

Modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía

A Model for Improving the Care Process in Major Outpatient and Short-Stay Surgeries

Javier Cruz Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7849-4050>

¹Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro”. Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia: javiercruzr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: 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.

Objetivo: Diseñar 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. En su diseño fueron empleados la modelación y el sistémico-estructural fundamentalmente. Se aplicaron encuestas a expertos con experiencia en los niveles primario y secundario de salud para evaluar la calidad y pertinencia del modelo propuesto. También fueron encuestados los jefes de los grupos provinciales de Cirugía General y Medicina Familiar. 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 partió de la coordinación del trabajo asistencial y metodológico entre los niveles primario y secundario de salud. Se

sustentó 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 presenta calidad, es pertinente y su aplicación es factible.

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

ABSTRACT

Introduction: There are limitations in the coordination between the primary and secondary health levels in the outpatient and short-stay surgical processes, which affects the quality of the service.

Objective: Designing a proposal for a healthcare model for the improvement of the patient care process in major outpatient surgery and short-stay surgery.

Methods: A descriptive and prospective research was carried out from September 3, 2012 to March 20, 2018. Its design involved essentially modeling and the systemic-structural method. Surveys were applied to experts with experience in primary and secondary health levels, in order to assess the quality and relevance of the proposed model. The heads of the provincial groups of General Surgery and Family Medicine were also surveyed. Group interviews were conducted with clients of the research project (from which it is derived) and with institutional and provincial decision-makers. The methodological and source triangulation technique was used.

Results: The structuring of the model started from the coordination of the care and methodological work between the primary and secondary health levels. It was based on four pillars: theoretical training of health personnel, observance of relationship rules in the work context, compliance with procedures in the care context, and continuous assessment of the quality of care. The experts, clients and decision-makers recognized its quality, relevance and possibilities of implementation.

Conclusions: The model presents quality, is pertinent and its application is feasible.

Keywords: major outpatient surgery; short-stay surgery; organization and management; model.

Recibido: 11/10/2020

Aceptado: 10/11/2020

Introducción

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se define como aquellas 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 hospitalización. La cirugía de corta estadía (CCE) constituye aquellos programas de trabajo de cirugía mayor con estancias entre uno y tres días. Hace varios años se introdujo el término cirugía de alta resolución, definida como la realización del reconocimiento, evaluación preanestésica e intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria.^(1,2)

En los últimos años la CMA ha crecido a nivel mundial; se considera que pueden constituir el 80 % de las cirugías electivas.^(1,2) En el año 2019, en Cuba, fueron reportadas como ambulatorias el 56,6 % de las intervenciones quirúrgicas mayores.⁽³⁾ No obstante su desarrollo, difusión y aceptación, existen insatisfacciones en la población por la falta de continuidad en la atención. También se ha planteado dificultades en su ejecución, dadas principalmente por la deficiente comunicación y coordinación entre el nivel primario (NP) y el nivel secundario (NS) de atención.^(4,5,6)

En las investigaciones biomédicas la utilización del modelo como resultado científico es cada día más frecuente para transformar la práctica y enriquecer su sustento teórico.⁽⁷⁾ Los modelos son resultantes de investigaciones y la

experiencia vivida, con proyección de futuro en función de lograr la conducción de la actividad que se modela hacia su perfeccionamiento.⁽⁸⁾ En este estudio se asume que el modelo “es una representación ideal del objeto o fenómeno a investigar, donde el sujeto abstrae los elementos esenciales y las relaciones que conforman al objeto y lo sistematiza a un plano superior”.⁽⁹⁾

El modelo que se presenta constituye una contribución teórica resultante del proyecto de investigación “Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía” del Hospital Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro” (HAMC) de Santa Clara, que contó con investigadores de varias instituciones del NP y el NS, así como de otras no pertenecientes al sector salud. El objetivo del presente trabajo fue Diseñar una propuesta de modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE.

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 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 sistémico-estructural, ya que en ambos se da una unidad dialéctica al enfrentar el estudio de ese proceso de atención (PA). Se aplicó el análisis sistemático que es una metodología recomendada para la construcción de modelos de sistemas sociales.⁽¹⁰⁾

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 PA 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; intervinieron el personal de la salud del NP y el NS involucrados en este proceso, pacientes y familiares. Ello permitió la determinación del estado actual del funcionamiento

de esas relaciones, las posibles implicaciones resultantes de las deficiencias detectadas y 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 (PMEF)”, “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. Igualmente fueron analizados los datos empíricos de las encuestas a pacientes atendidos en régimen de CMA o CCE, sus familiares acompañantes, cirujanos generales y médicos y enfermeras de la familia (MEF) recopilados durante el diagnóstico inicial del proceso investigativo.⁽¹¹⁾

El estado ideal se describió de la siguiente forma:

- La coordinación y comunicación entre las instituciones y profesionales del NP y el NS de manera bidireccional, en el inicio y continuidad del PA, permite simplificar la actividad preoperatoria y la programación quirúrgica. También ayuda a optimizar el seguimiento al paciente hasta el final del episodio clínico, mediante herramientas metodológicas que guíen el accionar de estos profesionales para garantizar una actuación uniforme, integral y personalizada en el tratamiento de estos pacientes. Esto debe estar favorecido por el ingreso domiciliario (ID) y un correcto seguimiento hasta el alta.
- Los MEF conocen cabalmente los aspectos biológicos, psicológicos y sociales de los pacientes por lo que deben tener el conocimiento previo de la intervención quirúrgica, recomendar o desaconsejar 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.

- 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 el NP y el NS; 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.
- 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. Tal procedimiento permitió definir las relaciones funcionales que tienen lugar entre los profesionales involucrados en este, como expresión de una coordinación efectiva y tangible entre el NP y el NS 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 para promover una transformación orientada al enriquecimiento cualitativo de la práctica. Asimismo, se precisó identificar las estructuras de retroalimentación en el SNS, como un proceso continuo de búsqueda de la calidad y la satisfacción de pacientes y familiares, a fin de permitir la proyección de nuevos propósitos en correspondencia con las necesidades.

Para expresar el modelo propuesto, fueron asumidas las reflexiones *Marimón*⁽¹²⁾ relacionadas con los elementos a considerar para su presentación en un informe científico: justificación de su necesidad, caracterización del contexto social en que se inserta, representación gráfica, explicación de su estructura, exigencias para su instrumentación, argumentación sobre sus cualidades y formas de instrumentación que comprenden los aportes prácticos y las recomendaciones para su implementación y evaluación.

Desde el 3 de enero de 2013 hasta el 30 de diciembre de 2014 se procedió a la evaluación del modelo mediante el criterio de 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.

Para obtener la información fueron consultados, como informantes claves, profesionales de prestigio y experiencia en el sector de la salud quienes sugirieron a otros posibles expertos; así, mediante un muestreo en cadena, se solicitó la participación a 97 candidatos. Se confeccionaron encuestas para aplicar a los candidatos a integrar los grupos de expertos y a los expertos seleccionados.

La metodología para la obtención del coeficiente de competencia (K) se basó en la aplicación de la fórmula: $K = \frac{1}{2}(K_c + K_a)$, donde: K_c es el “Coeficiente de conocimiento” o información que tiene el experto acerca del tema y K_a es el “Coeficiente de argumentación” o fundamentación de los criterios de los expertos. Se consideró experticia baja si $K < 0,7$; media si $0,7 \geq K < 0,85$ y alta si $K \geq 0,85$.

Fueron incluidos como expertos 90 profesionales de la salud con K alto distribuidos en tres grupos de 30 integrantes cada uno (Anexo 1). Se les ofreció un material impreso con la fundamentación del problema, el objetivo de la investigación, el modelo y sus contribuciones prácticas.

En las encuestas se ofrecieron los indicadores para la evaluación del modelo. Los indicadores para evaluar su calidad aparecen en la tabla. Se empleó 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).

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 (cuya presentación rebasa los objetivos de esta obra) en el que se aplicó el modelo. Con los resultados obtenidos se elaboró un informe científico-técnico que fue sometido al criterio de clientes del proyecto y decisores institucionales y provinciales para determinar su aceptación, pertinencia y factibilidad y promover su aplicación.

Durante los meses de febrero y marzo de 2018 fueron encuestados los jefes de los grupos provinciales de Medicina Familiar y Cirugía General. En sesión del Consejo

Científico del HAMC, se desarrolló la entrevista grupal a los clientes (también decisores de la institución) del proyecto de investigación. Igualmente, el modelo fue evaluado en la Dirección Provincial de Salud de Villa Clara.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y en Consejo Científico del HAMC. A los implicados se les explicó el estudio y el carácter voluntario de la participación con lo que se obtuvieron los consentimientos. Se aseguró anonimato, confidencialidad de la información ofrecida y su empleo sólo con fines científicos.

Resultados

Presentación del modelo

El modelo reproduce las características de estructura y componentes del SNS por constituir un sistema único, gratuito, accesible, con cobertura universal, basado en la Atención Primaria de Salud (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 y su elevada cultura sanitaria.

Sobre esta estructura, como cimiento acorde con las condiciones histórico-sociales, se recrea un sistema de relaciones funcionales, por tanto, responde y representa a una realidad objetiva caracterizada por su dualidad institucional con funciones compartidas que tributan a un fin común. Las relaciones funcionales que se expresan en el modelo se fundamentan en la necesaria interrelación que debe existir entre el NP y el NS de salud en el desarrollo del PA 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 PA 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 del modelo al sustentarse en la convicción del mejoramiento humano, incidir positivamente en el crecimiento de los profesionales de la salud, comprenderlo en un rol en el que conscientemente transforma la realidad y se transforma a sí mismo mediante su actividad, lo que se expresa en las relaciones que se establecen entre ellos y con el medio. El resultado esperado es el mejoramiento de la atención al paciente, con el beneficio a su salud y el logro de la satisfacción de todos los involucrados en ese PA.

El principio de la objetividad se manifiesta en el análisis científico que se realiza del PA como realidad que existe independientemente de la conciencia o voluntad de los sujetos y en la que transcurre el accionar de los profesionales del NP y el NS a fin de favorecer el cumplimiento exitoso del encargo social que comparten. 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 modélica que comprende la coordinación entre el NP y el NS de atención. Ello se relaciona con el funcionamiento integral del SNS, particularmente en CMA y CCE.

Los principios del desarrollo y de la historicidad se evidencian en la comprensión de la evolución de la Salud Pública y del PA en CMA y CCE, a partir de los rasgos de los modelos de atención médica aplicados en Cuba de acuerdo a su momento histórico a fin de revelar la línea general del desarrollo 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 (1960), la creación de los policlínicos comunitarios y el modelo de medicina en la comunidad (1974) hasta el PME (1984).

Conforme a los elementos expresados, el modelo que se presenta tiene como objetivo perfeccionar el PA al paciente en CMA y CCE basado en la coordinación entre el NP y el NS de salud. Su representación gráfica se muestra en el anexo 2. La estructuración del modelo tiene como puntos de partida la coordinación en el trabajo asistencial y metodológico entre ambos niveles. Se sustenta en cuatro pilares imprescindibles para perfeccionar este PA: 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.

La preparación teórica del personal de salud debe comprender los conocimientos relacionados con la CMA y la CCE, el ID y la calidad asistencial lo que le permite mostrar un mayor nivel de competencia profesional en tanto presta un servicio integral de calidad superior; estos profesionales deben transformar el *statu quo* y establecer vínculos permanentemente entre el conocimiento nuevo y la acción. Los aportes prácticos del modelo favorecen la preparación teórica y 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 la comunicación como elemento fundamental del pilar y de todo el modelo.

El cumplimiento de procedimientos en el contexto asistencial evita la variabilidad de criterios. Al efecto, el manual y la propuesta del modelo de historia clínica (aportes prácticos del modelo) han sido elaborados para ser utilizados por los profesionales del NP y el NS 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. En los anexos 3 y 4 se muestran, respectivamente, el índice del manual y los acápites del modelo de historia clínica diseñados.

La evaluación de la calidad forma parte de las políticas generales de la organización y debe ser consistente con otras políticas de gestión, garantizar su adecuación a los propósitos del PA en CMA y CCE de manera que contribuya a su 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.

Las cualidades del modelo:

- Es contextualizado y flexible al utilizar la infraestructura y los servicios del SNS, posee capacidad de asumir las transformaciones que se originen en el sector.
- Contribuye al mejoramiento del desempeño de los profesionales, al desarrollo de actitudes y motivaciones favorables con su rol.
- Carácter integral, abierto y dinámico; moviliza los recursos humanos hacia posiciones que favorecen la cooperación y el intercambio de información 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.
- Contribuye al control sistemático de los resultados y a la toma de medidas correctivas.

Para la implementación satisfactoria del modelo 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 para realizar el seguimiento y lograr la retroalimentación, la toma de conciencia de la calidad del trabajo y de su resultado, así como la proyección de nuevos propósitos en correspondencia con las necesidades que sean identificadas (Anexo 5).

Evaluación del modelo

La calidad del modelo fue valorada favorablemente por los expertos de los tres grupos consultados, con predominio de “muy adecuado” en las evaluaciones ofrecidas (Tabla).

Tabla- 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			
<i>Fundamentación teórica de la propuesta</i>		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
<i>Correspondencia entre la fundamentación teórica y la concepción del modelo</i>		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
<i>Correspondencia entre el problema determinado en la práctica, el objetivo de la investigación y la solución planteada</i>		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
<i>Estructura del modelo</i>		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
<i>Contribución al proceso asistencial en CMA y CCE</i>		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.

Fue argumentada la calidad de la fundamentación teórica por los principios filosóficos en que se sustenta, su enfoque humanista, la incidencia positiva en los involucrados en el PA, la correspondencia de los postulados de integración expresados y la estructura del modelo que reconoció como punto de partida el trabajo asistencial y metodológico del NP y el NS. Se consideró la coherencia de la solución ofrecida con los problemas que fueron identificados en el propio PA por lo que coincidieron en que el modelo puede contribuir a su mejoramiento. Los expertos de los grupos primero y tercero estimaron que el modelo fue integral, abarcador y necesario; reconocieron su importancia por no contarse en el SNS con programa alguno para la actividad en CMA y CCE. El segundo grupo consideró que el modelo responde a la necesidad de perfeccionar el PA al paciente en CMA y CCE

y permitió el reconocimiento del papel del MEF, lo que brindó mayor participación al NP.

Al indagar sobre la pertinencia del modelo todos los expertos expresaron su conveniencia. Sus argumentos 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 el NP y el NS.
- La CMA y la CCE han ganado terreno a nivel mundial y nacional.

Al inquirir sobre la factibilidad de implementación del modelo, 87 expertos respondieron afirmativamente. En el grupo I respondieron positivamente el 96,7 %, en el grupo II lo hizo el 100 % y en el grupo III el 93,3 %. Argumentaron la calidad de la propuesta, la necesidad de contar con instrumentos que facilitaron la acción integral y coordinó los profesionales en esta actividad y, en adición, los elementos que justificaron su pertinencia. Una parte importante de estos expertos recomendó su presentación, explicación y puesta a disposición del NP. 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 NP e insuficiente disponibilidad de recursos materiales. Es de destacar que estas opiniones correspondieron a expertos integrantes de los grupos I y III.

Discusión

El análisis de los criterios ofrecidos por los expertos permite reflexionar:

- Resulta muy positivo que, a pesar de la heterogeneidad entre los tres grupos de expertos y entre sus integrantes, las valoraciones ofrecidas mostraran importantes similitudes en relación a la evaluación de la calidad, la pertinencia y la factibilidad de implementación del modelo.

- Se recomendó explicar el modelo y ponerlo a disposición del NP, pero se debe considerar que su aplicación consecuente solo es posible mediante una integración bidireccional entre el NP y el NS.
- Los argumentos de algunos expertos del NS, que señalaron el pobre respaldo por parte de los profesionales del NP como una razón al considerar que el modelo y sus aportes prácticos no poseen posibilidades de implementación, constituyen criterios aislados que difieren de las valoraciones generales y las expresadas por los expertos con experiencia en el NP.

Diferentes autores reconocen la importancia del NP y la implicación del médico de la familia en el PA en CMA. *Mederos*⁽¹³⁾ aboga por su conocimiento previo de la intervención quirúrgica. *Argente*⁽¹⁴⁾ y *Capitán*⁽¹⁵⁾ reconocen la importancia de trabajar en cirugía ambulatoria con atención a medidas como el ID y la conexión con el NP. *Fernández*⁽¹⁶⁾ asume que en CMA una mayor colaboración con el NP en el inicio y continuidad del PA permite simplificar la actividad preoperatoria y la programación quirúrgica, así como optimizar el seguimiento al paciente hasta el alta.

En 2017 la revista de la Asociación Española de CMA dedicó un número a realzar la integración de la CMA y el NP y destacó al proyecto Kirubide, al que *Planells*⁽¹⁷⁾ define como “el futuro deseable de la CMA, la fase olvidada de la CMA y un ejemplo de cambio organizativo e integrador”. Una oportunidad que ofrece esta unificación es trabajar bajo un modelo de gestión integrador que facilita la coordinación entre los niveles asistenciales, con lo que se coloca al paciente en el centro del PA y contribuye con la optimización de los recursos y con el incremento de la calidad tanto intrínseca como percibida.^(18,19,20) Las claves del éxito deben basarse en el respeto y la confianza entre las partes involucradas, con una comunicación amplia.⁽²¹⁾

Esta iniciativa es el paradigma de futuro en el funcionamiento de la CMA eficiente: la absoluta integración del NP en la CMA hasta controlar el flujo del circuito íntegramente; es en este nivel donde se inicia (con la derivación del

paciente) y es allí donde culmina (con el alta). Para ello, se precisan varias premisas:

1. Perfecta interrelación y conocimiento entre profesionales de CMA y del NP.
2. Protocolo común de actuación elaborado entre ambas partes.
3. Mayor independencia o autonomía de la unidad de CMA.
4. Contar con una historia clínica integrada.⁽²²⁾

Estas premisas encuentran correspondencia en el modelo presentado.

El modelo está dirigido al perfeccionamiento del PA al paciente en CMA y CCE. Su estructuración tiene como punto de partida la coordinación en el trabajo asistencial y metodológico entre el NP y el NS que comprende la superación continua, la utilización de instrumentos que faciliten tal coordinación y la evaluación de su calidad, lo que evidencia un enfoque holístico y sistémico favorecedor de su viabilidad.

Los expertos consultados, los clientes del proyecto de investigación y decisores a nivel provincial ofrecieron valoraciones positivas en relación a la calidad, pertinencia y factibilidad del modelo y sus contribuciones prácticas, lo cual ofrece seguridad para su aplicación.

Agradecimientos

El autor expresa su más sincero agradecimiento a los miembros del proyecto de investigación “Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía”, a los candidatos a expertos y expertos involucrados, a los decisores a nivel institucional y provincial y a todos los que de cualquier forma ofrecieron sus criterios y lo estimularon a continuar el trabajo iniciado.

Referencias bibliográficas

1. Cruz Rodríguez J. Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. Gaceta Médica Espirituana. 2020 Ene-Abr [acceso 29/01/2021];22(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/gme/v22n1/1608-8921-gme-22-01-37.pdf>
2. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo? Medcentro. 2017;21(4):361-3.
3. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2019. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2020. p.14.
4. 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. Medcentro. 2015;19(2):128-31.
5. 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. 2012 [acceso 10/01/2021];16(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria. [Tesis de Maestría]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.
7. Travieso Ramos N. Los resultados científicos en las investigaciones biomédicas: un desafío pendiente. MEDISAN. 2017 [acceso 12/09/2017];21(5):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://www.medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/1199>
8. Herrera Sánchez F. Modelo educativo y desarrollo socioeconómico. Mapa. Revista de Ciencias Sociales y Humanísticas. 2018 [acceso 28/02/2019];2(6):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://revistamapa.com/index.php/es/article/view/34>
9. 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.

10. 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.
11. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez A, Zurbano Fernández J, Álvarez-Guerra González E, Méndez Gálvez L, Álvarez Luna Y; et al. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. MEDISUR. 2018 [acceso 18/03/2020];16(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563>
12. 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.
13. Mederos Curbelo ON, Pargas López A, Ruiz Barrionuevo J, Gutiérrez Rojas A, Peraza Santiago E, Gerardo del Castillo A, et al. 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.
14. Argente Navarro P. Tecnologías de la información y comunicación aplicadas a la gestión en cirugía ambulatoria. CIR MAY AMB. 2015;20(2):83-7.
15. Capitán Valvey JM, González Vinagre S, Barreiro Morandeira F. Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y dónde vamos. Cirugía Española. 2018;96(1):1-2.
16. 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.
17. Planells Roig M. Carta de presentación. CIR MAY AMB. 2017;22(4):177.
18. Noguera JF, Aguirre Zabalaga J. La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria. CIR MAY AMB. 2017;22(4):182-4.
19. Campayo JM. Organizaciones sanitarias integradas (OSI). Kirubide. CIR MAY AMB. 2017;22(4):186.
20. 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). CIR MAY AMB. 2017;22(4):187-91.

21. Beneyto Castelló F, Albella B, Batalla M, Clar J, Climent JV, Colás B, et al. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria. CIR MAY AMB. 2017;22(4):180-1.
22. Andrés Lozano R, Paricio Talayero JM. Papel primordial de la Atención Primaria en la ordenación de la Cirugía Mayor Ambulatoria. CIR MAY AMB. 2017;22(4):178-9.

Anexos

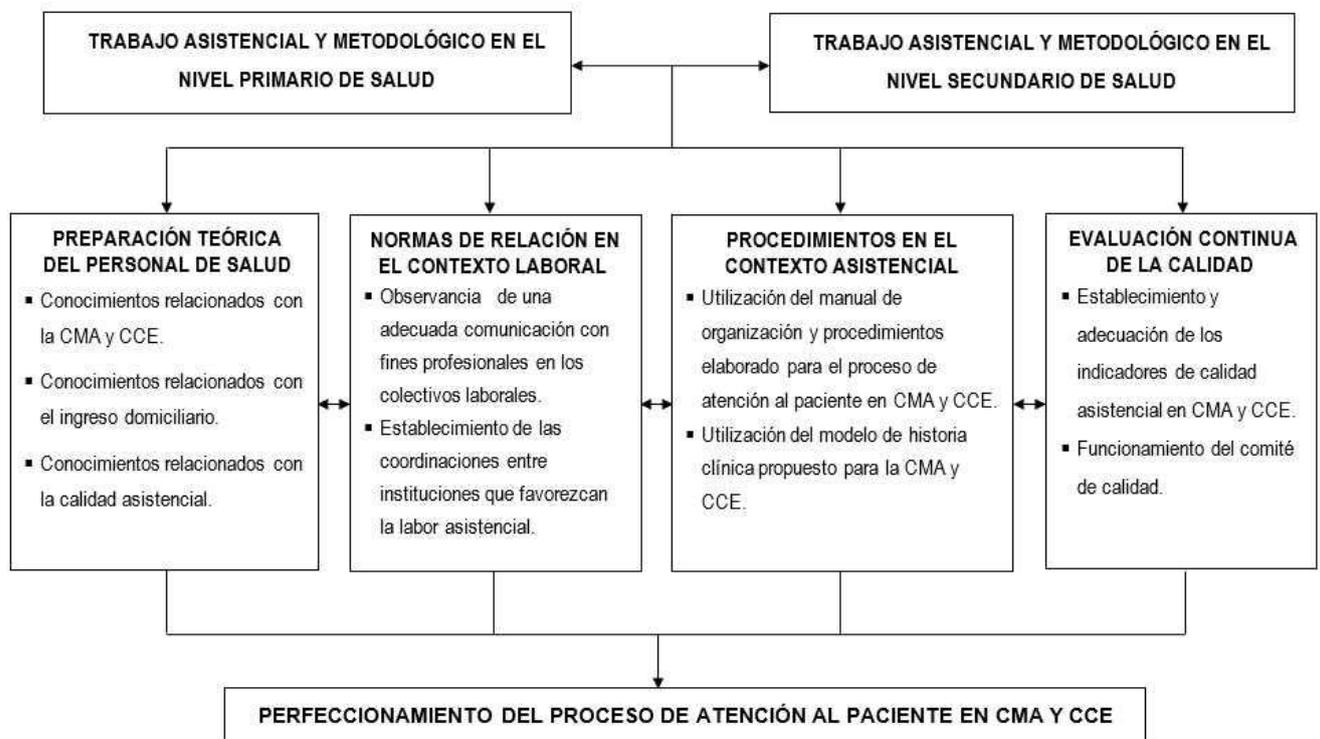
Anexo 1- Información sobre los expertos seleccionados de los tres grupos

Integrantes (n* = 30)	Experiencia†	Categoría científica	Categoría docente
<i>Grupo I</i> Médicos: 30 <u>Especialidades:</u> Cirugía General: 23 Anestesiología y reanimación: 7	Profesional : 28 años Especialista: 22 años	Máster en Ciencias: 9 Doctor en Ciencias: 2 Sin categoría: 19	Instructor: 8 Asistente: 10 Auxiliar: 6 Titular: 1 Consultante: 3 Sin categoría: 5
<i>Grupo II</i> Enfermeras: 8 Médicos: 22 <u>Especialidad:</u> Medicina General Integral: 22	Profesional : 21 años Especialista: 16 años	Máster en Ciencias: 9 Doctor en Ciencias: 2 Sin categoría: 19	Instructor: 7 Asistente: 7 Auxiliar: 3 Titular: 1 Consultante: 0 Sin categoría: 12
<i>Grupo III</i> Estomatólogos: 2 Médicos: 28 <u>Especialidades:</u> 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	Profesional : 31 años Especialista: 25 años	Máster en Ciencias: 17 Doctor en Ciencias: 0 Sin categoría: 13	Instructor: 6 Asistente: 6 Auxiliar: 15 Titular: 0 Consultante: 4 Sin categoría: 3
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 Codorníu 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.

Anexo 2- 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



Anexo 3- 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: Flujiograma 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.....	

Anexo 4- 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.

Anexo 5- Requerimientos para la implementación y evaluación de los resultados del modelo teórico-asistencial propuesto.

EXIGENCIAS BÁSICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN SATISFACTORIA DEL MODELO	ACCIONES PARA LA INTRODUCCIÓN DEL MODELO EN LA PRÁCTICA	ACCIONES PARA LA EVALUACIÓN SISTEMÁTICA DE LOS RESULTADOS Y PROYECCIÓN DE NUEVOS PROPOSITOS CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL MODELO
<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 grupos básicos de trabajo 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.

Conflicto de intereses

El autor declara que no existe conflicto de intereses.

Financiación

Hospital Provincial Universitario “Arnaldo Milián Castro”.