



EXPERIENCIA INICIAL CON LA APLICACIÓN DE PROPUESTAS PARA EL PERFECCIONAMIENTO ASISTENCIAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA.

Autores: DrC. Javier Cruz Rodríguez¹, DrC. Abraham Dimas Reyes Pérez², MSc. Joaquín Zurbano Fernández³, MSc. Jaime Cándido Monteagudo Ramírez⁴ 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: javiercruzr@infomed.sld.cu
- ² 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.
- ³ 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.
- ⁴ Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente. 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: Se han evidenciado dificultades en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en el proceso de atención a pacientes en la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía de corta estadía. En respuesta a esta situación se diseñaron propuestas asistenciales (un modelo teórico-asistencial, un manual para la organización procedimental y un modelo de historia clínica) en etapas investigativas anteriores. **Objetivo:** Evaluar la satisfacción y calidad percibida por pacientes y familiares con la aplicación de un modelo asistencial, un manual de procedimientos y un modelo de historia clínica para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y la cirugía de corta estadía. **Métodos:** Desde el 4 de enero de 2016 se efectuó un estudio cuasiexperimental en el que se aplicaron los diseños de preprueba, posprueba y un grupo de control en pacientes con experiencia en estas modalidades quirúrgicas y el de solo posprueba con un grupo de control en pacientes sin experiencia con estos tipos de asistencia. De ese modo, los cuatro grupos de pacientes quedaron conformados por 25 casos cada uno. En los familiares acompañantes (incluidos uno por cada paciente) se aplicó un diseño solo con posprueba y un grupo de control y los dos grupos quedaron conformados por 50 casos cada uno. **Resultados:** Se obtuvieron niveles más favorables en la satisfacción y percepción de la calidad en los pacientes y familiares de los grupos experimentales. **Conclusión:** La aplicación de las propuestas asistenciales contribuyó al logro de elevados niveles de satisfacción y calidad percibida en los usuarios del servicio.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, organización y administración, atención médica secundaria, atención primaria de salud.



INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se ha definido como aquellos procedimientos o intervenciones de variada complejidad en pacientes seleccionados que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, posibilita 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}

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, y favorecida 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%.^{4,5} Su rápida popularización y difusión también obedece a 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; que contribuye a una mayor motivación profesional y de los usuarios y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece.^{1,6-9}

En los últimos años la CMA ha experimentado un notable crecimiento a nivel mundial, considerándose que pueden constituir el 80% de las cirugías electivas.¹⁰ En el año 2018 en Cuba fueron reportadas como ambulatorias el 55,4% de las intervenciones quirúrgicas mayores.¹¹

No obstante su desarrollo, difusión y aceptación, existen 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, autores como Cruz¹², Cousin¹³ y Gutiérrez¹⁴ han planteado la existencia de dificultades en su ejecución, principalmente dadas por la deficiente comunicación y coordinación entre estos niveles primario y secundario de atención. En trabajos más recientes López¹⁵⁻¹⁷ planteó que, pese a la implementación y desarrollo de un sistema de salud integrado en Cuba, existen dificultades en la implementación de programas verticales que no se integran con la práctica del primer nivel de atención.

El presente trabajo es consecuencia del trabajo realizado por un equipo de investigadores que incluyó profesionales de varias instituciones de los niveles primario y secundario de salud, así como de otras no pertenecientes a este sector en el proyecto «Modelo para el perfeccionamiento asistencial en CMA y CCE» del Hospital Clínico-Quirúrgico «Arnaldo Milián Castro» de la ciudad Santa Clara. En etapas precedentes del proyecto se identificaron la necesidad del perfeccionamiento del proceso de atención a los pacientes en esas modalidades quirúrgicas basado en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud¹⁸, se diseñaron propuestas: un modelo teórico-asistencial, un manual para la organización procedimental y un modelo de historia clínica para esta actividad. La representación gráfica del modelo, los requerimientos para su implementación y evaluación, el índice del manual y los acápites del modelo de historia clínica se presentan anexos (figura 1 y cuadros 1-3). Estas propuestas fueron evaluadas por expertos que coincidieron en



su calidad, pertinencia y posibilidades de implementación.¹⁹⁻²¹ Con el presente trabajo se procura exponer las experiencias iniciales en la evaluación de la satisfacción y calidad percibida por los usuarios del servicio con la aplicación experimental del modelo teórico-asistencial y las propuestas de carácter práctico.

OBJETIVOS

Evaluar la satisfacción y la calidad percibida por pacientes y familiares acompañantes con la aplicación de un modelo teórico-asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención a pacientes en CMA y CCE.

MÉTODOS

Por las características del estudio a realizar fue concebido un cuasiexperimento en el que se aplicaron dos tipos de diseños. Se aplicaron los diseños de preprueba, posprueba y un grupo de control en pacientes con experiencia en CMA o CCE y el de solo posprueba con un grupo de control en pacientes sin experiencia en estos tipos de asistencia. De ese modo, los cuatro grupos de pacientes quedaron conformados por 25 casos cada uno. En los familiares acompañantes (incluidos uno por cada paciente) se aplicó un diseño solo con posprueba y un grupo de control y los dos grupos quedaron conformados por 50 casos cada uno. El diagrama de los diseños aplicados se muestra anexo (figura 2). La variable independiente en la investigación fue la aplicación del modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso en CMA y CCE; las variables dependientes fueron la satisfacción y calidad percibida por los pacientes. La manipulación de la variable independiente alcanzó dos niveles en la investigación: presencia y ausencia. La inclusión en grupos experimental o control quedó enmarcada entre enero de 2016 y junio de 2018 y obedeció al área de salud de procedencia. La selección de las áreas de salud se realizó al azar y se tomaron tres de las seis existentes en el municipio Santa Clara (de esta forma aportaron tres áreas a los grupos experimentales y las restantes tres a los de control).

Fueron fijados criterios de exclusión fundamentados en la necesidad de contar con sujetos que reunieran determinadas condiciones consideradas esenciales y lógicas en atención al propósito de la investigación:

- Paciente o acompañante que se negase a participar en la investigación o a continuar en ella antes de su culminación.
- Paciente y acompañante que no contasen con teléfono para facilitar la entrevista o imposibles de localizar por cualquier causa.
- Paciente que hubiese fallecido o se trasladara hacia otra área de salud, municipio, provincia o país antes de la culminación del estudio.
- Paciente o acompañante que hubiese participado en alguna investigación semejante a la presente o con conocimientos relacionados sobre esta.

Se aplicó una encuesta en la preprueba y una entrevista telefónica en las pospruebas (cuya guía se muestra anexa en el cuadro 4). La encuesta a los pacientes con experiencia CMA o CCE (a modo de preprueba) realizó en consulta al definirse su intervención. Naturalmente, en esa encuesta se indagó sobre su experiencia anterior en CMA o CCE. La entrevista telefónica (aplicada en las prepruebas) se efectuó entre los 30 y 45 días posteriores a la intervención a todos los pacientes y a los familiares acompañantes. La satisfacción fue evaluada mediante una escala ascendente de 1 hasta 5 puntos (Insatisfecho, Poco satisfecho, Satisfecho, Bastante satisfecho y Muy satisfecho) y los indicadores de calidad percibida (Accesibilidad, Información recibida,



Seguridad, Continuidad en la atención, Coordinación, Atención integral, Capacidad de respuesta, Organización, Relación médico-paciente, Credibilidad, Competencia profesional y Resultado clínico) también fueron evaluados mediante una escala equivalente (Mucho peor de lo que esperaba, Peor de lo que esperaba, Como lo esperaba, Mejor de lo que esperaba y Mucho mejor de lo que esperaba).

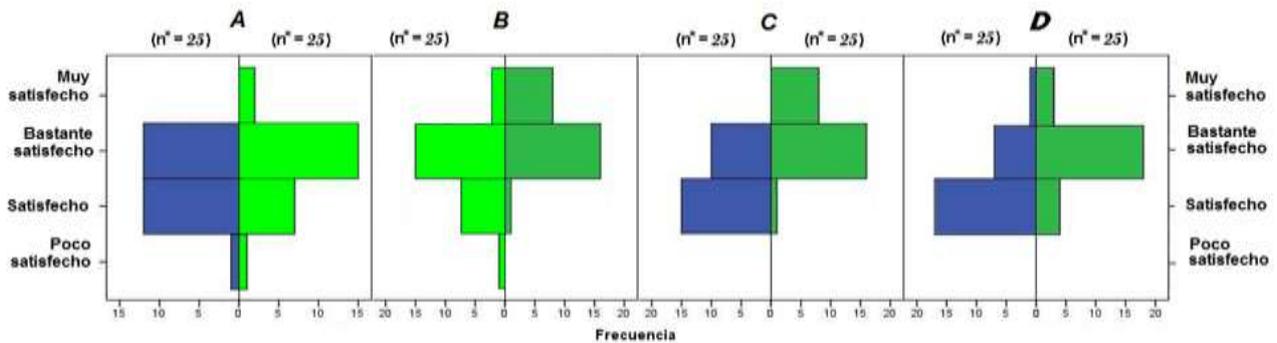
Para las comparaciones entre los grupos experimental y de control tanto en la preprueba como en las pospruebas se aplicó la Dócima U de Mann-Whitney para dos muestras independientes y para la comparación entre los resultados de la prueba y la posprueba en el grupo experimental de los pacientes con experiencia en CMA o CCE se utilizó la prueba de Wilcoxon para dos muestras relacionadas. Para el empleo de estas pruebas se utilizó como herramienta estadística el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 20.0. Se asumió como hipótesis nula, al aplicar las pruebas de Mann-Whitney y de Wilcoxon (con un nivel de significancia de 0,05), que no existían diferencias en las valoraciones de la satisfacción y de los indicadores de calidad percibida por los pacientes. Como hipótesis alternativa se asumió lo opuesto.

A los participantes se les garantizó anonimato y que los resultados obtenidos solo serían empleados para fines científicos. Se les aseveró que la decisión de participar o no, así como los criterios que emitiesen, no influirían en la atención que les sería prestada. Previo a su ejecución, la investigación fue valorada y aprobada por Consejo Científico y el Comité de Ética de la unidad que contrató el proyecto de investigación.

Es necesario aclarar que durante al año 2015, como preparación al estudio, se procedió a la coordinación con los directivos de los tres centros del nivel primario que conformaron el grupo experimental. Seguidamente, en las reuniones ordinarias de los 10 grupos básicos de trabajo involucrados, se presentó y explicó el proyecto. Se entregó un material impreso para la autopreparación de los médicos y enfermeras de la familia de los 156 consultorios correspondientes. Dicho material consistió en una sinopsis de la investigación que contenía su fundamentación, el flujograma del paciente quirúrgico en CMA y CCE, el modelo asistencial propuesto, y las aclaraciones e instrucciones para la utilización del modelo de historia clínica diseñada. Fueron explicitados todos los aspectos que incluye para lograr su comprensión, facilitar la autopreparación y su utilización (de ser preciso), así como para procurar una retroalimentación en relación a posibles necesidades no previstas inicialmente y que requirieran ser consideradas. También se concedió acceso al manual.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

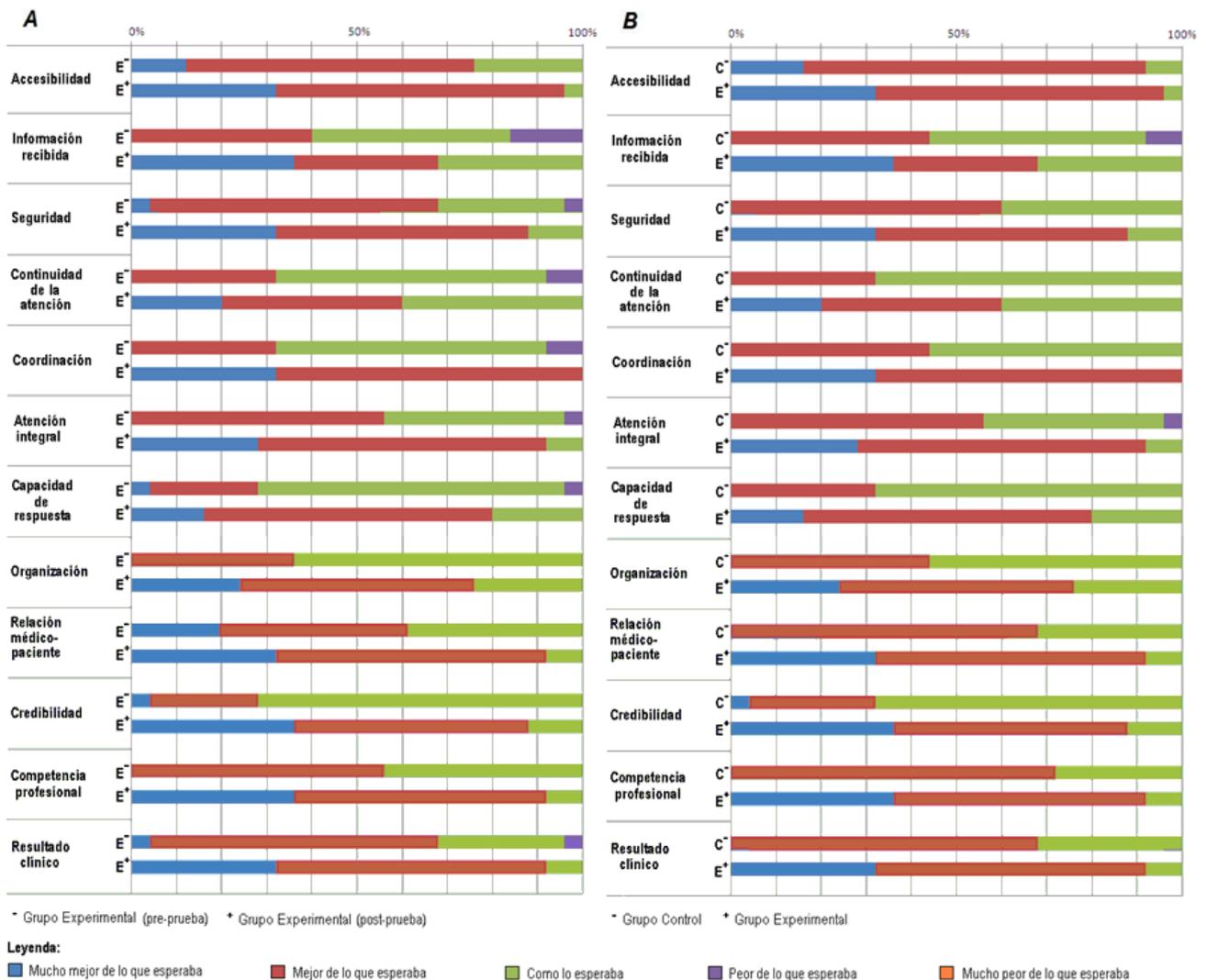
En el gráfico 1 (A) se evidencia la equivalencia entre los grupos experimental y de control de los pacientes (en la preprueba) al apreciarse un comportamiento similar en la satisfacción. Además esto se corroboró con la obtención de resultados que permitieron no rechazar la hipótesis nula al aplicar la prueba de Mann-Whitney ($p=0,116$). En el gráfico 1 (B, C y D) se puede observar que influyó positivamente la aplicación de las propuestas en la satisfacción expresada por los pacientes de los grupos experimentales. También esto se corroboró con la obtención de resultados que permitieron rechazar la hipótesis nula al aplicar respectivamente las pruebas de Wilcoxon ($p=0,001$), Mann-Whitney ($p=0,000$) y Mann-Whitney ($p=0,000$). En la evaluación de la calidad percibida en la preprueba de los grupos experimental y control de los pacientes con experiencia en CMA o CCE se constató similitud al no mostrar diferencias de significación estadística en ningún indicador; en todos los casos $p>0,05$ en la prueba de Mann-Whitney.



A) Pre-prueba en pacientes con experiencia en CMA / CCE. B) Pre-prueba y post-prueba en pacientes con experiencia en CMA / CCE. C) Post-pruebas en pacientes con experiencia en CMA / CCE. D) Post-pruebas en pacientes sin experiencia en CMA / CCE.

Legenda:
■ Grupo de control ■ Grupo experimental (pre-prueba) ■ Grupo experimental (post-prueba)

Gráfico 1. Evaluación de la satisfacción de los pacientes.



Fuente: Encuestas y entrevistas a pacientes.

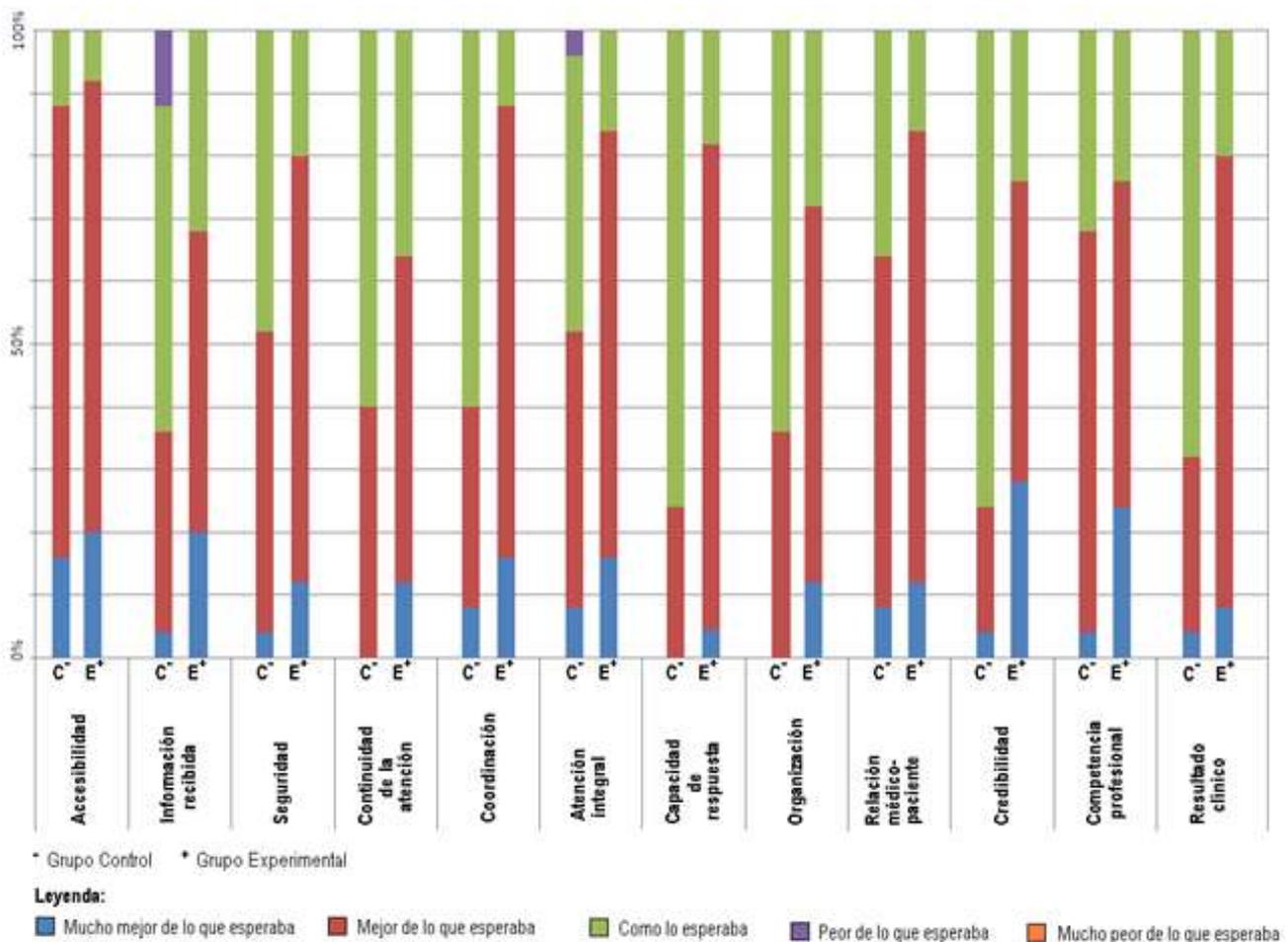
Gráfico 2. Evaluación de los indicadores de calidad percibida por pacientes con experiencia en CMA/CCE.



En el gráfico 2 (A y B) se puede observar que cada indicador de calidad percibida muestra los mejores resultados en la evaluación posprueba del grupo experimental de los pacientes con experiencia en CMA o CCE respecto al resultado en la preprueba del propio grupo y al de la posprueba con el grupo de control.

La aplicación de las pruebas de significación estadística reveló que existieron diferencias significativas en la evaluación de estos indicadores al encontrarse en todos los casos $p < 0,05$ en la prueba de Wilcoxon en la comparación preprueba con posprueba. Semejantemente, ocurre en la comparación entre los grupos experimental y control en las pospruebas, en la que al aplicar la prueba de Mann-Whitney $p < 0,05$ excepto en el indicador accesibilidad ($p = 0,172$).

En el gráfico 3 se puede observar que la evaluación de cada indicador de calidad percibida muestra los mejores resultados en el grupo experimental de los pacientes sin experiencia en CMA o CCE respecto a los resultados obtenidos en su grupo de control. La aplicación de la prueba de Mann-Whitney reveló que existieron diferencias significativas en la evaluación de estos indicadores al encontrarse $p < 0,05$ excepto en los indicadores accesibilidad ($p = 0,596$), relación médico-paciente ($p = 0,134$) y competencia profesional ($p = 0,144$).



Fuente: Encuestas y entrevistas a pacientes.

Gráfico 3. Evaluación de los indicadores de calidad percibida por pacientes sin experiencia en CMA/CCE.



En el gráfico 4 se puede observar que la evaluación de la satisfacción y cada indicador de calidad percibida por los familiares acompañantes muestra mejores resultados en el grupo experimental respecto a su grupo de control. En el grupo de control se puede apreciar que la medianas se encuentran en el valor 3 (satisfecho / como lo esperaba) en la mayoría de los indicadores, excepto en la satisfacción (en el que se encuentra en 4 –bastante satisfecho–) y en accesibilidad (en el que se encuentra en 4 –mejor de lo que esperaba–). Por su parte en el grupo experimental la mediana se encuentra en el valor 4 en la satisfacción y en la totalidad de los indicadores. La aplicación de la prueba de Mann-Whitney reveló que existieron diferencias significativas en la evaluación de estos indicadores al encontrarse $p < 0,05$ excepto en el indicador accesibilidad ($p = 0,423$).

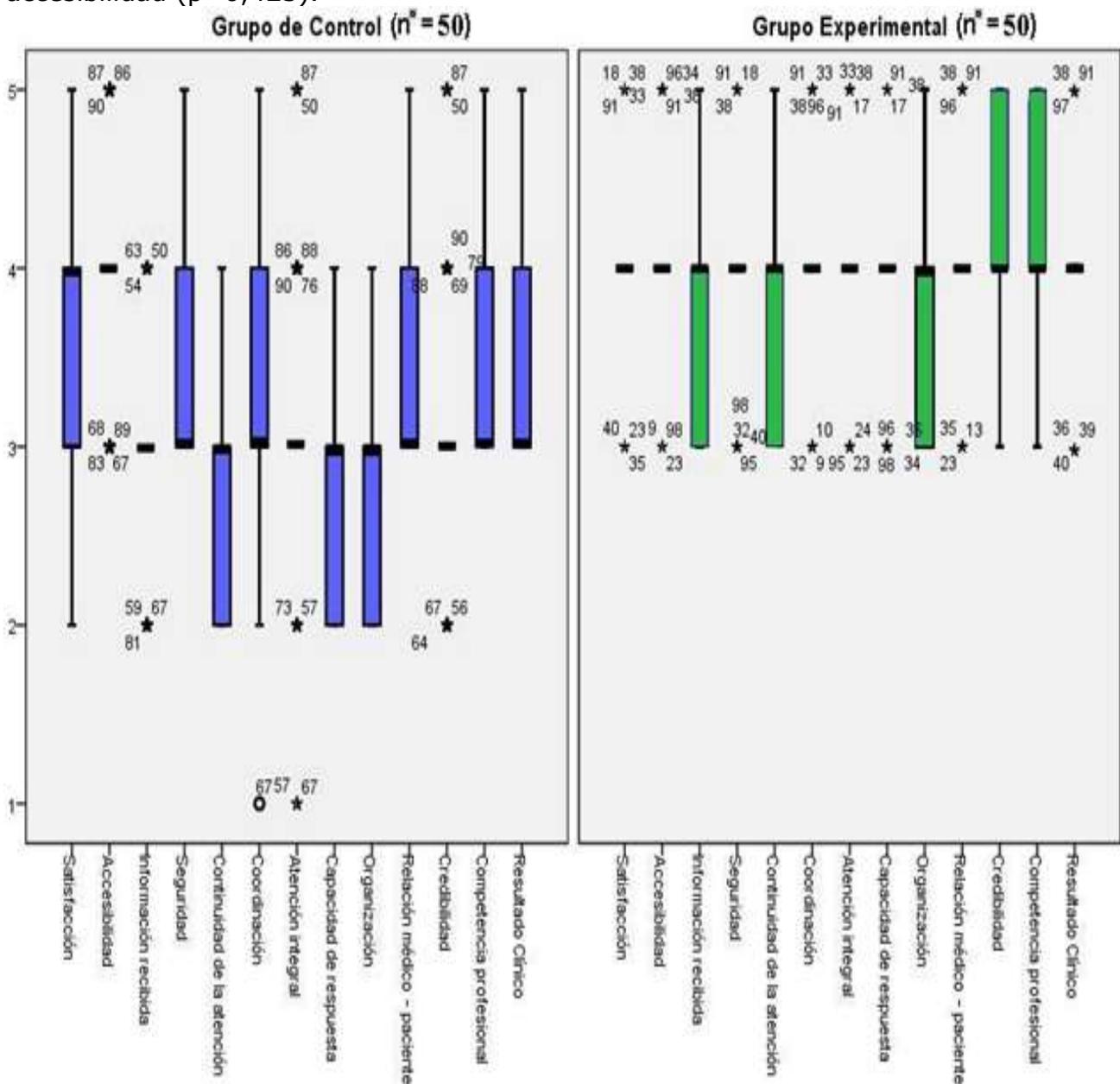


Gráfico 4. Evaluación de la satisfacción e indicadores de calidad percibida por los familiares.



En Cuba han sido pocos los trabajos en los que se ha prestado atención a la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en CMA y CCE. El primer trabajo hallado por los autores en el que se considera el conocimiento previo sobre la intervención por parte del médico de la familia, fue publicado por Mederos²² en la Revista Cubana de Medicina General Integral con el título de «Cirugía mayor ambulatoria en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos» y data de 1991. En el propio número de esa revista aparece el artículo «Cirugía mayor ambulatoria. Estudio de satisfacción de los pacientes» de Cabrera²³ aparentemente es el primero en el que a nivel nacional se presta atención exclusiva a este indicador de calidad en CMA.

Cagigas²⁴ planteó que en España, cuando se publicaban 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. También al citar un estudio descriptivo de la situación de la CMA en los hospitales de Madrid (poco desarrollados en esta actividad) en el que al preguntar a los gestores de los hospitales, estos 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; por el contrario afirmaban 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 estas UCMA con la atención primaria.

Aunque existen múltiples estudios de calidad y satisfacción en CMA y CCE a nivel mundial, los autores no constatamos trabajos análogos al presentado a fin de establecer comparaciones pertinentes. Sin embargo, es necesario expresar que sobre un proyecto de similar finalidad al aquí aplicado se ha planteado que una de las oportunidades que ofrece es trabajar bajo un modelo de gestión integrador que facilita la coordinación entre los niveles asistenciales, lo que contribuye a colocar al paciente en el centro del proceso de atención y con la optimización de los recursos y con el incremento de la calidad tanto intrínseca como percibida²⁵⁻²⁷. 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 de los pacientes²⁸.

CONCLUSIONES

La aplicación del modelo asistencial teórico y las propuestas de carácter práctico (el manual para la organización procedimental y el modelo de historia clínica) enfocados en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud, contribuyeron al logro de elevados niveles de satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares lo cual representa un estímulo para promover su mayor aplicación en aras de favorecer el perfeccionamiento del proceso de atención en CMA y CCE.

LIMITACIONES

Las limitaciones del estudio radican en la no disponibilidad de estudios similares en la literatura (necesarios para establecer patrones comparativos en cuanto a indicadores y criterios de medición), lo que contribuyó a que la discusión de los resultados no fuera tan profunda como se deseaba.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Revista Habanera 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) Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. RREV. MED. CLIN. CONDES. 2017; 28(5): 682-90.
- 5) 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.
- 6) 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.
- 7) 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.
- 8) Brahin FA, Álvarez VM, Martín PA. Cirugía mayor ambulatoria. Revista Argentina de residentes de Cirugía. 2016; 21: 21-37.
- 9) 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.
- 10) 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.
- 11) Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2018. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2019. p. 14.
- 12) 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>
- 13) 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>
- 14) Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria [tesis]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.
- 15) López Puig P. Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Cuba, 2013. [Tesis Doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública. 2013.
- 16) López Puig P, Segredo Pérez AM, García Milián AJ. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. 2014; 40(1): 75-84.
- 17) López Puig P, García Milián AJ, Alonso Carbonell L, Bayarre Veá HD, Segredo Pérez AM. Definición de integración de redes de servicios en la estrategia de Atención Primaria de Salud en Cuba, 2013. Horizonte sanitario. 2014; 13(1): 138-47.
- 18) 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 2018 May 20]; 16(1): [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563>



- 19) 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 Sep 11]; 60(2): [aprox. 22 p.]. Disponible en: <http://www.revcirurgia.sld.cu/index.php/cir/article/view/1036/574>
- 20) Cruz Rodríguez J. Evaluación de una guía de procedimientos para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *MEDISUR* [serie en Internet]. 2017 Sep-Oct [citado 2021 Sep 11]; 15(5): [aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3564>
- 21) 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 Sep 11]; 15(2): [aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.revactamedicacentro.sld.cu/index.php/amc/article/view/1278/1440>
- 22) 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.
- 23) Cabrera Martín R, Zamora Santana O, Domínguez Lanuza JC, Alonso González E, Cabrera Espinoza JC, de Cárdenas F. Cirugía mayor ambulatoria. Estado de satisfacción de los pacientes. *Rev Cubana de Medicina General Integral*. 1991; 7(3): 248-50.
- 24) 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.
- 25) Noguera JF, Aguirrezabalaga J. La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria. [Editorial]. *CIR MAY AMB* 2017; 22(4): 182-4.
- 26) Campayo JM. Organizaciones sanitarias integradas (OSI). *Kirubide*. [Editorial]. *CIR MAY AMB* 2017; 22(4): 186.
- 27) 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.
- 28) 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.



ANEXOS

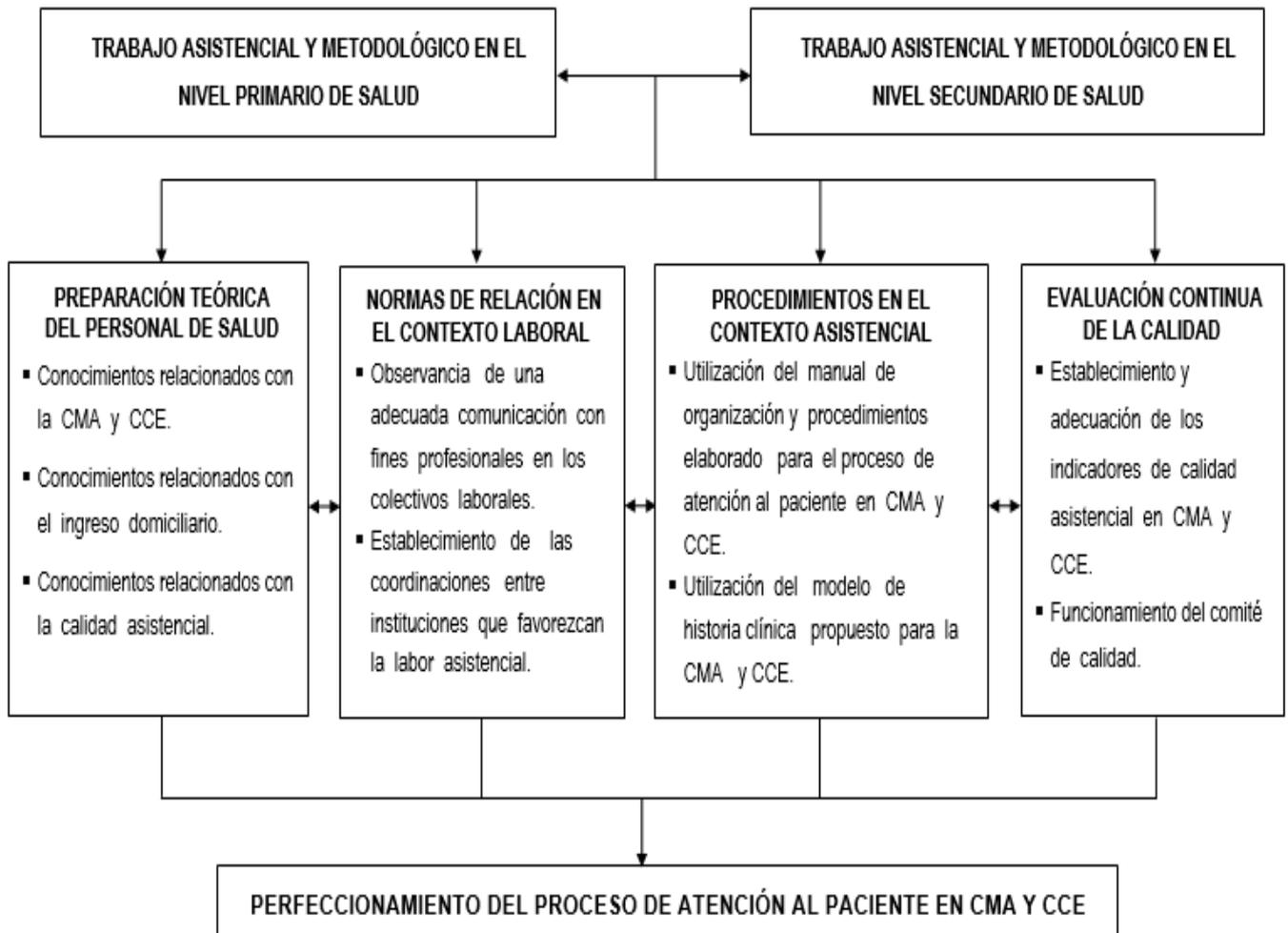


Figura 1. Representación gráfica del modelo teórico - asistencial propuesto para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.



Cuadro 1

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 2

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 3. 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 PRACTICA</p>	<p>ACCIONES PARA LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS Y PROYECCIÓN DE NUEVOS PROPÓSITOS 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. - Explicar 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.





A - Pacientes
(preprueba, posprueba y un grupo de control)

$G_1 (n_1= 25)$ O_1 _____ X _____ O_2

$G_2 (n_2= 25)$ O_3 _____ O_4

B - Pacientes
(posprueba y un grupo de control)

$G_3 (n_1= 25)$ _____ X _____ O_5

$G_4 (n_2= 25)$ _____ O_6

C - Familiares
(posprueba y un grupo de control)

$G_1 (n_1= 50)$ _____ X _____ O_1

$G_2 (n_2= 50)$ _____ O_2

Nota: 0 - Medición de la variable dependiente

X - Aplicación de la variable independiente (en los grupos experimentales)

n - Tamaño de la muestra (en este caso población accesible)

Figura 2. Diseños experimentales aplicados en la investigación.



Cuadro 4

GUÍA PARA LA ENCUESTA Y ENTREVISTA TELEFÓNICA DIRIGIDA A PACIENTES Y FAMILIARES

Objetivo: Conocer el comportamiento de la satisfacción y de los indicadores de calidad percibida por los pacientes / familiares acompañantes de los grupos experimental y de control a los que se les realizó cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía.

Estimado(a) Señor / Señora:

Esta encuesta / entrevista tiene como finalidad conocer su satisfacción y opinión sobre la calidad de la atención recibida en cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía en Hospital Clínico - Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro". Se agradece su sinceridad en las respuestas, las que tendrán un carácter confidencial y no influirán en la conducta a adoptar en el tratamiento y seguimiento.

Muchas gracias por su participación.

1. ¿Cómo evalúa en general su satisfacción durante todo el proceso de atención recibida: muy satisfecho (5), bastante satisfecho (4), satisfecho (3), poco satisfecho (2) o insatisfecho (1)?
Argumente su respuesta.
2. Valore la calidad que percibió en el servicio recibido atendiendo a si lo halló "mucho mejor de lo que esperaba" (5), "mejor de lo que esperaba" (4), "como lo esperaba" (3), "peor de lo que esperaba" (2) y "mucho peor de lo que esperaba" (1) respecto a:

a)	Accesibilidad	Se accede, se llega, se obtiene fácilmente el servicio.
b)	Información recibida	Se ofrece información veraz, oportuna, entendible, con explicaciones que favorecen la toma de decisiones.
c)	Seguridad	Se siente seguro, tranquilo y confía en el servicio recibido.
d)	Continuidad de la atención	El proceso de atención es permanente, transcurre sin interrupciones, suspensiones o repeticiones innecesarias hasta la solución del problema de salud.
e)	Coordinación	La atención recibida fue coordinada entre el médico de la familia, cirujano y otros profesionales implicados.
f)	Atención integral	En la atención recibida se evidencia la preocupación por el estado físico, emocional y del medio familiar que pueda incidir en la salud del paciente.
g)	Capacidad de respuesta	Se evidencia disposición para ayudar y brindar un servicio sin demoras innecesarias.
h)	Organización	Se evidencia un servicio organizado y que posee adecuados mecanismos que garantizan un correcto funcionamiento.
i)	Relación médico – paciente	Se evidencia humanidad, amabilidad, cortesía y respeto a pacientes y familiares.
j)	Credibilidad	Los prestadores del servicio obran con honestidad, cumplen sus promesas y obligaciones.
k)	Competencia profesional	La atención es brindada por profesionales que hacen correctamente su trabajo, demuestran poseer los conocimientos y habilidades requeridas.
l)	Resultado clínico	Resultado obtenido en relación al tratamiento quirúrgico efectuado, efectividad del tratamiento en el mejoramiento progresivo durante el proceso de recuperación.