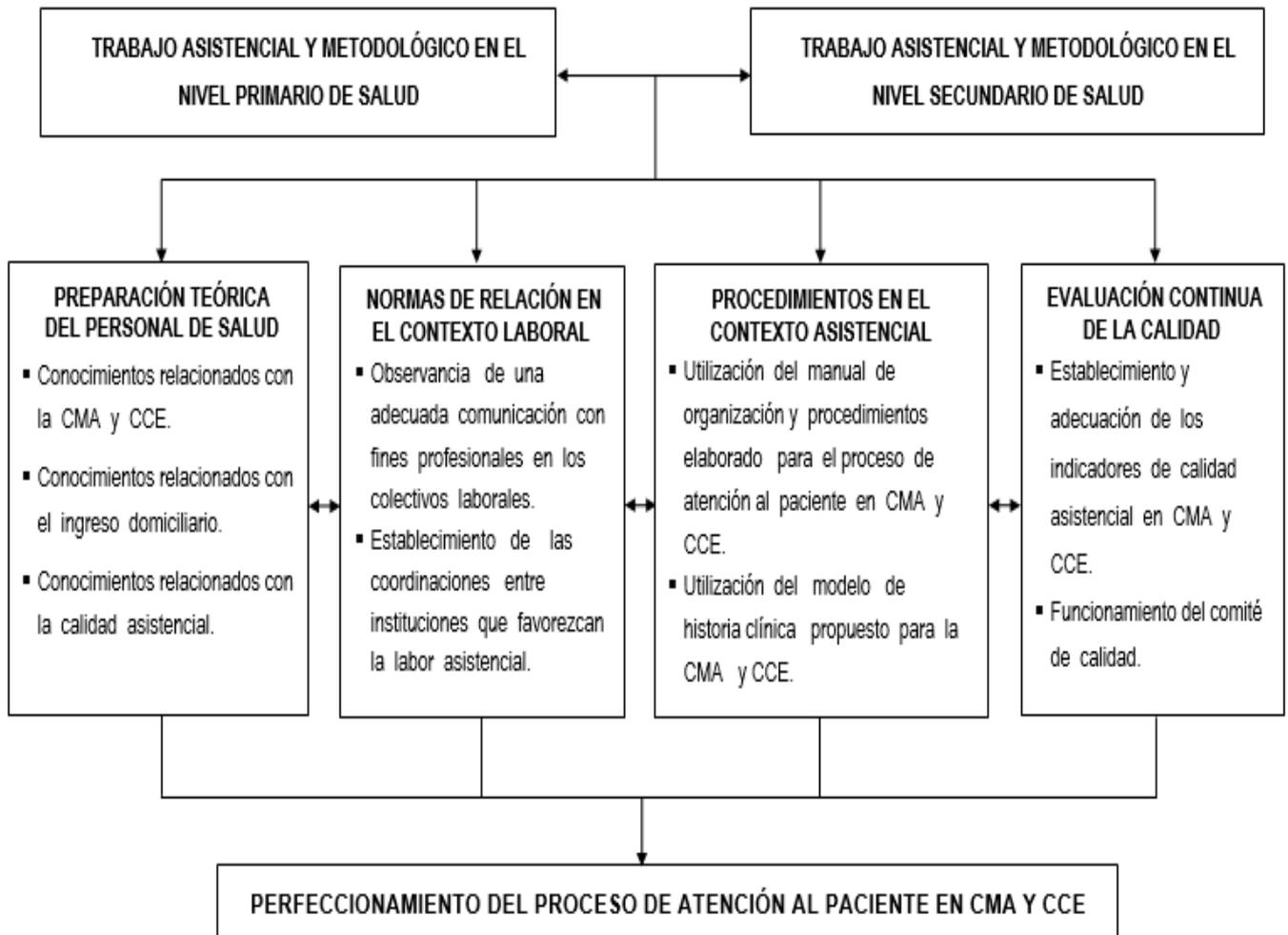


Figura 1. Representación gráfica del modelo teórico - asistencial propuesto para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.



Cuadro 2

ÍNDICE DEL MANUAL DE ORGANIZACIÓN Y PROCEDIMIENTOS PARA EL DESARROLLO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA EN COORDINACIÓN CON EL EQUIPO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

	Pág.
INTRODUCCIÓN.....	1
PRIMERA PARTE: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA	
Conceptos.....	3
Reseña histórica.....	4
Ventajas y desventajas de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....	6
Complicaciones en la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....	6
Unidades de Cirugía Ambulatoria.....	7
Selección de los pacientes.....	10
Selección de los procedimientos.....	11
Contraindicaciones de la cirugía mayor ambulatoria.....	11
Aspectos a considerar por facultativos y administrativos.....	12
SEGUNDA PARTE: INGRESO DOMICILIARIO	
Concepto.....	14
Reseña histórica.....	14
Requisitos para realizar el ingreso domiciliario.....	15
Propósitos del ingreso domiciliario.....	15
Ventajas del ingreso domiciliario.....	16
TERCERA PARTE: PROCEDIMIENTOS	
Consultas preoperatorias.....	19
Ingreso y control prequirúrgico.....	20
Intraoperatorio.....	21
Recuperación postoperatoria inmediata.....	21
Seguimiento domiciliario.....	24
Control médico hospitalario.....	24
Control de calidad.....	25
ANEXOS	
Anexo 1: Valoración del estado físico del paciente.....	
Anexo 2: Valoración del estado nutricional del paciente.....	
Anexo 3: Listado de procedimientos por especialidades para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....	
Anexo 4: Flujograma del paciente en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....	
Anexo 5: Propuesta de modelo de historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....	
Anexo 6: Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria.....	
Anexo 7: Representación gráfica del modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.....	
BIBLIOGRAFÍA.....	



Cuadro 3

CONTENIDOS DE LA PROPUESTA DE HISTORIA CLÍNICA PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y CIRUGÍA DE CORTA ESTADÍA

Nombre(s) y apellidos.

Edad.

Sexo.

Carnet de identidad.

Área de salud.

Dirección.

Teléfono(s).

Diagnóstico preoperatorio.

Operación propuesta.

Fecha de intervención.

Datos de interés.

Consulta en consultorio del médico de la familia.

Consulta preanestésica.

Indicaciones preoperatorias.

Valoración clínica prequirúrgica.

Informe operatorio (Resumen).

Evolución en postoperatorio inmediato.

Indicaciones a cumplir en el hogar.

Evolución postoperatoria en la comunidad (Resumen).

Consultas de seguimiento.

Consentimiento informado de los pacientes.

Aclaraciones e instrucciones para el trabajo con el modelo de historia clínica.

Cuadro 4. Requerimientos para la implementación y evaluación de los resultados del modelo teórico-asistencial propuesto.

<p>EXIGENCIAS BÁSICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN SATISFACTORIA DEL MODELO</p>	<p>ACCIONES PARA LA INTRODUCCIÓN DEL MODELO EN LA PRÁCTICA</p>	<p>ACCIONES PARA LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS Y PROYECCIÓN DE NUEVOS PROYECTOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO</p>
<ul style="list-style-type: none"> - La implicación de los administrativos y profesionales de los niveles primario y secundario de salud, que se manifieste en el compromiso ante el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE, sobre la base de la comprensión de la necesidad de la coordinación entre ellos. - La consideración, como punto de partida en el perfeccionamiento asistencial, del diagnóstico sistemático, para identificar las necesidades, fortalezas e intereses a fin de promover cambios tangibles en el desempeño de la actividad en CMA y CCE, mediante un proceso flexible, coordinado y continuo que favorezca la búsqueda de la calidad y la socialización del conocimiento en beneficio de todos los involucrados en el proceso. - La promoción de relaciones basadas en la más absoluta ética y respeto de las diferencias individuales existentes entre los que interactúan en el proceso asistencial al considerar el carácter heterogéneo de los participantes, las diferencias entre las instituciones, los intereses, actitudes y valoraciones. - La aplicación del modelo con un carácter sistémico desde la concepción de acciones para garantizar la preparación teórica necesaria que proporciona el vínculo entre lo cognitivo y lo afectivo que tributa al desarrollo de actitudes y, posteriormente el tratamiento de las habilidades a aplicar en la práctica asistencial. 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar la coordinación con los directivos de los niveles primario y secundario de salud en los que se lleven a cabo CMA y CCE como paso previo a la introducción de las propuestas presentadas. - Explicitar las propuestas en los GBT del nivel primario de salud y en los servicios quirúrgicos para familiarizar a los profesionales con el modelo asistencial, la utilización del manual de organización y procedimientos y la propuesta de modelo de historia clínica. - Definir acciones metodológicas que, mediante la integración entre las instituciones de ambos niveles de atención, contribuyan además a la vinculación con lo académico y lo investigativo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicar instrumentos a los profesionales de la salud implicados en el proceso asistencial en CMA y CCE, administrativos de los servicios, pacientes y familiares que posibiliten obtener información acerca de la implementación del modelo asistencial. - Crear espacios valorativos del cumplimiento de las orientaciones en la puesta en práctica del modelo asistencial por parte de los servicios quirúrgicos y del nivel primario de atención, así como del propio desempeño de los profesionales involucrados. - Diseñar las acciones que se requieran, a partir de los resultados obtenidos, para el fortalecimiento de aquellos aspectos que hayan presentado dificultades durante la implementación. - Valorar en consejos de dirección y comité de calidad de las instituciones implicadas, el cumplimiento de los objetivos trazados, las acciones desarrolladas en la implementación, las formas utilizadas y los resultados obtenidos. - Considerar en la evaluación del desempeño profesional de los médicos de los niveles primario y secundario de salud que corresponda, su accionar en este proceso asistencial.

