

GUÍA DE BUENAS PRÁCTICAS CLÍNICAS

GUÍA 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

ORGANIZATION AND PROCEDURES GUIDE FOR PERFORMING MAJOR AMBULATORY AND SHORT-STAY SURGERY IN COORDINATION WITH THE PRIMARY HEALTH CARE TEAM

Dr. Javier Cruz Rodríguez.

Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de cuarto año en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Santa Clara. Villa Clara.

Second Professional Degree in Comprehensive General Medicine. Fourth-year Resident in General Surgery. MSc. in Emergency Medicine. Arnaldo Milián Castro University Hospital. Santa Clara. Villa Clara.

RESUMEN

Actualmente existen limitaciones en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud, y se carece de un documento normativo para la actividad quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía, lo que repercute en la calidad de este tipo de modalidad asistencial; razones por la que se confeccionó esta "Guía 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". La guía fue sometida a la valoración de 90 expertos con experiencia en los niveles primario y secundario de salud, quienes avalaron la calidad y pertinencia de la propuesta. Contiene recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales de los niveles primario y secundario de salud, vinculados a la actividad quirúrgica, en la selección de las opciones más adecuadas para el abordaje de afecciones quirúrgicas susceptibles de tratamiento quirúrgico ambulatorio o con corta estadía. Sus recomendaciones se basan en las más actualizadas evidencias científicas disponibles que sustentan la utilización de la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía de corta estadía y el ingreso en el hogar.

Palabras clave: procedimientos quirúrgicos

Correspondencia:

Dr. Javier Cruz Rodríguez.

Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro.

Carretera a la Pollera y Circunvalación.

Santa Clara. Villa Clara. CP: 50300

Dirección electrónica: javiercr@hamc.vcl.sld.cu

ambulatorios; organización y administración; servicios de salud; atención primaria de salud; guías como asunto

ABSTRACT

Currently, there are constraints on coordination between the primary and secondary levels of care, and we lack a regulatory document for surgical activity in major ambulatory and short-stay surgery, which affects the quality of this modality of care. Such reasons led to the design of the "Organization and Procedures Guide for Performing Major Ambulatory and Short-stay Surgery in Coordination with the Primary Health Care Team". The guide was assessed by 90 experts with experience in the primary and secondary levels of care, who endorsed the quality and relevance of the proposal. It contains recommendations to help primary and secondary care professionals involved in surgical care to select the most appropriate approach to conditions treated by means of ambulatory or short-stay surgery. The recommendations are based on the latest available scientific evidence supporting the use of ambulatory surgery, short-stay surgery and home hospitalization.

Key words: ambulatory surgical procedures; organization and administration; health services; primary health care; guidelines as topic

Reflexiones iniciales

La "Guía 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" contiene recomendaciones diseñadas para ayudar a los profesionales de los niveles primario y secundario de salud, vinculados a la actividad quirúrgica, en la selección de las opciones más adecuadas para el abordaje de afecciones quirúrgicas susceptibles de tratamiento quirúrgico ambulatorio o con corta estadía.

Por ningún motivo esta guía será utilizada por médicos o administrativos de los servicios de salud para reemplazar el juicio clínico ante el paciente individual, ni establecer un protocolo rígido para todos los pacientes con una determinada afección.

Las recomendaciones en esta guía se basan en la evidencia que sustenta la utilización de la cirugía mayor ambulatoria, la cirugía de corta estadía y el ingreso en el hogar y han sido realizadas sobre la base de la mejor y más actualizada evidencia científica disponible.

La realización de la guía fue motivada por las limitaciones existentes en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud, así como por la inexistencia de un documento normativo para la actividad quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía, que repercute en la calidad de este tipo de modalidad asistencial. La guía fue sometida a la valoración por 90 expertos con experiencia en los niveles primario y secundario de salud. Los expertos avalaron la calidad y pertinencia de la propuesta. Las observaciones realizadas por estos, en algunos casos, fueron consideradas para enriquecerla.

Esta es una producción personal y aunque varios colegas amablemente la han revisado, cualquier imprecisión que persista es de mi entera responsabilidad. Agradezco cualquier recomendación para su mejoramiento.

Con el anhelo de contribuir al perfeccionamiento del proceso asistencial en el paciente que se someterá a un procedimiento quirúrgico se pensó en esta obra, que se somete a la consideración de los lectores

El autor.

INTRODUCCIÓN

En la historia de la salud pública cubana, posterior al triunfo de la Revolución y a la integración en 1970 del Sistema Nacional de Salud (SNS) único (primero de América), hay tres momentos trascendentales: en 1974, con la creación del policlínico comunitario y el modelo de medicina en la comunidad; en 1984, con la implantación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia y el inicio de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) en la década de los '80 del pasado siglo.

La Atención Primaria de Salud (APS) forma parte del SNS del que constituye la función central y el núcleo principal. Se ha enunciado como la asistencia

ambulatoria basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentada y socialmente aceptable; puesta al alcance de la comunidad, con énfasis en los individuos, la familia y el ambiente, que debe lograr la participación de la comunidad y todos los sectores económicos y sociales a un costo sostenible con un sentido de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Entre los componentes de la medicina familiar en la APS se incluyen la accesibilidad (oportunidad garantizada de acceder a la red sanitaria), el primer contacto (constituye el encuentro inicial y la puerta de entrada al sistema), la responsabilidad (compromiso permanente del equipo de salud con el paciente, su familia y la comunidad), la atención integral (amplio espectro del equipo de salud en la prestación de servicios para la atención y solución de las necesidades de salud de la población a su cargo), continuidad (atención permanente y sistemática en el tiempo durante todo el proceso concreto de atención integral en función de la necesidad de salud específica) y la coordinación (representación de los pacientes, la familia y la comunidad ante los servicios de salud).

En los últimos años la APS ha alcanzado una importante posición en el SNS, porque es en la comunidad

donde ocurre la mayor parte de los sucesos que repercuten en la salud de los individuos, la familia y la población en general. Los éxitos alcanzados por el sistema son, en gran medida, atribuibles al desempeño

de los profesionales del nivel primario de salud. Es el equipo de salud de este nivel de atención el que conoce cabalmente al paciente en sus dimensiones biológica, psicológica y social. Por esta razón su criterio debe ser considerado por sus pares de la atención secundaria, constituyendo circunstancias propicias para esto el manejo del paciente quirúrgico, fundamentalmente en CMA o cirugía de corta estadía (CCE).

No obstante los logros del SNS, existen imprecisiones dadas por la falta de continuidad y coordinación en la atención, las cuales se afectan frecuentemente cuando el paciente ingresa o requiere de atención hospitalaria. De esta realidad no están exentos los pacientes intervenidos por CMA y CCE.

La CMA es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico que ha tenido un gran auge a partir de los inicios del pasado siglo, mostrando un crecimiento constante, lo cual hace necesario contemplar sus distintos aspectos. Por lo tanto es intención en esta guía ofrecer los criterios básicos y prácticos que ya han sido universalmente aceptados y, así mismo, establecer los que se requieren para la coordinación entre el servicio de cirugía y el equipo de trabajo de la atención primaria de salud considerando al ingreso domiciliario como el complemento necesario para la atención del paciente en el posoperatorio.

Con la propuesta que se presenta se dan a conocer los requisitos básicos para el correcto y uniforme funcionamiento de la CMA y CCE con coordinación entre

los niveles primario y secundario de salud. Se persigue perfeccionar el proceso de atención al paciente quirúrgico intervenido por CMA o CCE para elevar la calidad de los servicios de salud brindados.

La presente propuesta se encuentra en concordancia con los lineamientos 154 y 155 de la política económica y social del Partido y la Revolución que, en materia de salud, fueron aprobados en el VI Congreso del Partido Comunista de Cuba, en los que se plantean: elevar la calidad del servicio que se brinda, lograr la satisfacción de la población (...). Garantizar que el propio Sistema de Salud facilite que cada paciente reciba la atención correspondiente con la calidad necesaria. También la importancia y actualidad de este tema fue reconocida por la Sociedad Cubana de Cirugía que, en el XII Congreso cubano de cirugía y Simposium regional de la Federación Latinoamericana de Cirugía realizado en 2013, expresó como temática central: por una mayor vinculación de la cirugía a la atención primaria.

PRIMERA PARTE: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA

Conceptos

La cirugía mayor es aquella que comprende procedimientos quirúrgicos complejos, usualmente con riesgos relativamente elevados, realizados frecuentemente bajo anestesia general o regional y asistencia respiratoria, y en la que tanto la preparación para la misma, excepto en la cirugía de emergencia, como su recuperación puede tomar varios días o semanas. Cualquier penetración en las cavidades craneana, torácica o abdominal, así como intervenciones extensas en extremidades se consideran como tal.

La CMA, también conocida como cirugía sin ingreso y cirugía de día, constituye un ejemplo de innovación tecnológica de proceso, mediante el cual se ha conseguido que para determinadas intervenciones quirúrgicas en pacientes seleccionados, e independientemente del tipo de anestesia utilizada, puedan acudir al hospital el día de la intervención que tienen programada y después de un período de recuperación corto se le da el egreso hospitalario en las primeras horas del posoperatorio, regresando el paciente a su domicilio el mismo día que se realizó la intervención, tras una vigilancia directa y repetida y hasta el momento en que se cumplan los criterios de alta aceptados; ello permite, por tanto, prescindir de la ocupación de una cama para su ingreso. De este concepto se excluyen las intervenciones de gran simplicidad técnica que desde siempre han sido realizadas bajo anestesia local con alta inmediata sin período de vigilancia especial, las cuales reciben coloquialmente el adjetivo de "locales" o "ambulatorias" y que actualmente se engloban bajo el nombre de cirugía menor ambulatoria.

Este concepto de CMA es diferente al de CCE o de alta

precoz, que es aquella que constituye los programas de trabajo los cuales resuelven afecciones quirúrgicas que necesitan la cirugía mayor, con estancias entre uno y tres días. También el procedimiento realizado en un paciente con estadía menor de 24 horas pero que pernocta en la unidad asistencial, se considera como CCE. Esta también incluye intervenciones de mayor dificultad y duración superior a los 60 minutos, algunas con penetración intracavitaria, en las que es prudente y recomendable un control directo en el centro sanitario al menos la primera noche, especialmente en pacientes con enfermedades médicas concomitantes que pudieran descompensarse.

Algunos autores prefieren no emplear el término "cirugía de alta precoz", utilizado también para denominar la cirugía de corta estancia, ya que puede dar a entender un alta antes de tiempo o antes del momento indicado.

Se denomina cirugía ambulatoria (CA) cuando el paciente es intervenido sin ingresar y por lo tanto sin pernoctar en el hospital; independientemente de que la intervención sea mayor o menor y que la anestesia sea local, regional o general. La CA es una modalidad de prestación del servicio quirúrgico; es una forma de oferta asistencial quirúrgica.

Ante el dilema semántico de CA y cirugía de corta estadía pensamos que ambos conceptos responden a una misma forma de pensar, donde la CA podría considerarse como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria.

En cualquier caso, la premisa fundamental de la CA será ofrecer una elevada calidad técnica y asistencial de forma que la seguridad y las tasas de morbi-mortalidad y reingresos sean mejores o al menos equivalentes a las que se obtienen en pacientes con periodos de hospitalización convencionales.

Los términos Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA), Centro de Cirugía Ambulatoria (CCA), "*Surgycenter*" (SC) son sinónimos y se definen como una organización de profesionales sanitarios, que ofrece asistencia multidisciplinaria a procesos mediante CA, y que cumple unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos de forma que garantiza las condiciones adecuadas de calidad y eficiencia para realizar esta actividad.

Reseña histórica

La operación del paciente por el método ambulatorio es, en realidad, la forma más antigua de cirugía que conocemos. El ser humano aprendió a operar a sus semejantes antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. Durante siglos, los hombres han ayudado a otros mediante la intervención quirúrgica, mucho antes de que aparecieran los hospitales como instituciones importantes en nuestra sociedad. En los últimos siglos, conforme se desarrollaron los hospitales, casi toda la cirugía se trasladó al medio hospitalario. El

carácter del hospital cambió fundamentalmente y dejó de ser visto como un lugar que proveía alimento y albergue a los indigentes, una institución en la cual la caridad se extendía con exclusividad a los pobres, un lugar tenebroso y temido a donde la gente iba a morir, para convertirse en un centro médico al cual podían acudir pacientes de todas las clases en busca de la recuperación de su salud, un lugar en el cual podía recibir un servicio de calidad. Sin embargo, durante el siglo XX se hicieron repetidos intentos por volver a popularizar y difundir las ventajas de egresar a los pacientes el propio día de la operación.

En 1910, el anesthesiólogo RM Walters inauguró su clínica de anestesia en la ciudad de Xionflowa, clínica reconocida como protocolo tipo de la CMA. Los verdaderos inicios de la CMA moderna se remontan a principios del siglo XX, cuando James Nicoll, cirujano pediátrico escocés, publicó su casuística de 8988 niños intervenidos en régimen ambulatorio con éxito en el *Glasgow Royal Hospital* durante un período de

10 años. La era moderna de la cirugía ambulatoria se inicia en 1961, cuando se presentó el primer programa de intervenciones ambulatorias en el *Butterworth Hospital de Grand Rapids* en Michigan.

En la década del setenta del pasado siglo se inauguró el *Surgycenter* en Phoenix, Arizona considerada como la primera unidad de CMA independiente de un centro asistencial. A partir de allí comenzó a desarrollarse en los Estados Unidos una actividad creciente en este campo a través de la creación de un gran número de centros dedicados a la CMA montados sobre la base de los sistemas de seguros de salud privados y bajo un criterio de rentabilidad económica. En Europa, debieron pasar todavía algunos años para que el concepto se instalara definitivamente, hecho que se logró en la década de los ochenta. A esto contribuyó el encarecimiento de los costos en los servicios quirúrgicos, el aumento de la demanda asistencial y el alargamiento de las expectativas de vida de la población.

Impulsados por una crisis económica sin precedentes, que obliga a reducir los costos, los prestadores de salud pública o privada advierten en la introducción de las Unidades de Cirugía Ambulatoria una posibilidad concreta de optimizar los recursos humanos y económicos en beneficio propio y de la comunidad en su conjunto. El rápido crecimiento de la CMA en Estados Unidos y en algunos países europeos, sobre todo en el Reino Unido, en los años ochenta ha sido uno de los fenómenos más llamativos de la medicina moderna. Esto ha sido posible gracias a que se dispone de mejores fármacos anestésicos, mejor monitorización y técnicas quirúrgicas cada vez menos cruentas.

En Cuba se inició la experiencia en CCE en la década de los '70 del pasado siglo y en CMA en 1983, en La Habana, en el Hospital "Hermanos Ameijeiras"; en la provincia Villa Clara se comenzó a realizar en 1990.

Desde entonces la proporción de pacientes intervenidos por estas modalidades se ha incrementado notablemente y el reconocimiento de sus ventajas ha determinado la universalización de esta práctica siempre que ha sido posible.

El catálogo actual de intervenciones mayores realizables sin hospitalización y con estadía corta resulta continuamente creciente y se evidencia en, prácticamente, todas las especialidades quirúrgicas.

Ventajas y desventajas de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía

Las ventajas derivadas de estas propuestas asistenciales son el acortamiento del tiempo en lista de espera (no se condiciona la intervención a la disponibilidad de plazas de hospitalización vacantes); aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias; disminución del riesgo de adquirir alguna sepsis nosocomial; disminución de la ansiedad del paciente; una atención más personalizada al paciente (frecuentemente el mismo cirujano realiza el examen preoperatorio, la intervención y el seguimiento posoperatorio) que redundan en una mayor confianza y satisfacción de los pacientes con el proceso; pueden incorporarse más rápidamente al medio familiar y laboral; contribuye a una mayor motivación profesional y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece y, además, se reduce sustancialmente el gasto sanitario por el menor coste de la intervención ambulatoria respecto a sus equivalentes convencionales.

La introducción del sistema ambulatorio en la cirugía mayor beneficia alrededor de 40 a 50 % de los pacientes operados, lo cual aboga sustancialmente a su favor. La cirugía y la anestesia ambulatorias son en la actualidad actividades rutinarias en la mayoría de los hospitales cubanos. Actualmente se reporta que pueden llegar a constituir entre el 40-60 % de la cirugía programada y aunque está claro que las fuerzas que han impulsado el cambio de la actividad quirúrgica con ingreso al régimen ambulatorio han sido fundamentalmente económicas, ya que reducen los costos hospitalarios entre un 25-75 %, no cabe dudas que ofrecen una serie de ventajas para el paciente que hacen posible que se popularice y se difundan con mayor rapidez. Potencialmente estos programas pueden alcanzar valores de sustitución mediante cirugía sin ingreso de hasta el 70-80 % del total de las intervenciones realizadas con cirugía programada, al incluir gran número de técnicas quirúrgicas que suponían ingresos de duración más o menos prolongada de hasta una semana.

Entre las desventajas de la CMA se han descrito: la posibilidad de incumplimiento (por parte de los pacientes) de las indicaciones preoperatorias, la necesidad de contar con un medio de transporte para trasladar al paciente, la imposibilidad para atender correctamente al paciente en el domicilio y la aversión

de algunos pacientes y algunos médicos al método.

Complicaciones en la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía

Los profesionales de la APS deben conocer los motivos más frecuentes de intervención sanitaria durante el posoperatorio domiciliario: complicaciones quirúrgicas locales (sangrado, infección o dolor), náuseas, vómitos, retención urinaria, hipotensión postural y descompensación de enfermedades preexistentes. Es necesario recordar que estas son las complicaciones más frecuentes y que cualquiera de las descritas en la cirugía puede presentarse.

Los estudios afirman que las complicaciones importantes no son frecuentes. La mortalidad es extremadamente rara y las complicaciones mayores son extremadamente infrecuentes. Los eventos suelen aparecer aproximadamente en los dos primeros días tras la intervención; aun así se estima que aproximadamente un 40 % ocurrirá entre las 48 horas y el mes de realizada la intervención.

La mayoría de las complicaciones ocurren en los pacientes con factores de riesgo tales como: muy jóvenes o muy añosos, diabéticos insulino dependientes, obesos mórbidos, alcohólicos o con enfermedades psiquiátricas.

Unidades de Cirugía Ambulatoria

La CMA ha de realizarse en un espacio específicamente diseñado para ello, que se denomina unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) o unidad de cirugía sin ingreso (UCSI). Solo así se pueden cumplir los objetivos de la CMA de aumentar la capacidad resolutoria y la comodidad de los pacientes, al contar con quirófanos y circuitos especiales, protocolos y dinámica específicos y personal entrenado.

Las Unidades de Cirugía Ambulatoria (UCA), atendiendo a su organización funcional, pueden ser de cuatro tipos:

1. Unidad integrada y controlada por el hospital: se emplean los mismos quirófanos y salas de recuperación del hospital. Es un área designada dentro del hospital.

Ventajas:

Dispone de todos los recursos anestésicos y de apoyo frente a eventuales complicaciones.

Desventajas:

Comparte los pabellones con las cirugías de mayor envergadura y es generalmente desplazada por ellas.

Los hospitales no cuentan con áreas *ad hoc* para el manejo ambulatorio.

2. Unidad autónoma controlada por el hospital: dispone de estructura, personal y circuitos externos propios. Se ve favorecida por su autonomía. Es una unidad funcional independiente dentro de la institución. El paciente ambulatorio es el único objetivo de estas unidades.

Ventajas:

Los aspectos administrativos y financieros son manejados por el hospital disminuyendo los costos.

La unidad diseñada con el propósito de efectuar CMA da óptima satisfacción a los usuarios.

El personal tiene una dedicación exclusiva a los pacientes ambulatorios.

La programación autónoma del trabajo proporciona mayor eficiencia.

Desventajas:

La construcción de la unidad puede significar una inversión excesiva de recursos. Si el proyecto fracasa o no tiene el éxito deseado, los recursos invertidos pueden constituir una pérdida si los espacios no son convertibles.

La inversión suele no ser aprobada por los dirigentes de la institución por cuanto el hospital ya cuenta con pabellones y unidades anexas.

3. Unidad satélite del hospital: pertenece orgánicamente al establecimiento de salud con internación, está conducida por el mismo, pero alejada físicamente de este.

Ventajas:

Las mismas de las unidades autónomas.

Su localización en áreas cercanas a la población es ideal para los pacientes, tanto para el acceso como para las consultas pre y postoperatorias.

Es útil para extender el área de influencia de un establecimiento y acercar al paciente, los recursos quirúrgicos.

Pueden ser unidades altamente rentables para los hospitales.

Desventajas:

Las mismas de las unidades autónomas.

Pueden pasar a ser conflictivas al competir con otras unidades y profesionales de la zona.

Al estar lejos del hospital tiene algunas limitaciones para resolver de forma rápida eventuales complicaciones que requieran de unidades de alta complejidad.

4. Unidad independiente: es aquella que no forma parte de otra institución de salud ni geográfica ni administrativamente. Este tipo de unidad es ideal para el desarrollo de la actividad quirúrgica ambulatoria.

Ventajas:

Similares a las de las unidades autónomas.

Las unidades son construidas solo para la CMA y disponen de las áreas necesarias para su realización lo que abarata los costos y disminuye los pagos a efectuar por los pacientes.

La satisfacción de médicos y pacientes es mayor en estas unidades altamente especializadas.

Como en las unidades satélites el fácil acceso y la cercanía a los hogares son factores considerados positivamente por los pacientes.

Desventajas:

Son las mismas que las unidades satélites.

Estas carencias son consideradas un problema menor por la población, ya que la CMA se ha ganado la confianza de la población.

Los pacientes privilegian el confort y la atención personalizada del cirujano.

Las unidades de tipo independiente, satélite o autónomas controladas por el hospital cuentan con las siguientes estructuras:

- a) Área de espera independiente.
- b) Área de recepción de pacientes.
- c) Vestuarios masculinos-femeninos del personal.
- d) Vestuarios masculinos-femeninos de pacientes.
- e) Área de preanestesia.
- f) Quirófanos.
- g) Área de recuperación anestésica inmediata.
- h) Área de recuperación anestésica mediata.
- i) Área de esterilización.
- j) Áreas de servicios (almacenamiento de instrumental, insumos, ropa limpia, ropa sucia, desechos materiales biológicos y no biológicos).

Las unidades integradas y controladas por el hospital comparten una o varias de las estructuras y áreas mencionadas.

Las áreas de recepción /admisión y sala de espera, deben tener un fácil acceso bien señalado.

Las áreas de preanestesia, quirúrgicas y de recuperación anestésica deberán tener la misma infraestructura, complejidad y seguridad que sus similares para pacientes hospitalizados.

Selección de los pacientes

Para el desarrollo de la actividad quirúrgica ambulatoria y de corta estadía es conveniente cumplir con toda una serie de condiciones que se relacionan a continuación:

- a) Valoración del estado físico según la ASA (*American Society Anesthesiology*): se incluirán como aptos los pacientes clasificados como ASA I y II. Los catalogados como ASA III podrán ser incluidos cuando la enfermedad sistémica esté tratada y controlada adecuadamente, luego de evaluar cuidadosamente la complejidad de la cirugía. (Ver Anexo I: valoración del estado físico del paciente).
- b) Valoración nutricional mediante el cálculo del índice de masa corporal (IMC): serán incluidos los pacientes con IMC por encima de 17 Kg/m² y hasta 39,9 Kg/m², encontrándose el rango óptimo para estas intervenciones entre 18,5 Kg/m² y 35 Kg/m². Pueden aceptarse pacientes con IMC hasta 40 Kg/m² utilizando anestesia regional y/o local; incluso se pueden aceptar pacientes con IMC superior a 40 Kg/m² en cirugías que se realizarán con anestesia local y sedación. Se debe realizar, en los casos de IMC fuera del rango óptimo, una evaluación clínica conjunta entre cirujano y anestesiólogo. (Ver Anexo II: valoración del estado

nutricional del paciente por el índice de masa corporal).

- c) El paciente debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante su ingreso, al egreso y en su casa en el periodo posoperatorio.
- d) El adulto responsable debe ser mayor de edad, saber leer y escribir, capaz de valerse por sí mismo, capaz de comprender y seguir las indicaciones médicas y ser cooperador.
- e) El paciente o el acompañante deben tener teléfono para realizarle el seguimiento posoperatorio.
- f) El paciente deberá contar con médico comunitario informado de los detalles referentes a la intervención. Este médico puede ser el de su comunidad o el de la comunidad en la que se enmarque el hogar en que será acogido después de operado.
- g) El paciente y el adulto responsable deben tener capacidad de comprensión para poder ejecutar correctamente las indicaciones y cuidados posoperatorios en el domicilio.
- h) El paciente no debe requerir de gran reposición de volumen.
- i) El paciente al que se le puedan indicar analgésicos comunes para tratar el dolor posoperatorio y que no requerirá de métodos avanzados para su manejo.

Selección de los procedimientos

La selección de procedimientos que se pueden realizar en la UCA depende de:

- a) Una lista de procedimientos preestablecido por cada unidad de acuerdo a sus normas y capacidades. (Ver Anexo III).
- b) La premisa fundamental será la adecuada calidad técnica y asistencial.
- c) Los estándares de seguridad, de morbilidad y de reingreso de pacientes, deberán ser mejores o iguales que los obtenidos con los pacientes internados.

Los procedimientos aptos para ser realizados en la unidad asistencial deberán tener en cuenta las siguientes consideraciones:

- a) Los procedimientos deben tener un riesgo mínimo de hemorragia, considerando así a aquellos en los que no es previsible la necesidad de efectuar transfusiones de sangre.
- b) La duración del acto quirúrgico no debe superar como norma general los 90 minutos en los casos de anestesia general, plazo que puede ser superior si el procedimiento se realiza con anestesia local o regional.
- c) Los procedimientos no deben requerir la utilización de drenajes con pérdidas elevadas.
- d) El dolor deberá ser fácilmente controlado, tras el egreso, con analgésicos comunes sin requerir de la administración de analgésicos parenterales.
- e) El riesgo de compromiso posoperatorio de la vía aérea debe ser mínimo.
- f) Rápido retorno a la normal ingestión de líquidos y

sólidos.

Contraindicaciones en cirugía mayor ambulatoria

Aunque los casos incluidos en CCE se consideran verdaderos ingresos hospitalarios, las contraindicaciones que se relacionan a continuación para la CMA deben ser tenidas en cuenta para estos pacientes.

- a) Afección infecciosa de la piel.
- b) Alcoholismo.
- c) Alteraciones psiquiátricas mayores: depresión grave, esquizofrenia, enfermedad bipolar, entre otras a considerar por el equipo de atención al paciente.
- d) Antecedentes personales o familiares directos de hipertermia maligna.
- e) Consumo habitual de drogas.
- f) Coagulopatías.
- g) Dermatitis activa.
- h) Enfermedades neuro-musculares, por el riesgo de asociación con el síndrome de hipertermia maligna y/o dificultad respiratoria posoperatoria que puede requerir ventilación mecánica en el posoperatorio.
- i) Malformaciones de la vía aérea y/o antecedentes de dificultad en la intubación en cirugía previas.
- j) Obesidad mórbida o desnutrición.
- k) Vivir a más de una hora del centro asistencial.
- l) Paciente clasificado como ASA IV y ASA III, cuando la enfermedad sistémica no esté controlada.
- m) Paciente recién nacido o lactante.

Aspectos a considerar por facultativos y administrativos

- a) La decisión de incluir al paciente en un programa de CMA debe ser tomada por el propio paciente conjuntamente con su cirujano y este profesional debe considerar el criterio que al respecto emita el médico de la familia.
- b) El paciente debe tener un adulto responsable que lo acompañe durante las consultas preoperatorias, el día de operación, al egreso y en su casa en el período posoperatorio. Será obligatorio que lo acompañen con carácter permanente al menos durante las primeras 48 horas del posoperatorio.
- c) Todos los pacientes que se propongan para CMA o CCE deben tener una entrevista con el anestesiólogo previa a la programación de la cirugía donde se iniciará el protocolo de anestesia.
- d) El médico y enfermera de la familia del paciente tendrán conocimiento sobre los detalles referentes a la intervención. En dependencia de la carga asistencial, horario y plan de trabajo de estos profesionales, podrán acompañar al paciente y su acompañante a la unidad asistencial en cualquier etapa del proceso de atención.
- e) La programación quirúrgica tendrá un carácter electivo.
- f) La realización del procedimiento en CMA o CCE debe

complementarse con un ingreso domiciliario.

g) Las intervenciones deben ser programadas de forma tal que las mismas finalicen dentro del horario de funcionamiento de la unidad asistencial.

h) Los pacientes programados para cirugía ambulatoria con anestesia local sin sedación, pueden arribar a la unidad, solo una hora antes del horario programado para la operación. Los pacientes programados con anestesia local y sedación, anestesia regional o anestesia general, deben concurrir dos horas antes.

i) Debe comprobarse que, a su llegada a la unidad asistencial, el paciente acuda con toda la documentación requerida: documento de identidad, historia clínica ambulatoria, exámenes complementarios.

j) Los procedimientos quirúrgicos que se pretendan realizar por primera vez por CMA e incluir en el listado establecido, deberán evaluarse previamente en el colectivo de la especialidad y con anestesiología y serán aprobados por los jefes de estos servicios, el vicedirector quirúrgico y el director de la unidad asistencial.

SEGUNDA PARTE: INGRESO DOMICILIARIO

Concepto

El ingreso en el hogar se define como la atención médica domiciliaria continua a pacientes que necesitan de un seguimiento diario de su enfermedad y que no necesitan para su diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, de su permanencia en el hospital, pero sí un encamamiento, aislamiento o reposo en el hogar.

Reseña histórica

El ingreso en el hogar aparece en el quehacer médico desde tiempos inmemoriales, cuando su utilización solo estaba limitada a las personas que contaban con recursos suficientes para sufragar los gastos que esto ocasionaba. El ingreso en el hogar se ha considerado en todo el mundo como una extensión del hospital.

La hospitalización domiciliaria aparece informada desde 1947 en New York, como una extensión del hospital hasta el domicilio del paciente. Esta experiencia la comenzó a desarrollar el doctor Bluestone del Hospital "Montefiori" cuando con su equipo del hospital y material necesario, se trasladó al domicilio del enfermo, experiencia que recibió el nombre de "*Home Care*", que luego se extendió con el nombre de servicio de hospitalización a domicilio a todos los países desarrollados, y para todos los grupos de edades.

Desde entonces han existido múltiples experiencias similares en Norteamérica, Europa y otros países, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema de salud. Se identifica como programa en la década del 70 en New York, donde aparecen los primeros datos que lo definen. Se denominó programa de larga duración de cuidados en la casa, también es conocido como clínica de reposo sin paredes. Fue una innovación y un comprensivo programa médico que logró una

considerable reducción en gastos, mientras mejoraba la supervivencia en los pacientes.

Antes del año 1959 en Cuba, la mayor parte de la población no podía recibir este servicio. Al triunfar la revolución se produjo un viraje radical en la situación de la salud pública en Cuba, introduciéndose cambios que elevaron el nivel de salud de la población; como es la extensión y el perfeccionamiento de la red hospitalaria, el surgimiento y desarrollo del policlínico y el programa del médico y la enfermera de la familia como unidades de atención ambulatoria.

En el año 1984 se comenzó con el modelo de atención del Médico de Familia, que constituye un perfeccionamiento en el enfoque social de la medicina, base de nuestro sistema de salud desde su implantación. El ingreso en el hogar se incorporó al trabajo del Médico de Familia en febrero de 1985 y se determinó para el fortalecimiento de la atención primaria de salud, como uno de los puntos donde debe lograrse el mayor impacto.

Requisitos para realizar el ingreso domiciliario

La determinación del ingreso en el hogar está supeditada al criterio médico, el cual, en su decisión, tiene que considerar los aspectos siguientes:

- a) Situaciones o problemas de salud que no pongan en peligro la vida del paciente.
- b) Voluntad del paciente y de la familia de aceptar el ingreso.
- c) Condiciones socioeconómicas e higiénico-ambientales favorables para desarrollar esta modalidad.
- d) Que el paciente no requerirá de cuidados médicos y de enfermería continuos.
- e) Factibilidad de que se cumpla el tratamiento médico y se puedan realizar los exámenes paraclínicos necesarios.
- f) Se tendrá en cuenta por parte del médico que el paciente tiene que tener un seguimiento periódico con una frecuencia mínima de una vez por día.

Propósitos del ingreso domiciliario

- a) Mejorar la calidad de la atención médica y elevar la satisfacción de la población con los servicios que se le brindan.
- b) Fomentar la responsabilidad y la participación de la familia en el proceso de atención y recuperación de la salud de sus miembros.
- c) Evitar el estrés y los riesgos a que se exponen el paciente y la familia con el ingreso hospitalario.
- d) Facilitar el egreso precoz disminuyendo la estadía hospitalaria y, por tanto, los costos de la atención en el nivel secundario, participando en el proceso de eficiencia económica en el sistema de salud.
- e) Elevar el nivel de competencia y desempeño de los médicos y enfermeras de la familia, así como de los profesores del grupo básico de trabajo.

Ventajas del ingreso domiciliario

a) Altera solo en grado mínimo el modo de vida del paciente: como el paciente permanece en su hogar, no pierde el control del hogar, y no tiene que separarse de sus seres queridos, estando libre de las normas y restricciones hospitalarias. También se altera en grado mínimo la vida diaria del resto de los familiares. Esto es particularmente importante en los pacientes con enfermedades en estadios terminales y enfermedades crónicas no transmisibles, que habitualmente requieren de internaciones hospitalarias por largos períodos de tiempo.

b) El paciente recibe una atención más individual: el enfermo se convierte en centro de atención, para el equipo básico de salud, la familia y la comunidad ya que no es uno más de los muchos pacientes de un hospital. El paciente y sus familiares no solo perciben que reciben más atención, sino que esta es más personalizada, por lo que se refuerza la relación médico-paciente-familia.

c) Se logra una atención más integral del enfermo: al no separarlo de su entorno familiar y comunitario es más fácil verlo como una entidad biopsicosocial. Muchas veces el médico del hospital ve limitada sus posibilidades diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación porque no conoce cabalmente el modo y estilo de vida del paciente.

d) La ansiedad del paciente se atenúa: al no mezclarse con otros pacientes, en muchas ocasiones más enfermos y desvalidos, y el estar en el seno de su familia rodeado de personas conocidas tiene un efecto alentador y beneficioso.

e) Los costos de la atención se reducen tanto para la familia como para el estado: al estar el enfermo en su hogar, no es necesario en muchas ocasiones que los familiares dejen de trabajar para cuidarlo, pues un vecino u otro familiar que no podía cuidarlo en el hospital puede cooperar, y para algunas familias es más económico buscar ayuda pagada, que los gastos que le ocasiona el ingreso hospitalario en transporte, alimentos y abandono de su puesto de trabajo, etc. Por otro lado los gastos en alojamiento, alimentos, medicamentos y transporte los garantiza en la mayor parte la familia, disminuyendo los costos para el estado.

f) Hay menor riesgo de infección hospitalaria: muchos pacientes bien informados reconocen la posibilidad de adquirir una infección si ingresan a un hospital y agradecen poder evitar este riesgo aún por pequeño que pueda ser.

g) El médico conserva el control sobre el paciente: estos profesionales ven en la hospitalización en el hogar un medio para brindar atención más eficiente y eficaz a sus enfermos, de manera directa y adecuada. Quedan excluidos en este proceso el papeleo burocrático de los hospitales, demoras en el ingreso, autorizaciones prolongadas para él mismo, las normas hospitalarias y gran cantidad de individuos involucrados en el proceso

de curación que propician que el médico pierda el control sobre el paciente.

h) Permite la realización de un diagnóstico relacional: los problemas familiares repercuten en el cuadro clínico, en el cual actúan como factores predisponentes, desencadenantes o ambos a la vez. Existe un consenso en la mayoría de los terapeutas dedicados a la clínica, sobre la vinculación y complementariedad entre entidad individual y grupal, elemento que tienen en cuenta los médicos de familia, día tras día.

i) Permite la utilización de la terapia familiar como verdadera arma complementaria y en ocasiones de primera línea en el abordaje clínico-terapéutico de cualquier paciente: el trabajo con la familia brinda una gran ayuda en la solución de múltiples problemas de salud individual y grupal ya que los problemas familiares repercuten en la salud de los individuos.

j) Utilización más racional de las camas y recursos hospitalarios: muchas veces las camas del hospital son ocupadas por pacientes que requieren estudio, reposo, aislamiento o encamamiento, pero no necesariamente en un medio hospitalario, que encarece la atención médica para la familia y el estado.

k) Promueve la participación de la familia, la comunidad y la sociedad en la atención y/o recuperación del enfermo, convirtiéndose en un elemento importante en la prevención y promoción de salud: al promover la participación familiar, social y comunitaria, se estimulan estos factores a reconocer los elementos de riesgo o daños a la salud que los afectan y a tratar de preservar o mejorar los aspectos positivos de su salud.

l) Estimula una relación médico-paciente en términos horizontales: ya no es el médico quien toma la mayoría de las decisiones de carácter diagnóstico y terapéutico, sino que ambos, el médico y el paciente con su familia, tienen sus responsabilidades, destacando especialmente el papel del paciente y su familia en la identificación, estudio y solución de sus problemas.

m) Contribuye a reivindicar la profesionalidad médica: el médico de familia cumple con muchas actividades administrativas, sociales y se compenetra tanto con la comunidad, que en ocasiones esta lo aparta un poco de la imagen del profesional, pero con la gran profesionalidad que debe asumir con los pacientes ingresados en el hogar y su actividad de líder de las acciones, esta imagen se refuerza.

n) Estimula el desarrollo profesional y el accionar independiente de la enfermera: en el ingreso en el hogar la enfermera no solo se limita a cumplir orientaciones médicas, sino que tiene que tomar decisiones, realizar el proceso de atención de enfermería y educar a la familia, entre otras acciones de promoción y prevención de salud, lo cual requiere una gran profesionalidad y superación constante.

o) Constituye una experiencia insustituible para la docencia en el pre y posgrado: esto se logra ya que

permite el abordaje del paciente en su medio de forma continua y directa y el análisis de sus aspectos somáticos y psicológicos con sus matices en su medio familiar, lo cual se aprovecha en los planes de estudio para la formación integral de médicos y enfermeras, así como en la especialización en Medicina General Integral.

TERCERA PARTE: PROCEDIMIENTOS

Consultas preoperatorias

Como es de esperar, la entrada del paciente en el SNS debe iniciarse en la APS a través del médico de la familia. (Ver Anexo IV).

El médico de la familia remitirá al paciente a la consulta de Cirugía General del hospital, preferentemente con los exámenes complementarios preoperatorios indicados.

Una vez en la consulta de cirugía se confirmará o rechazará el diagnóstico realizado por el médico comunitario y se valorará la posibilidad de inclusión del paciente en el programa de CMA o CCE. En caso de considerar la inclusión del paciente en dicho programa se explicarán todos los aspectos (de interés para el paciente) relacionados con su enfermedad, la operación y CMA y CCE. Seguidamente se leerá el consentimiento informado (contenido en el anexo V), el cual será firmado por ambas partes y lo conservará el cirujano. También se dará inicio al llenado de la historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía (anexo V), la cual será entregada por el cirujano al paciente al finalizar la consulta. En esta consulta el cirujano plasmará (en los datos de interés) los antecedentes patológicos personales y familiares, reacción a medicamentos o cualquier otro aspecto que estime pertinente y necesario. Se le aclarará al paciente y a su acompañante que este documento los acompañará durante todo su proceso de atención, por lo que deben poner interés en su cuidado. El cirujano indicará al paciente acudir a consulta en el consultorio del médico de la familia, consulta preanestésica y cualquier otra interconsulta que estime conveniente. En este último caso los especialistas adjuntarán su valoración en la historia clínica.

En su consulta, el médico de la familia plasmará una breve anamnesis donde no puede faltar cualquier elemento que, a su juicio, pudiera invalidar la realización del procedimiento de forma ambulatoria o si se encuentra apto para tal fin. Esta consulta es de vital importancia por ser el médico y la enfermera de la familia los que poseen un conocimiento más integral sobre los aspectos biológicos, psicológicos y sociales relacionados con el paciente.

En la consulta preanestésica se plasmará, además de cualquier elemento que el anestesiólogo estime conveniente, la clasificación ASA del paciente y el tipo de anestesia a utilizar. Dejará explícito su aceptación o desacuerdo con la intervención del paciente y su inclusión en el programa de cirugía mayor ambulatoria.

En esta consulta se indicarán otros complementarios e interconsultas si fuese necesario.

En la siguiente consulta el cirujano leerá y explicará al paciente y su acompañante las indicaciones preoperatorias, las que plasmará en la historia con letra legible y de forma precisa, evitando el uso de abreviaturas. Las indicaciones deberán comprender:

- a) Día de la intervención quirúrgica.
- b) Hora de llegada a la unidad asistencial.
- c) Informar al médico y enfermera de la familia fecha y hora de su intervención.
- d) Lugar donde presentarse para la admisión.
- e) Normas de ayuno.
- f) Sistema de medicación. En este caso señalará si debe suspender o agregar algún medicamento.
- g) La orientación de llevar la historia clínica con los exámenes complementarios, interconsultas y consentimiento informado.
- h) Acudir en compañía de un adulto responsable.
- i) No traer objetos de valor (anillos, collares, aretes, entre otros), ni maquillaje, ni uñas pintadas.

Ingreso y control prequirúrgico

El paciente será controlado por los médicos cirujano y anestesiólogo, así como por el personal de enfermería y se preocuparán por:

- a) Control y revisión de la documentación a presentar: historia clínica, exámenes complementarios, interconsultas y consentimiento informado. (Cirujano y anestesiólogo).
- b) Control de presencia de acompañante presente. (Enfermería).
- c) Control de los puntos establecidos en la selección de pacientes, medio social, distancia domiciliaria, contención familiar, indicaciones y contraindicaciones relativas. (Cirujano y anestesiólogo).
- d) Control del tipo de cirugía y anestesia. (Cirujano y anestesiólogo).
- e) Indicar el cambio de la ropa y la entrega de la ropa específica para la cirugía. (Enfermería).
- f) Control del cumplimiento de las indicaciones prequirúrgicas generales y específicas si las hubiera. (Cirujano, anestesiólogo, enfermería).
- g) Breve valoración clínica. (Cirujano o residentes de la especialidad).
- h) Aclarar las dudas que aún puedan persistir en el paciente o su acompañante de manera clara y precisa. (Cirujano, anestesiólogo y enfermería).
- i) Colocación de la venopuntura con suero, sondas nasogástrica y vesical, si fuera necesario. (Enfermería).

Intraoperatorio

Durante esta etapa se completarán los protocolos específicos a cada especialidad, los que se presentan a continuación:

Protocolo de anestesia:

Debe ser completado por el anestesiólogo a cargo. Comprende un registro detallado en la historia clínica de anestesia del tipo de anestesia, drogas utilizadas, dosis, formas y vías de administración, monitoreo de los signos vitales durante la anestesia, oximetría de pulso y capnografía.

Protocolo de enfermería:

Debe ser completado por personal capacitado del quirófano y consiste en registrar el nombre del equipo quirúrgico, del equipo anestesiológico, de los auxiliares de enfermería y anestesia, los suministros, las suturas, los exámenes solicitados durante la cirugía, el instrumental empleado, el tipo de esterilización, los horarios de inicio y finalización de cada cirugía y el consumo de materiales.

Recuperación posoperatoria inmediata

El posoperatorio inmediato es el período comprendido entre la finalización del acto quirúrgico y anestésico, se extiende por 24 horas. Como en CMA una parte de este período transcurrirá en la unidad asistencial (en el área de recuperación anestésica) y otra en el hogar del paciente, se prefirió emplear el término recuperación posoperatoria inmediata.

Durante esta etapa se completará el protocolo específico de cirugía.

Protocolo de cirugía:

Debe ser completado por el cirujano a cargo. Comprende el llenado del informe operatorio, resumen del informe operatorio (en la historia clínica ambulatoria), la solicitud de biopsias (si fuese necesario), evolución posoperatoria inmediata (en la historia clínica ambulatoria) y las indicaciones (si fuese necesario dejar ingresado al paciente) y las indicaciones para el hogar (en la historia clínica ambulatoria). En el resumen del informe operatorio no se realizará una descripción detallada del procedimiento, solo se plasmarán: diagnóstico operatorio, técnica quirúrgica realizada, tipo de anestesia empleada, la presencia o ausencia de complicaciones transoperatorias. Se podrá incluir otro elemento que se desee sin omitir los anteriores.

El cuidado y la vigilancia profesional debe ser constante en relación con la estabilidad hemodinámica, ventilación, nivel de conciencia, analgesia y actividad motora. Durante esta etapa de la recuperación debe disponerse de todos los elementos, equipos y personal especialmente entrenado para vigilar, manejar y proporcionar atención en todas las situaciones que puedan presentarse, desde el simple despertar sin complicaciones hasta la resucitación cardiopulmonar.

Requisitos para el traslado al área de recuperación posoperatoria inmediata:

- a) El anestesiólogo responsable debe conducir y entregar el paciente en el área de recuperación anestésica inmediata.

- b) El anestesiólogo debe entregar el protocolo de anestesia completo.
- c) Las indicaciones médicas deben estar escritas en el formulario correspondiente.
- d) El personal de enfermería recibirá y cuidará del paciente mientras permanezca en el área de recuperación anestésica inmediata.
- e) Toda alteración de los signos vitales debe ser informada al médico del área responsable.

Normas generales de control y vigilancia de los pacientes

Los estándares y la secuencia en la que debe ser atendido el paciente, se rige por los criterios establecidos para la reanimación cardio-pulmonar-cerebral:

- A. Vía aérea: deben realizarse controles de vía aérea permeable, oxigenoterapia y oximetría de pulso.
- B. Ventilación efectiva: deben realizarse controles de frecuencia ventilatoria, tipo de ventilación, saturación de oxígeno y capnografía.
- C. Circulación: deben realizarse controles de frecuencia cardíaca, tensión arterial, llenado capilar, permeabilidad de la vía venosa y circulación distal.
- D. Drogas a administrar, control de drenajes, herida quirúrgica, posición del paciente y accesorios posoperatorios.
- E. Estado de la piel, higiene del paciente, temperatura corporal y confort del paciente.

Requisitos para efectuar el egreso:

- a) El egreso de la unidad será indicado por el médico responsable.
- b) No puede haber sangrado.
- c) Debe haber micción espontánea.
- d) Debe haber ausencia de náuseas y vómitos.
- e) El dolor debe estar controlado con analgésicos comunes.
- f) El paciente debe estar orientado, lúcido, con capacidad de responder a las indicaciones y deambulando.
- g) El familiar o el adulto responsable tiene que estar presente.
- h) Se entregarán las indicaciones e instrucciones de alta en forma oral y escrita y se registrará.
- i) Se constatará el medio adecuado para el traslado del paciente al domicilio.
- j) Las indicaciones a cumplir en el hogar se plasmarán en la historia clínica ambulatoria. Se redactarán con letra legible y de forma precisa, evitando el uso de abreviaturas. Serán leídas y explicadas al paciente y su acompañante.
- k) Se entregarán en las indicaciones al paciente o a la persona responsable enfatizando en cuáles circunstancias deberán llamar o acudir a la unidad asistencial o al médico de la familia, por ejemplo:

- Vómitos.
- Dolor que no cede al tratamiento indicado.
- Salida de sangre a través de la herida quirúrgica.
- Aumento de volumen, temperatura o cambios de coloración alrededor de la zona operada.
- Cualquier duda con respecto al tratamiento que debe seguir en su casa.
- Cualquier duda con respecto al cuidado de la herida operatoria.
- Fiebre.

l) Se informará en las indicaciones al paciente o a la persona responsable la fecha de la primera consulta de seguimiento posoperatorio con el cirujano en la unidad asistencial.

La evolución del posoperatorio inmediato (en la historia clínica ambulatoria) será muy breve y en esta se reflejará cualquier aspecto que el cirujano estime conveniente plasmar en el documento.

En caso de que no se cumpla algún requisito de los anteriores para el egreso, el paciente será enviado a alguna de las salas convencionales de cirugía y siempre se tendrá presente la posibilidad de egresar con corta estadía.

Seguimiento domiciliario

El seguimiento en la comunidad se realizará mediante el ingreso domiciliario por parte del médico y la enfermera de la familia. En esta etapa se evaluará y controlará la evolución de los pacientes operados en el hospital para lo que se tendrá en cuenta:

- a) El seguimiento en la comunidad realizado por el médico comunitario será domiciliario y diario y se plasmará en la historia clínica individual del consultorio del médico de la familia.
- b) El médico y enfermera de la familia evaluarán:
 - Comprensión y cumplimiento de las indicaciones médicas.
 - Ausencia de náuseas y vómitos.
 - Tolerancia digestiva.
 - Ausencia de dolor o dolor que calma con analgésicos comunes.
 - Ausencia o salida de sangre a través de la herida quirúrgica.
 - Ausencia de fiebre.
 - Estado de la diuresis.
 - Deambulación adecuada para el posoperatorio.
 - Estado de conciencia y orientación.
 - Cualquier duda que puedan presentar pacientes y familiares.
- c) Ante manifestaciones positivas o dudas se informará al cirujano y/o se indicará que concurra a la guardia o consultorio para su control antes de lo indicado, de acuerdo con la gravedad del cuadro.

d) En la evolución posoperatoria en la comunidad (en la historia clínica ambulatoria) se plasmará el resumen del progreso del paciente, fundamentalmente durante los primeros 7 a 14 días.

Control médico hospitalario

Evaluación realizada por el cirujano actuante o responsable en la consulta externa, tendiente a verificar la evolución adecuada del posoperatorio o realizar las indicaciones y curaciones que considere pertinentes.

Se tendrá en cuenta en esta consulta:

a) El cirujano responsable dará el alta definitiva al paciente o planificará un seguimiento posterior si es necesario.

b) El cirujano responsable establecerá un registro de complicaciones posoperatorias y reingresos. Para el registro de las complicaciones el cirujano considerará la información que al respecto pueda brindar el médico de la comunidad del paciente.

c) En la consulta de seguimiento (en la historia clínica ambulatoria), además de cualquier elemento que estime conveniente el cirujano, se plasmará si existieron complicaciones y si el paciente se encuentra o no apto para incorporarse al trabajo. Se le indicará al paciente que la historia clínica para cirugía mayor ambulatoria sea entregada en el consultorio del médico de la familia para su inclusión en la historia clínica.

Control de la calidad

La calidad es una noción abstracta, un concepto basado en múltiples aspectos que, histórica y socialmente, llegan a alcanzar un significado aceptable. Es uno de los elementos estratégicos en que se fundamenta la transformación y mejora de los sistemas sanitarios modernos. Su definición es difícil y ha sido objeto de numerosos acercamientos. La dificultad radica principalmente en que la calidad es un atributo del que cada persona tiene su propia concepción pues depende directamente de intereses, costumbres y nivel educacional, entre otros factores.

La necesidad de analizar la calidad de los servicios surgió de la filosofía de empresa, según la cual un cliente se siente satisfecho cuando recibe un producto o servicio con la calidad esperada por él y un cliente satisfecho es clave para alcanzar los objetivos de la organización.

La CMA y la CCE son alternativas reales y comprobadas a la cirugía convencional con ingreso hospitalario. Tanto la CMA como la CCE tienen como meta común el ofrecer idéntica calidad y seguridad asistencial que la cirugía convencional con ingreso con un mejor aprovechamiento de los recursos sanitarios. La experiencia acumulada demuestra que ello es posible y necesario.

El control de la calidad está dado por el conjunto de acciones destinadas a evaluar e implementar acciones

de mejora de la calidad en el servicio prestado. La calidad es responsabilidad de todos los trabajadores de la institución (especialmente por los vinculados a la actividad quirúrgica en CMA y CCE) y debe ser liderada por el jefe de servicio y el jefe de la unidad quirúrgica de hospital.

La necesidad de medir la calidad es obvia aunque es siempre un desafío. Una buena parte de este desafío se debe a que los indicadores de calidad deben separar la parte de ellos que se debe a las características de los pacientes, de la que se relaciona con la atención prestada.

La importancia de un indicador radica en su capacidad para inducir acciones de mejora en el proceso que se está midiendo. Los indicadores aquí propuestos (anexo VI) muestran cifras que están dentro de los límites internacionalmente reconocidos como óptimos, pero su evolución a lo largo del tiempo ha permitido introducir algunas medidas correctoras que han contribuido a su mejora.

Al analizar indicadores como la tasa de ingresos, reingresos y cancelación quirúrgica se deberán especificar claramente las causas que las produjeron. Será una prioridad lograr y mantener elevados índices de satisfacción en pacientes, familiares, personal sanitario vinculado al proceso quirúrgico y directivos de la institución. Para el control de estos indicadores se realizarán sistemáticamente encuestas de satisfacción o entrevistas (según corresponda) en estos grupos. Deben ser incluidos en los estudios de satisfacción los médicos y enfermeras que laboran en los consultorios comunitarios de la localidad.

El análisis del desarrollo de la actividad quirúrgica ambulatoria y de corta estadía será realizado con la frecuencia que establezca el comité de calidad del servicio. Siempre los indicadores de calidad serán comparados con los obtenidos en períodos precedentes. Es necesario tener presente que estos indicadores deben ser revisados constantemente para su adecuación, siempre que sea pertinente, atendiendo a los resultados logrados a nivel internacional, nacional y local.

Es imprescindible, para lograr la elevación de la calidad en CMA y CCE, interiorizar que la atención a este tipo de paciente es un proceso continuo. En este proceso no se puede dejar de valorar el trabajo asistencial y metodológico en los niveles primario y secundario, la preparación teórica del personal de salud, las normas de relación en los contextos laborales, las normas y procedimientos y la realización de la evaluación de la calidad de forma continua. Más detalles al respecto se encuentran en el modelo asistencial propuesto que se presenta en el anexo VII. El modelo científico es un instrumento de la investigación de carácter material o teórico, creado para reproducir el

fenómeno que se está estudiando. Es una reproducción simplificada de la realidad, que permite descubrir y estudiar nuevas relaciones y cualidades del objeto de

estudio. Permite una comprensión teórica superior del rol que desempeña.

ANEXOS

ANEXO (I)

**VALORACIÓN DEL ESTADO FÍSICO DEL PACIENTE
ASOCIACIÓN AMERICANA DE ANESTESIOLOGÍA (ASA)**

ASA	ESTADO DEL PACIENTE
I	Paciente sano.
II	Paciente con enfermedad sistémica leve sin limitación física. <u>Ejemplos:</u> diabetes mellitus, hipertensión arterial controlada, anemia, bronquitis crónica, obesidad.
III	Paciente con afección sistémica grave con definida limitación de su capacidad funcional. <u>Ejemplos:</u> angina de pecho, infarto cardíaco previo, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).
IV	Paciente con afección sistémica grave e incapacitante la cual constituye una amenaza permanente para la vida. <u>Ejemplos:</u> insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal.
V	Paciente moribundo quien difícilmente podrá sobrevivir más de 24 horas con o sin tratamiento quirúrgico. <u>Ejemplos:</u> aneurisma aórtico roto, trauma craneoencefálico severo, trombosis mesentérica.
La emergencia se considera como un factor de riesgo adicional y se plasma con una letra E.	

ANEXO (II)

**VALORACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL DEL PACIENTE
POR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL**

CLASIFICACIÓN	IMC (Kg/m ²)
Desnutrición grave	<16,0
Desnutrición moderada	16,0 – 16,9
Desnutrición leve	17,0 – 18,4
Estado nutricional normal (normopeso)	18,5 – 24,9
Sobrepeso	25,0 – 29,9
Obesidad Grado I	30,0 – 34,9
Obesidad Grado II (moderada)	35,0 – 39,9
Obesidad Grado III (mórbida)	≥40,0

ANEXO III

LISTADO DE LOS PROCEDIMIENTOS PROPUESTOS PARA CIRUGÍA AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA POR ESPECIALIDADES

Cirugía General

- Cirugía de hernias (herniorrafias y hernioplastias de la pared abdominal)
- Síntesis de la pared abdominal por pequeñas eventraciones
- Tiroidectomías
- Mastectomías
- Excéresis de quistes y tumores de piel y tejidos blandos
- Colectomías
- Lisis de bridas (vía laparoscópica)
- Fistulectomías no complicadas en cuello
- Histerectomías
- Miomectomía
- Salpingectomía
- Colporrafias
- Esterilización quirúrgica
- Salpingectomía
- Ooforectomía parcial y total
- Varicocelelectomía
- Hidrocelelectomía
- Excéresis de quistes del condón
- Excéresis de quistes y fístulas pilonidales
- Vaciamiento axilar
- Biopsias de ganglios
- Biopsias mamarias
- Biopsias hepáticas

Proctología

- Hemorroidectomía
- Fisurectomías
- Fístulectomías
- Excéresis de quistes y fístulas pilonidales
- Excéresis de pólipos rectales
- Excéresis de papila anal hipertrófica
- Excéresis del coxis
- Cirugías del prolapso rectal

Angiología

- Cirugía de várices
- Reconstrucciones de heridas y/o muñones no sépticos
- Cirugía del pie diabético (limpiezas quirúrgicas y ostectomías)
- Amputaciones de dedos no sépticos
- Fístulas arteriovenosas

ORL

- Cirugía de los senos paranasales

- Cirugía de las glándulas salivares
- Amigdalectomías
- Miringoplastia
- Rinoplastias
- Cirugía del oído externo y medio
- Laringoscopia directa con biopsia
- Biopsias ganglionares
- Biopsias orales

Ginecología

- Histerectomías
- Miomectomía
- Colporrafias
- Esterilización quirúrgica
- Salpingectomía
- Ooforectomía parcial y total
- Lisis de bridas (vía laparoscópica)
- Excéresis de quistes anexiales
- Salpingoplastias
- Legrados uterinos
- Extracción de DIU translocados
- Ligamentopexias
- Cirugías sobre la glándula de Bartolino
- Cirugías sobre el cuello uterino
- Vulvectomías

Oftalmología

- Cirugía de catarata
- Vitrectomía vía pars plana

Ortopedia

- Extracción de material de osteosíntesis
- Exéresis de tumores de tejidos blandos
- Reducción y osteosíntesis de fracturas no complicadas
- Artroscopias
- Cirugía de pie
- Cirugía de mano
- Biopsias óseas y músculo

Urología

- Nefrectomía
- Nefrostomía
- Circuncisión
- Orquiectomía
- Epididectomía
- Orquidopexia

- Varicocelelectomía
- Hidrocelelectomía
- Cirugía transuretral
- Biopsia testicular
- Cistolitotomía
- Biopsia de próstata

Cirugía pediátrica

- Cirugía de hernias (herniorrafias y hernioplastias de la pared abdominal)
- Cirugías labial y palatinas
- Colecistectomía laparoscópica
- Anexectomías
- Orquidopexia
- Circuncisión
- Varicocelelectomía
- Excéresis de quistes y tumores de piel y tejidos blandos
- Fistulectomías no complicadas en cuello
- Excéresis de quistes y fístulas pilonidales

Cirugía maxilofacial

- Tumorectomías de las glándulas salivales mayores (parotidectomía y submaxilectomía)
- Excéresis de quistes y tumores cervicales
- Reducción y osteosíntesis de fracturas de los huesos malar, mandibular y del piso de la órbita

Cirugía plástica reconstructiva y estética

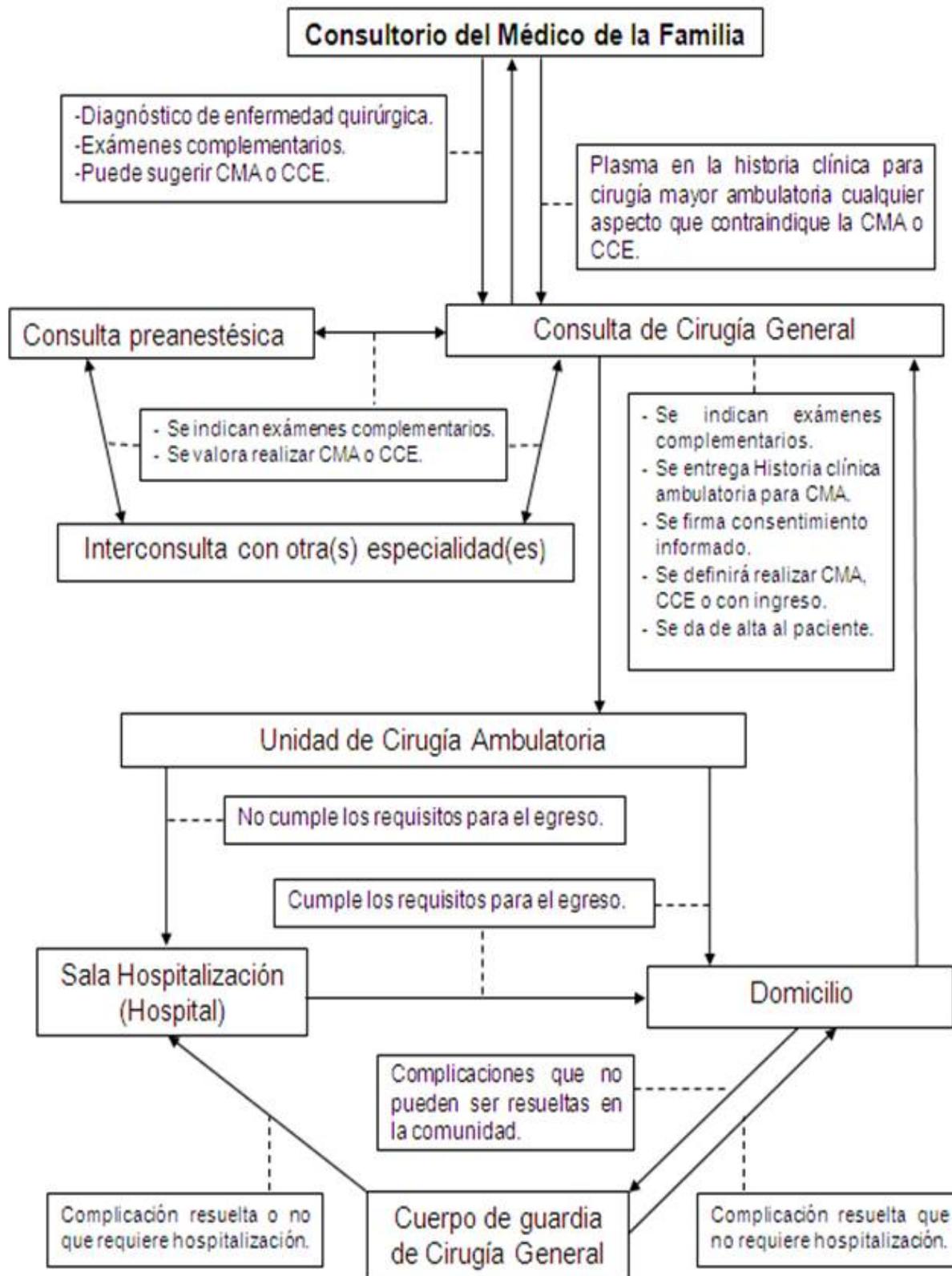
- Dermolipectomías
- Ritidectomía
- Ritidoplastia
- Blefaroplastia
- Otoplastia
- Vaginoplastia
- Mastoplastias
- Mastopexia
- Liposucción
- Rinoplastia
- Injertos de piel
- Implantes protésicos
- Colgajos locales y a distancia

Neurocirugía

- Disectomía (hernia discal cervical y lumbar)
- Resección de osteoma
- Trepanación

ANEXO (IV)

FLUJOGRAMA DEL PACIENTE EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA



ANEXO V

MODELO DE HISTORIA CLÍNICA PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y 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: _____

_____ **Cuño y firma (cirujano) Fecha:** ____/____/____

Consulta en consultorio del médico de la familia: _____

_____ **Cuño y firma (médico de la familia) Fecha:** ____/____/____

Consulta preanestésica: _____

_____ **Cuño y firma (anestesiólogo) Fecha:** ____/____/____

Indicaciones preoperatorias: _____

_____ **Cuño y firma (cirujano) Fecha:** ___/___/_____

Consulta de seguimiento: _____

_____ **Cuño y firma (cirujano) Fecha:** ___/___/_____

Consulta de seguimiento: _____

_____ **Cuño y firma (cirujano) Fecha:** ___/___/_____

Consulta de seguimiento: _____

_____ **Cuño y firma (cirujano) Fecha:** ___/___/_____

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES

Yo _____, con carnet de identidad _____ estoy de acuerdo en ser incluido en el programa de cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en esta institución _____

_____ y autorizo al Dr(a) _____ y a su equipo quirúrgico a realizar la operación conocida como _____ por la modalidad _____.

También doy mi consentimiento a la administración de anestesia, aplicada por o bajo la dirección del cirujano o de un especialista en anestesia.

La intervención me ha sido totalmente explicada por el cirujano. Entiendo la naturaleza y consecuencias de la misma, así como posibles complicaciones. Soy consciente de que la práctica médica y la quirúrgica no se encuentran exentas de riesgos, por lo que reconozco que aunque el cirujano me ha informado adecuadamente del resultado deseado de la operación, acepto que escapa a sus posibilidades garantizar el mismo.

Acepto que el cirujano o quien él designe, realice mis curaciones y los controles necesarios en el período posoperatorio. Acepto cooperar con los cuidados posoperatorios indicados por el cirujano y el equipo de la atención primaria de salud hasta el alta definitiva.

Doy fe de no haber omitido o alterado datos al exponer mis antecedentes clínicos.

He sido informado que este consentimiento podrá ser revocado en cualquier momento anterior a la realización efectiva de la práctica o procedimiento.

He accedido a la realización de la intervención de manera libre y voluntaria.

He comprendido el contenido de este consentimiento por lo que dejo la presente constancia a las _____ horas, del día _____ del mes de _____ del año _____.

Firma del Paciente

Firma y cuño del cirujano

ACLARACIONES E INSTRUCCIONES PARA EL TRABAJO CON ESTE MODELO DE HISTORIA CLÍNICA

1. La historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía será entregada por el cirujano al paciente en la primera consulta solamente si considera que puede ser incluido en el programa quirúrgico por estas modalidades.
2. Es importante, como requisito para la confección de la historia, el llenado de todos los datos que se solicitan. En caso de no poder definir la fecha de la intervención en la primera consulta, el llenado de este espacio deberá diferirse para otra oportunidad posterior a la realización de la consulta preanestésica. En caso de prescindir de la consulta preanestésica (por realizar el procedimiento quirúrgico con anestesia local) el cirujano llenará el espacio de esta consulta planteando tal situación, firmando y acuñando en el lugar correspondiente al anesthesiólogo.
3. En la primera consulta el cirujano plasmará (en los datos de interés) los antecedentes patológicos personales y familiares, reacción a medicamentos o cualquier otro que estime pertinente.
4. En la consulta en el consultorio del médico de la familia, este plasmará una breve anamnesis donde no puede faltar cualquier elemento que, a su juicio, pudiera invalidar la realización del procedimiento de forma ambulatoria o si se encuentra apto para tal fin.
5. En la consulta preanestésica se plasmará, además de cualquier elemento que el anesthesiólogo estime conveniente, la clasificación ASA del paciente y el tipo de anestesia a utilizar. Dejará explícito su aceptación o desacuerdo con la intervención del paciente y su inclusión en el programa de cirugía mayor ambulatoria.
6. La valoración clínica prequirúrgica (a realizar el propio día de la intervención) será breve y en ella no se obviarán el registro de tensión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria.
7. En el resumen del informe operatorio no se realizará una descripción detallada del procedimiento, solo se plasmarán: diagnóstico operatorio, técnica quirúrgica realizada, tipo de anestesia empleada, la presencia o ausencia de complicaciones transoperatorias. Se podrá incluir otro elemento que se desee sin omitir los anteriores.
8. La evolución del posoperatorio inmediato será muy breve y se reflejará cualquier aspecto que el cirujano estime conveniente plasmar en el documento.
9. Las indicaciones (preoperatorias y a cumplir en el hogar) se redactarán con letra legible y de forma precisa, evitando el uso de abreviaturas. Serán leídas y explicadas al paciente y su acompañante.
10. En la evolución posoperatoria en la comunidad se plasmará el resumen del progreso del paciente fundamentalmente durante los primeros 7 a 14 días.
11. En la consulta de seguimiento, además de cualquier elemento que estime conveniente el cirujano, se plasmará si existieron complicaciones y si el paciente se encuentra o no apto para incorporarse al trabajo. Se le indicará al paciente que la historia clínica para cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía sea entregada en el consultorio del médico de la familia para su inclusión en su historia clínica individual. Es decisión del cirujano citar a tantas consultas de seguimiento como estime pertinente.
12. La historia clínica para cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía no ha sido creada para sustituir los modelos vigentes que para la actividad quirúrgica ha aprobado el Ministerio de Salud Pública.
13. Resulta conveniente considerar al modelo de consentimiento informado como un componente vital de la historia clínica ambulatoria, que debe ser conservado por el cirujano.

ANEXO (VI)**INDICADORES DE CALIDAD ASISTENCIAL EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

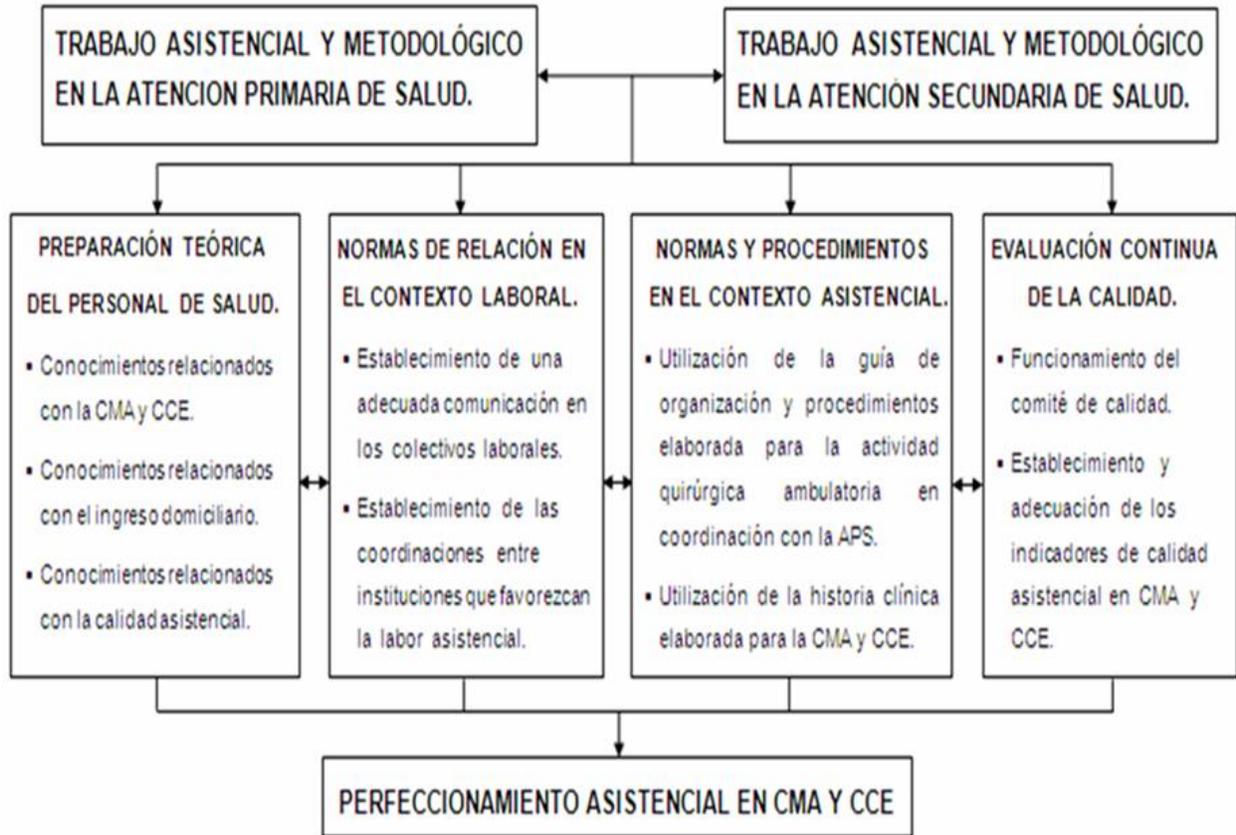
Indicador (*)	Definición	Modo de calcular	Rango (**)
Índice de sustitución	Porcentaje de procedimientos realizados por CMA. Puede considerarse de forma global o por procedimiento.	(Número de pacientes intervenidos por CMA / Número de pacientes intervenidos por cirugía mayor electiva) x 100.	50 – 60%
Tasa de ingresos	Porcentaje de pacientes previstos para intervenir por CMA, que requirieron de ingreso por cualquier causa.	(Número de pacientes ingresados / Número de pacientes intervenidos por CMA) x 100.	1 - 4%
Tasa de reingresos	Porcentaje de pacientes intervenidos por CMA, que una vez dados de alta, fueron ingresados por alguna complicación.	(Número de pacientes reingresados / Número de pacientes intervenidos por CMA) x 100.	< 3,4%
Tasa de complicaciones	Porcentaje de los pacientes intervenidos por CMA que presentaron complicación durante la intervención o después de la misma (durante un año de seguimiento).	(Número de pacientes con complicaciones / Número de pacientes intervenidos por CMA) x 100.	< 12% Buena 12 - 20% Regular
Tasa de complicaciones mayores	Porcentaje de los pacientes intervenidos por CMA que presentaron complicaciones mayores.	(Número de pacientes con complicaciones mayores / Número de pacientes intervenidas por CMA) x 100.	< 0,025%
Tasa de complicaciones menores	Porcentaje de los pacientes intervenidos por CMA que presentaron complicaciones menores.	(Número de pacientes con complicaciones menores / Número de pacientes intervenidas por CMA) x 100.	< 12%
Tasa de mortalidad	Porcentaje de pacientes que fallecieron luego de ser sometidos al procedimiento.	(Número de pacientes fallecidos / Número de pacientes intervenidos por CMA) x 100.	0,002-0,009%
Tasa de Infección de la herida	Porcentaje de pacientes con infección de la herida luego de ser sometidos al procedimiento.	(Número de pacientes con infección de la herida / Número de pacientes intervenidos por CMA) x 100.	< 4%
Tasa de cancelación quirúrgica	Porcentaje de pacientes previstos para intervenir por CMA cuya intervención fue suspendida.	(Número de intervenciones por CMA suspendidas / Total de intervenciones por CMA programadas) x 100.	< 2%
Estado general del paciente a las 24 horas	Autovaloración que realiza el paciente sobre su estado general a las 24 horas de intervenido.	(Número de individuos con estado general determinado a las 24 horas / Total de encuestados) x 100. Escala valorativa variable.	≥ 95% Excelente o bien. ≤ 5% Regular
Satisfacción	Nivel de aceptación de pacientes, familiares, personal de salud involucrado en la actividad quirúrgica en CMA y administrativos.	(Número de individuos satisfechos / Total de encuestados) x 100. Escala valorativa variable.	≥ 90% Buena. 80 - 90% Regular < 80% Mala

(*) - Estos indicadores se refieren a CMA. Pudieran adaptarse y también considerar la CCE en los que sea lógico.

(**) - Estos valores son propuestos por el autor como consecuencia de la revisión de múltiples bibliografías sobre el tema y deben ser revisados constantemente para su adecuación, siempre que sea pertinente, atendiendo a los resultados logrados a nivel internacional, nacional y local.

ANEXO (VII)

MODELO DE ATENCIÓN AL PACIENTE EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA EN COORDINACIÓN CON EL EQUIPO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD



BIBLIOGRAFÍA

- 1.-Acevedo A, Gallego A. Cirugía mayor ambulatoria (CMA) de las hernias. Experiencia de 5 años en el CRS Cordillera Oriente de la ciudad de Santiago. *Rev Chilena Cir.* 2004;56(2):166-71.
- 2.-Aguayo JL. Cirugía mayor ambulatoria: un éxito del sistema[Editorial]. *Rev Calidad Asistencial.* 2003;18(5):261-9.
- 3.-Álvarez E, González M. Anestesia en el paciente coronario sometido a cirugía no cardíaca. En: Muñoz A. *Manual de anestesiología y reanimación.* 2^{da} ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas; 1999. p. 565-90.
- 4.-Aranaz Andrés JM. La calidad en los servicios sanitarios. Una propuesta general para los servicios clínicos. *Revista Virtual Gerencia Salud*[Internet]. 2004[citado 1 Jul 2006];20:[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art328.htm>.
- 5.-Bouza Montano HP, Márquez Borroto PM, Soter Manso JM, Montano Duménigo G, Romero Marín RE, Vergel García M. Costos, beneficios y satisfacción poblacional del ingreso domiciliario. *Medicentro* [Internet]. 2004[citado 1 Jul 2011];8(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n104/costos128.htm>.
- 6.-Brandi C, Martínez H, Beveraggi E, Sívori E. Cirugía Mayor Ambulatoria: siete años de experiencia. *CMA.* 2001;6(4):224-8.
- 7.-Caballero Martínez F, Gómez Martín O. Cirugía en atención primaria. En: Martín Zurro A, Cano Pérez JF. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica.* 4^{ta} ed. Barcelona: Harcourt Brace; 1999. p. 1530-55.
- 8.-Campillo Motilva R. El ingreso en el hogar y la municipalización de la enseñanza de la medicina. *Rev Cubana Med Gen Integr*[Internet]. 2008[citado 1 Oct 2011];24(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200013&lng=es.
- 9.-Chala Tandrón JM, Jiménez Fernández L, Tandrón Benítez EM. Impacto económico de la incorporación de los pacientes de alto riesgo a la cirugía ambulatoria. *Medicentro*[Internet]. 2004[citado 1 Jul 2006];8(1):[aprox. 12 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n104/impacto56.htm>.
- 10.-Cortiñas M, Martínez LL, Vega F, Parra R, Ayelo A, Geronimo M. Experiencia de siete años e indicadores de calidad en una unidad de cirugía mayor ambulatoria. *CMA.* 2006;11(1):28-32.
- 11.-Cortiñas Sáenz M, Martínez Gómez L, Tárraga López PJ, Sánchez C, Lizán-García M, Palazón MJ. Atención primaria y cirugía mayor ambulatoria. Análisis de incidentes domiciliarios y resultados en el periodo 2003-2005. *Rev Medicina General.* 2007;96:290-5.
- 12.-Cortiñas Sáenz M, Sáenz Guirado S, Martínez Díaz JD. Programa de cirugía mayor ambulatoria en dermatología. *Actas Dermosifiliogr.* 2012;103(3):175-8.
- 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*[Internet]. 2012[citado 10 Ene 2013];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.
- 14.-Cruz Rodríguez J. Aplicación de la cirugía de corta estadía en urgencias. *Medicentro*[Internet]. 2009[citado 1 Oct 2010];13(3):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202009/v13n3a09/aplicacion43.htm>.
- 15.-Cruz Rodríguez J. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor de corta estadía en pacientes intervenidos de urgencia. *Actas del V encuentro teórico Universalización y Sociedad, Santa Clara, 2009*[CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2009.
- 16.-Cruz Rodríguez J, Díaz Prado A. Ingresos domiciliarios en el Policlínico Capitán Roberto Fleites. *Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012*[CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.
- 17.-Cruz Rodríguez J, Pérez Cedeño Y. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en centros de diagnóstico integrales. *Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012* [CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.
- 18.-Cruz Rodríguez J, Pérez Cedeño Y, Díaz Prado A. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. *Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012*[CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.
- 19.-Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD. El ingreso domiciliario: una modalidad de atención necesaria en la práctica médica. *Actas del IV encuentro teórico Universalización y Sociedad 2008*[CD-ROM] Santa Clara: Feijóo; 2008.
- 20.-Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD. Índice de sustitución y aceptación de la cirugía mayor ambulatoria. *Actas del V encuentro teórico Universalización y Sociedad 2009*[CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2009.
- 21.-Cruz Rodríguez J, Zurbano Fernández J, Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesidad de una efectiva coordinación con el equipo de atención primaria de salud. *Actas del VII Encuentro teórico Universalización y Sociedad 2012* [CD-ROM]. Santa Clara: Feijóo; 2012.

- 22.-Cuba. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria. Ciudad de La Habana: MINSAP; 1992.
- 23.-Dávila Cabo de Villa E. Evaluación preoperatoria del paciente quirúrgico. En: Dávila Cabo de Villa E, Gómez Brito C, Álvarez Bárzaga M, Saínez Cabrera H y Molina Lois RM. Anestesiología clínica. Ciudad de La Habana: Ciencias Médicas; 2006. p. 61-74.
- 24.-Díaz González M, Suárez Echemendía ME, Hernández Vergel LL. Metodología para evaluar la calidad del ingreso domiciliario. *Medicentro* [Internet]. 2004[citado 1 Jul 2011];8(2):. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n204/metodologia117.htm>.
- 25.-Ferrer Pérez A, Torres Fraguera S, Ramírez Álvarez R, González Delis R, Cabrera Dreque C, Reyes Pérez A, et al. Perioperatorio de la cirugía mayor ambulatoria. Estrategia de calidad. *Medicentro* [Internet]. 2002[citado 1 Jul 2005];6(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v6n102/perio.htm>.
- 26.-Frederico Avendaño C. El reto de la cirugía ambulatoria; tendencias actuales. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2013;36 Supl. 1:167-8.
- 27.-García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, de Vos P, Van der Stuyft P. Ingreso en el hogar: empleo de medicamentos y sus efectos económicos. *Rev Cubana Farm*[Internet]. 2008[citado 26 Sep 2011];42(1):[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75152008000100009&lng=es.
- 28.-García Fariñas A, Rodríguez Salvá A, Marine Alonso MA, de Vos P, Van der Stuyfs P. Gastos asumidos por la familia durante el ingreso en el hogar. *Rev Cubana Salud Pública*[Internet]. 2008[citado 26 Sep 2011];34(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200007&lng=es.
- 29.-García Gutiérrez A, Delgado García G. Historia de la Cirugía. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía: selección de temas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 1-21.
- 30.-Garrido García RJ, Reyes Sigarreta MR, Cordero Rivera V, Rodríguez Miranda E. El ingreso en el hogar: dificultades para la ejecución del proceso de atención de enfermería en un área de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr*[Internet]. 2003[citado 1 Jul 2011];19(1):[aprox 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_1_03/mgi02103.htm.
- 31.-Guía de organización y procedimientos en cirugía ambulatoria. Experiencia en Cienfuegos-Cuba. Cienfuegos: Centro Especializado Ambulatorio; 2009.
- 32.-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.
- 33.-Hernández Iglesias S, Delgado JC, Fajardo Horta O, Acosta González LR. Cirugía ambulatoria en afecciones nodulares del tiroides. *Rev Ciencias Médicas*[Internet]. 2004[citado 1 Jul 2005];8(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942004000200002.
- 34.-Hershey CO, Reed PD, James P, Rosenthal T. Experience with community academic practice: strategies for the ambulatory education of residents. *Am J Med*. 1995;99(5):530-6.
- 35.-Hurvitz M. Servicio de cirugía mayor ambulatoria. *Rev Asoc Coloproct del Sur*. 2010;5(3):63-76.
- 36.-Infante Carbonell MC, Rodríguez García R. Cirugía ambulatoria en el Servicio de Cirugía General Oncológica. *Rev. Cubana Cir*[Internet]. 2006[citado 1 Jul 2006];45(3-4):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/cir/v45n3-4/cir07306.pdf>.
- 37.-Jaque J. Anestesia para procedimientos de corta estadía. En: Muñoz A. Manual de anestesiología y reanimación. 2^{da} ed. Santiago de Chile: Publicaciones Técnicas; 1999. p. 215-34.
- 38.-Jiménez Paneque RE. Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios: Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública*[Internet]. 2004 [citado 1 Jul 2006];30(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000100004&lng=es&nrm=iso.
- 39.-López-Durán Stern L, Otero Fernández R. La cirugía mayor ambulatoria. *Rev Ortop Traumatol*. 2004;48:411-21.
- 40.-López Puerta N, Castillo Lamas L, Domínguez Suárez H, Pérez Gómez P, Pérez Barroso A. Cirugía Mayor Ambulatoria. Experiencia de 10 años. *Rev Méd Electrón*[Internet]. 2005[citado 1 Jul 2006];27(6):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202005/vol6%202005/tema11.htm>.
- 41.-Luzardo Silveira EM, Parra Infante N, González Rondón PL, Viel Navarro D. Cirugía mayor ambulatoria en pacientes con apendicitis aguda. *MEDISAN*[Internet]. 2010[citado 26 Ene 2013];14(7):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000700003&nrm=iso.
- 42.-Luzardo Silveira EM, Rodríguez Ramírez R, González Rondón PL, Puertas Álvarez JF. Ventajas de la cirugía mayor ambulatoria en situaciones de urgencia médica. *MEDISAN*[Internet]. 2009[citado 20 Oct 2009];13(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san03309.htm.

- 43.-Manrique Mansilla D, Aquino Márquez H, Garro Montoso E. Apendicectomía laparoscópica: modelo de programa ambulatorio. *Rev Colomb Cir.* 2008;23(2):74-84.
- 44.-Márquez Morales N. Grado de satisfacción con el ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2002[1 Jul 2011];18(5):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol18_5_02/mgi0252002.htm.
- 45.-Martínez Ramos G, Torres Fragueta S, González Delis R, Garrido Lena LI, Betancourt Cervantes J. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria. Estudio de seis años. *Medicentro [Internet]*. 2004 [citado 1 Jul 2005];8(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/v8n104/cirurgiamayor70.htm>.
- 46.-Martínez Segura RT. Anestesia ambulatoria en otorrinolaringología. *Rev Mexicana Anestesiol.* 2005;28 Supl 1:143-5.
- 47.-Martínez-Ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. *Reduca (Recursos Educativos)*. 2009;1(1):294-304.
- 48.-Martínez Ródenas F, Codina Grifell J, Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón J, Blasco Casares F, Gibanel Garanto X, et al. Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). *Revista de Calidad Asistencial.* 2014;29(3):172-9.
- 49.-Masiá Alegre A. Cirugía mayor ambulatoria. Experiencia, valoración y resultados de la Unidad de Cirugía sin Ingreso del Servicio de Cirugía General del Hospital Arnau de Vilanova [Tesis Doctoral]. Valencia: Universidad de Valencia; 2004.
- 50.-Ministerio de Salud Pública. Programa del médico y la enfermera de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
- 51.-Moyano D, González R, Peirano E, Bermeo J, Narváez C, Samith A. Resultados en cirugía mayor ambulatoria en otorrinolaringología realizada en un hospital de baja complejidad. *Rev Otorrinolaringol Cir Cabeza Cuello.* 2012;72:163-8.
- 52.-Naranjo Ferregut JA, Delgado Cruz A, Forcelledo Llano CR, Camejo Macías MR. Aspectos metodológicos del ingreso en el hogar. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2000;16(6):606-8.
- 53.-Otero J, Otero JI. Calidad en salud: ¿Concepto objetivo o subjetivo?. *Revista Virtual Gerencia Salud [Internet]*. 2005[citado 1 Jul 2006];30:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art405.htm>.
- 54.-Palafox de Anda G. Calidad en el servicio. *Revista Virtual Gerencia Salud [Internet]*. 2005[citado 1 Jul 2008];28:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.gerenciasalud.com/art396.htm>.
- 55.-Partido Comunista de Cuba. Lineamientos de la política económica y social del Partido y la Revolución. *Actas del VI Congreso del Partido Comunista de Cuba*, 18 abr. 2011. La Habana: Palacio de Convenciones; 2011.
- 56.-Pérez Groupierre SL, Delgado Pérez IE, Moreno Soca A, García Núñez R. Evaluación del ingreso en el hogar en un Consejo Popular. *Medisur [Internet]*. 2003[citado 26 Sep 2011];1(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4>.
- 57.-Pino R. Anestesia ambulatoria. En: *Procedimientos de anestesia clínica del Massachusetts General Hospital Harvard Medical School*. 5^{ta} ed. Madrid: Marban Libros; 2000. p. 639-60.
- 58.-Ponce Mejides S. Consulta telefónica prequirúrgica de Enfermería. *Rev Tesela [Internet]*. 2010[citado 26 Ene. 2012];8:[aprox. 4 p.]. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts8/ts7409.php>.
- 59.-Pujol Ortiz Z, Duarte Vilariño A, Páez Díaz C, Pujol Rosón G. Criterios del médico de familia acerca del ingreso domiciliario en el Área Norte de Ciego de Ávila. *MEDICIEGO [Internet]*. 2010[citado 20 Oct. 2011];16(Supl. 1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mciego/vol16_supl1_10/articulos/t-4.html.
- 60.-Raich Brufau M. Cirugía Mayor Ambulatoria: un beneficio para todos. *Cirugía Mayor Ambulatoria.* 2001;6(1):9-10.
- 61.-Ramírez Mancillas LR, Mayagoitia González JC. Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal. *Cirujano General.* 2011;33(2):77-8.
- 62.-Ramón Roca C. Mejora del proceso quirúrgico ambulatorio. *Cirugía Mayor Ambulatoria.* 2001;6(2):69-70.
- 63.-Revé Machado JP, Piriz Momblant A, Suárez Salazar JD, Santell Odio F, Moró Vela R. Organización de un sistema de cirugía de corta hospitalización. *Revista Información Científica [Internet]*. 2003[citado 1 Jul 2005];4:[aprox. 9 p.]. Disponible en: http://www.gtm.sld.cu/ric/a2003/r4004_a1.pdf.
- 64.-Reyes Díaz ML, Naranjo Fernández JR, Domínguez Amodeo A, Valera Sánchez Z, Curado Soriano A, Navarrete de Cárcer E, et al. Reparación herniaria mediante abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: ¿Avanzamos hacia el futuro?. *Rev. Port. Cir.* 2014;(30):13-8.
- 65.-Reyes Pérez AD, Cruz Rodríguez J, Álvarez Luna HR, Rodríguez Fernández MC. Contribución de la cirugía mayor ambulatoria ginecológica al presupuesto de la salud. *Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]*. 2005[citado 1 Jul 2006];4(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://www.ucmh.sld.cu/rhab/vol4_num5/cirugia_mayor_ambulatoria.htm.
- 66.-Reyes Pérez AD, Rodríguez Fernández MC, Cruz Rodríguez J, Sibrián Cubías NC, Álvarez Luna HR. La cirugía mayor ambulatoria en ginecología.

- Medicentro[Internet]. 2006[citado 1 Jul 2006];10(1): [aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/medicentro/vol10n106/d4.htm>.
- 67.-Reyes Sigarreta MR, Garrido García RJ, Balado Sanzón R, Llanes Álvarez MR. Grado de satisfacción de los médicos de familia con el procedimiento de ingreso domiciliario. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2003[citado 1 Jul 2011];19(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol19_5_03/mgi03503.htm.
- 68.-Rodríguez J, Gerardo E, Pérez P. La atención ambulatoria. El policlínico y el médico de la familia. En: Ramos Domínguez N, Aldereguía Henriques J. Higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1987. p. 234-60.
- 69.-Romero Simó M, Aguayo Albasini JL. Cirugía mayor ambulatoria y vías clínicas: una asociación estimulante. CIR ESP. 2010;88(4):228-31.
- 70.-Rozman C. Medicina interna en el siglo XXI. En: Rozman C. Farreras. Medicina interna. 14ª ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 3-7.
- 71.-Rueda JR. Cirugía mayor ambulatoria en Osakidetza. Servicio Vasco de Salud. Investigación Comisionada. Gobierno Vasco: Departamento de Sanidad; 2001.
- 72.-Ruesca Domínguez C, Trenzado Rodríguez N, González Lecusay A. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria y de corta hospitalización. Rev Méd Electrón[Internet]. 2004[citado 1 Jul 2005];26(5):[aprox. 8 p.]. Disponible en:<http://www.cpimtz.sld.cu/revista%20medica/ano%202004/vol5%202004/tema04.htm>.
- 73.-Sainz Menéndez BA. Medicina general integral y cirugía general. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía. Selección de temas. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2003. p. 31-7.
- 74.-Sánchez Beorlegui J, Monsalve Laguna E, Cabezali Sánchez R, Emparan García de Salazar C, Lamata Hernández F, Jiménez Bernadó A. Cirugía sin ingreso de las várices: indicaciones, técnicas y resultados. Revista Mexicana de Angiología. 2005;33(2):50-7.
- 75.-Saralegui J, Rodríguez N, Rigby M, Ugarte S. Indicadores de actividad y calidad asistencial en una unidad de cirugía de día. Experiencia de los últimos tres años. Anest Analg Reanim. 2009;22(2):18-23.
- 76.-Saura de la Torre I, Hernández Vergel LL, Rodríguez Brito ME. Requisitos necesarios para el desarrollo del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(5):479-83.
- 77.-Saura de la Torre I, Hernández Vergel LL, Rodríguez Brito ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 1998;14(5):494-8.
- 78.-Sierra Gil E, Bassons Herbera J. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía. En: Rozman C. Farreras. Medicina interna. 14ª ed. Madrid: Harcourt; 2000. p. 43-5.
- 79.-Silva Y. Calidad de los servicios privados de salud. Revista de Ciencias Sociales. 2005;11(1):167-77.
- 80.-Soliva Domínguez R, Amaro Arias E, Muñoz Hernández A, Álvarez Villanueva R, Portuondo Ávalos I. Cirugía mayor ambulatoria: Opiniones de familiares y médicos de familia acerca de un programa municipal. Cirujano General. 2004;26(4):311-20.
- 81.-Steel RK, Musliner MC, Boling PA. Home care in the urban setting a challenge to medical education. Bull NY Acad Med. 1995;72(1):87-94.
- 82.-Vásquez F. Cirugía ambulatoria. Revista Médica. 2003;9(2):69-73.
- 83.-Viña Pérez O, López Montaña JL, Gafas González C, Duménigo Arias O. Ingreso domiciliario en un consultorio del médico de la familia. Archivo Médico de Camagüey[Internet]. 2002[citado 1 Jul 2011];6(1):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://shine.cmw.sld.cu/amc/v6n1/472.htm>.
- 84.-Viterbo A, Bravo M, Millán F, Tapia J. Cirugía mayor ambulatoria en el Hospital Santiago Oriente. Experiencia de tres años. Rev Obstet Ginecol. 2012;7(3):137-47.
- 85.-White DR. Anestesia para cirugía ambulatoria. En: Millar RD. Anestesia. 4ª ed. Bogotá: McGraw-Hill Interamericana; 1998. p. 2467-95.
- 86.-Zurbano Fernández J. Alternativas para perfeccionar la atención del médico de la familia al paciente quirúrgico ambulatorio de Cirugía General en la comunidad. Área de salud Chiqui Gómez[Tesis de Maestría]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2005. __