

Modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía
Model for the improvement of the care process in major ambulatory and short stay surgery

Dr.C. Javier Cruz Rodríguez¹
Dr.C. Abraham Dimas Reyes Pérez²
Dr.C. María del Carmen Rodríguez Fernández³
MSc. Joaquín Zurbano Fernández⁴

¹ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”/ Servicio Cirugía General, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: javiercruzr@infomed.sld.cu

² (Jubilado) Hospital Militar “Comandante Manuel Fajardo Rivero”/ Servicio Cirugía General, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: abrahamdimas.2019@gmail.com

³ (Jubilada) Universidad Central “Marta Abreu de Las Villas” / Facultad Ciencias Económicas, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: mcarmen@uclv.cu

⁴ Hospital Provincial Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”/ Servicio Cirugía General, Santa Clara, Cuba.
correo electrónico: mariaelenacv@infomed.sld.cu

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 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. **Método:** se desarrolló una investigación prospectiva descriptiva del 3 de septiembre de 2012 al 20 de marzo de 2018. Los métodos fundamentales empleados en su diseño fueron la modelación y el sistémico-estructural. Para evaluar la calidad y pertinencia del modelo propuesto se aplicó encuesta a expertos con experiencia en los niveles primario y secundario de salud; 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 presenta calidad, es pertinente y su aplicación es factible.

Palabras clave: cirugía mayor ambulatoria, cirugía de corta estadía, organización y administración, modelo, salud pública.

I. INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se define como las 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 programas de trabajo de cirugía mayor con estancias entre uno y tres días. Hace 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.⁽⁴⁻⁶⁾

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 y evaluar un modelo para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en CMA y CCE.

II. MÉTODO

Se desarrolló una investigación en sistemas y servicios de salud, prospectiva y 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. 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 proceso asistencial (PA) 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 del NP y el NS involucrados en este proceso, pacientes y familiares). Ello permitió la determinación del estado 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; 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 (MEF) recopilados durante el diagnóstico inicial del proceso investigativo⁽¹¹⁾ que escapa al alcance del presente informe. El estado ideal se describe como sigue:

- 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, 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 para garantizar una actuación uniforme, integral y personalizada en el manejo de estos pacientes lo que debe estar favorecido con 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 asistencia al garantizar el registro oficial y normalizado de la información relacionada con el 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, sin alterar su estructura establecida (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. Para expresar el modelo, se asumieron las reflexiones de Marimón (2011)⁽¹²⁾ relacionadas con los elementos a considerar para su presentación en un informe científico.

Desde el 3 de enero de 2013 hasta el 30 de diciembre de 2014 se procedió a la evaluación del modelo mediante el método criterio de expertos. 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 basa en la aplicación de la fórmula: $K = \frac{1}{2}(K_c + K_a)$, donde: K_c es el «Coeficiente de conocimiento» 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 90 expertos nacionales de 18 instituciones del SNS (todos con K alto) distribuidos en tres grupos de 30 integrantes cada uno. El primer grupo quedó integrado por 23 especialistas en Cirugía General y siete en Anestesiología y Reanimación; el segundo quedó compuesto por profesionales con experiencia en el

nivel primario (22 especialistas en Medicina General Integral y ocho enfermeras) y el tercero quedó constituido por 28 médicos y dos estomatólogos de otras especialidades quirúrgicas. 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 (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 y 5.- Contribución al PA en CMA y CCE); 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 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 (DPS) de Villa Clara.

La investigación fue aprobada por el Comité de Ética y en Consejo Científico del HAMC. Para la obtención de los consentimientos de los participantes se les explicó el estudio y el carácter voluntario.

III. RESULTADOS

A. 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 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.

Aunque 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 (un manual de procedimientos y un modelo de historia clínica específicos para esta actividad). Conforme a los elementos expresados, el modelo 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 la figura 1.

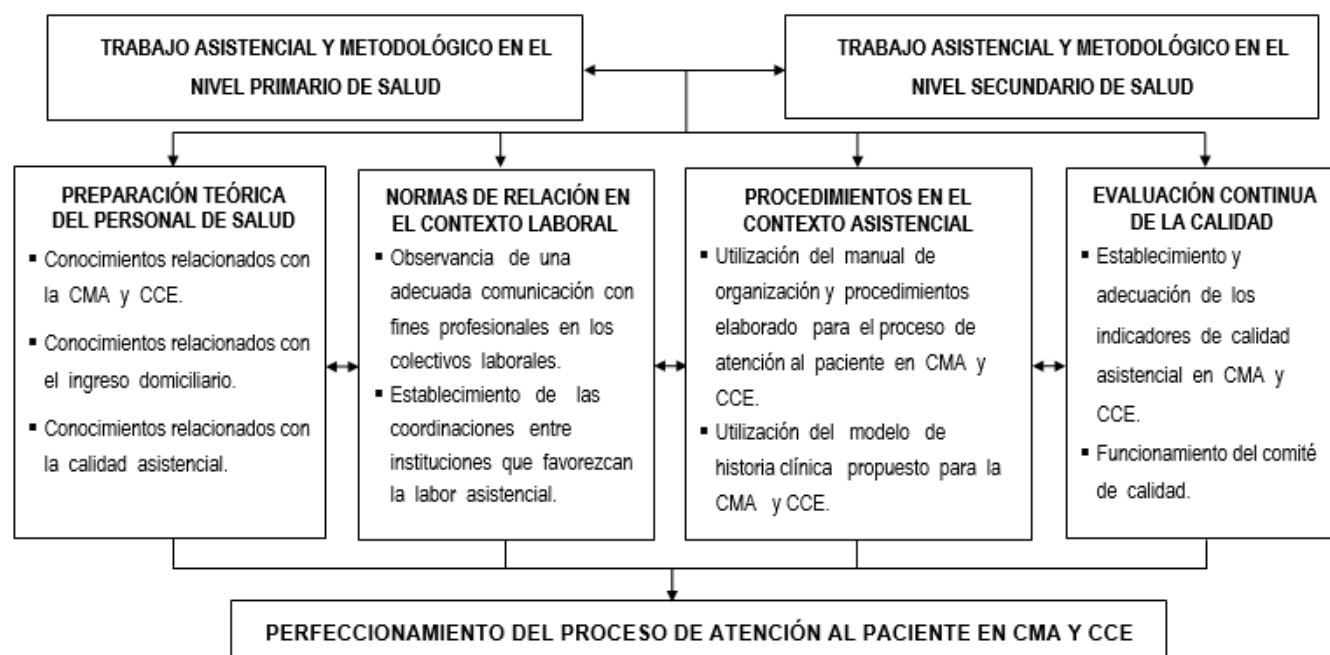


Fig. 1. Representación gráfica del modelo teórico - asistencial propuesto para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.

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 ineludibles para perfeccionar este PA: preparación teórica (PT) del personal de salud, cumplimiento de normas de relación en el contexto laboral, observancia a procedimientos en el contexto asistencial y evaluación continua de la calidad asistencial.

La PT 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 PT 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.

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 su idoneidad permanente.

El modelo diseñado presenta las cualidades:

- 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, para que funcionen en unidad al reportar beneficios comunes.

- Contribuye al control sistemático de los resultados y a la toma de medidas correctivas.

A partir de los elementos formulados se conciben para la implementación satisfactoria del modelo las exigencias básicas siguientes:

- 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 PT 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.

Para llevar a cabo su introducción en la práctica se recomiendan las siguientes acciones:

- 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.

Para facilitar la evaluación sistemática de los resultados con su implementación y la proyección de nuevos propósitos en correspondencia a las necesidades que sean identificadas se proponen las acciones:

- 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 el proceso asistencial en CMA y CCE.

B. 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 (del primero hasta el quinto indicador las frecuencias porcentuales de esta categoría fueron respectivamente 91,1%, 85,6%, 81,1%, 84,4% y 87,8% respectivamente). En ningún indicador recibió evaluación de «poco adecuado» o «inadecuado». No hubo diferencias significativas en las evaluaciones entre los distintos grupos.

Los expertos de los grupos primero y tercero estimaron que el modelo es 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 permite el reconocimiento del papel del MEF, lo que brindaría 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 faciliten la acción integral y coordinada de 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.

Las opiniones de los jefes de los grupos provinciales de Medicina Familiar y Cirugía General y de los clientes y decisores del HAMC y la DPS de Villa Clara fueron coincidentes en cuanto a la calidad, pertinencia y factibilidad de la propuesta.

El análisis de todos los criterios ofrecidos permite reflexionar:

- Resulta muy positivo que, a pesar de la heterogeneidad entre los evaluadores, 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.⁽¹⁸⁻²⁰⁾ 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 y 4) contar con una historia clínica integrada.⁽²²⁾ Estas premisas se cumplen en el modelo presentado.

IV. CONCLUSIONES

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 que favorece 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.

REFERENCIAS

- 1) Cruz-Rodríguez J. Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros. Gaceta Médica Espirituana. [serie en Internet]. 2020 Ene-Abr [citado 2021 Ene 29]; 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? Medico-centro. 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. *Medicentro*. 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 [serie en internet]*. 2012 sep.-oct. [citado 10 ene. 2014]; 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]. 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 [serie en Internet]*. 2017 May [citado 2017 Sep 12]; 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 [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>
- 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; Truffín-Hernández R. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. *Medisur [serie en Internet]*. 2018 [citado 2020 Mar 18]; 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. 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, Barreiro-Morandeira. Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y dónde vamos. *Cirugía Española*. 2018; 96(1):1-2.
- 16) Fernández-Gómez 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, Aguirrezabalaga 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. 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.