Descargado el: 8-11-2026 ISSN 1727-897X

ARTÍCULO ORIGINAL

# Aplicación de propuestas para el perfeccionamiento de la atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía

# Application of proposals for the ambulatory and short-stay major surgery improvement of care

Javier Cruz Rodríguez[1] Abraham Dimas Reyes Pérez[2] Joaquín Zurbano Fernández[1] María del Carmen Rodríguez Fernández[3] María Margarita Ríos Cabrera[1] Jaime Cándido Monteagudo Ramírez[1]

[1] Hospital Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro, Santa Clara, Villa Clara, Cuba
[2] Hospital Clínico-Quirúrgico Comandante Manuel Fajardo Rivero, Santa Clara, Villa Clara, Cuba
[3] Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

**Cómo citar este artículo:**
Cruz-Rodríguez J, Reyes-Pérez A, Zurbano-Fernández J, Rodríguez-Fernández M, Ríos-Cabrera M, Monteagudo-Ramírez J. Aplicación de propuestas para el perfeccionamiento de la atención en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. **Medisur** [revista en Internet]. 2021 [citado 2026 Nov 8]; 19(1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4575

## Resumen

**Fundamento:** se han evidenciado dificultades en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud en el proceso de atención a pacientes en la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía de corta estadía. En respuesta a esta situación se diseñaron propuestas asistenciales (un modelo teórico-asistencial, un manual para la organización procedimental y un modelo de historia clínica) en etapas investigativas anteriores.
**Objetivo:** evaluar la satisfacción y calidad percibida por pacientes y familiares con la aplicación de un modelo asistencial, un manual de procedimientos y un modelo de historia clínica para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.
**Métodos:** desde el 4 de enero de 2016 hasta el 28 de diciembre de 2017 se efectuó un estudio cuasi-experimental para evaluar la satisfacción y calidad percibida por pacientes sin experiencia en cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía y un familiar acompañante en cada caso. Se aplicó un diseño con un grupo experimental y otro de control solo con post-prueba para pacientes y familiares. Los grupos experimentales estuvieron constituidos por 50 pacientes y 50 familiares respectivamente y los grupos de control por 67 pacientes y 67 familiares. La satisfacción y calidad percibida fueron evaluadas mediante escalas ascendentes de 1 hasta 5 puntos.
**Resultados:** se obtuvieron niveles más favorables en la satisfacción y percepción de la calidad en los pacientes y familiares de los grupos experimentales.
**Conclusiones:** la aplicación de las propuestas asistenciales contribuyó al logro de elevados niveles de satisfacción y calidad percibida en los usuarios.

**Palabras clave:** atención ambulatoria, procedimientos quirúrgicos ambulatorios, calidad de la atención de salud, satisfacción del paciente, atención médica secundaria, atención primaria de salud.

## Abstract

**Background:** difficulties have been evidenced in the coordination between the primary and secondary health levels in the process of caring for patients in major outpatient surgery and short-stay surgery. In answer to this situation, healthcare proposals (a theoretical-healthcare model, a manual for procedural organization and a clinical history model) were designed in previous research stages.
**Objective:** to evaluate the satisfaction and quality perceived by patients and relatives with the application of a care model, a procedure manual and a clinical history model for major outpatient surgery and short-stay surgery improvement of care.
**Methods:** from January the 4th, 2016 to December the 28th, 2017, a quasi-experimental study was carried out to evaluate the satisfaction and quality perceived by patients with no experience in major outpatient or short-stay surgery and a companion relative in each case. A design was applied with an experimental group and a control group only with post-test for patients and relatives. The experimental groups consisted of 50 patients and 50 relatives respectively and the control groups of 67 patients and 67 relatives. Satisfaction and perceived quality were evaluated using ascending scales from 1 to 5 points.
**Results:** more favorable levels of satisfaction and perception of quality were obtained in patients and relatives of the experimental groups.
**Conclusions:** the application of the healthcare proposals contributed to the achievement of high levels of satisfaction and perceived quality in the users.

**Key words:** ambulatory care, ambulatory surgical procedures, quiality of health care, patient satisfaction, secondary care, primary health care

**Aprobado: 2020-11-11 08:50:05**

**Correspondencia:** Javier Cruz Rodríguez. Hospital Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara. Villa Clara. javiercruzr@infomed.sld.cu

## INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye una forma organizativa de atención multidisciplinaria que se ha definido como aquellos procedimientos o intervenciones de variada complejidad en pacientes seleccionados que, con independencia del tipo de anestesia utilizada, tras un tiempo variable de control y observación, posibilita que el paciente retorne a su domicilio el mismo día de la intervención sin necesidad de realizar su hospitalización.[1-3] Por otra parte, se entiende como cirugía de corta estadía (CCE) a aquellos programas de trabajo de cirugía mayor en los que se requiere de estancias entre uno y tres días.[1,2]

El desarrollo de la CMA y la CCE se ha visto condicionado por el aumento de la expectativa de vida de la población y la crisis económica mundial y favorecida por la introducción de nuevos fármacos anestésicos y la cirugía endoscópica;[1] y viabilizado por sus ventajas económicas dadas en la reducción de los costos hospitalarios estimados entre el 25-68 %.[4,5]

Su rápida popularización y difusión, no cabe dudas, que también obedece a una serie de ventajas que han sido ampliamente abordadas y consisten en el acortamiento del tiempo en lista de espera; el aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias; la disminución del riesgo de infección nosocomial y ansiedad en el paciente; la incorporación más rápida del paciente al medio familiar, laboral y social y su atención más personalizada; que contribuye a una mayor motivación profesional y de los usuarios y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece.[1,6-8]

En los últimos años la CMA ha experimentado un notable crecimiento a nivel mundial, considerándose que pueden constituir el 80 % de las cirugías electivas.[9] En el año 2018 en Cuba fueron reportadas como ambulatorias el 55,4 % de las intervenciones quirúrgicas mayores.[10]

No obstante su desarrollo, difusión y aceptación, existen insatisfacciones en la población por varios factores, como la falta de continuidad en la atención, la cual se interrumpe frecuentemente cuando el paciente ingresa en un hospital. En acercamientos a esta temática, autores como Cruz,[11] Cousin,[12] y Gutiérrez[13] han planteado la existencia de dificultades en su ejecución, principalmente dadas por la deficiente comunicación y coordinación entre estos niveles primario y secundario de atención. En trabajos más recientes[14-17] se ha planteado que, pese a la implementación y desarrollo de un sistema de salud integrado en Cuba, existen dificultades en la implementación de programas verticales que no se integran con la práctica del primer nivel de atención.

El presente trabajo es consecuencia del trabajo realizado por un equipo de investigadores que incluyó profesionales de varias instituciones de los niveles primario y secundario de salud, así como de otras no pertenecientes a este sector en el proyecto “Modelo para el perfeccionamiento asistencial en CMA y CCE” aprobado por el Hospital Clínico–Quirúrgico Arnaldo Milián Castro, de la ciudad Santa Clara. En etapas precedentes del proyecto se identificaron la necesidad del perfeccionamiento del proceso de atención a los pacientes en esas modalidades quirúrgicas basado en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud,[18] se diseñaron propuestas: un modelo teórico-asistencial –cuya representación gráfica se muestra en el anexo 1 (figura1)–, un manual para la organización procedimental (cuyo índice se presenta en el anexo 2) y un modelo de historia clínica para esta actividad (cuyos acápites se muestran en el anexo 3) que fueron evaluadas por expertos que coincidieron en su calidad, pertinencia y posibilidades de implementación.

Con el presente trabajo se procura exponer las experiencias iniciales en la evaluación de la satisfacción y la calidad percibida por pacientes y familiares con la aplicación del modelo teórico-asistencial y las propuestas de carácter práctico.

## MÉTODOS

Por las características del estudio a realizar en situación de campo real que no permitía realizar asignación de los individuos a los grupos de estudio al azar ni por emparejamiento, fue concebido un diseño cuasiexperimental con un grupo experimental y un grupo de control con posprueba únicamente en pacientes sin experiencia anterior en CMA o CCE.

La inclusión en grupos experimental o control obedeció al área de salud de procedencia. La selección de las áreas de salud se realizó al azar y se tomaron tres de las seis existentes en el municipio Santa Clara (de esta forma aportaron pacientes tres áreas al grupo experimental y las

restantes tres al de control).

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

El experimento se extendió desde el 4 de enero de 2016 hasta el 28 de diciembre de 2017, mediante un estudio que tuvo el propósito de comparar el efecto que produce la manipulación de la variable independiente (modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención en CMA y CCE) sobre las variables dependientes (satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares).

Se pretendió incluir a la totalidad de los pacientes residentes en el municipio Santa Clara, disponibles por haber sido atendidos e intervenidos quirúrgicamente de manera convencional por CMA y CCE durante el período comprendido en la quinta etapa por los médicos de especialidades quirúrgicas de los hospitales Arnaldo Milián Castro y Comandante Manuel Fajardo Rivero que, como miembros del proyecto de investigación, realizaron esa función. La inclusión de los pacientes y su familiar acompañante en cada grupo, a los efectos de establecer la comparación de los resultados investigativos, se basó en la procedencia del área de salud; asimismo fueron fijados criterios de exclusión fundamentados en la necesidad de contar con sujetos que reunieran determinadas condiciones consideradas esenciales y lógicas en atención al propósito de la investigación:

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

Los pacientes incluidos en ambos grupos fueron intervenidos quirúrgicamente por presentar enfermedades herniarias, ginecológicas y litiasis vesicular. De ellos correspondieron 50 al grupo experimental y 67 al grupo de control.

Para la medición de la satisfacción y la percepción de la calidad por pacientes y familiares se aplicó una entrevista telefónica. La satisfacción fue evaluada mediante una escala ascendente de 1 hasta 5 puntos (Insatisfecho, Poco satisfecho, Satisfecho, Bastante satisfecho y Muy satisfecho) y los indicadores de calidad percibida (Accesibilidad, Información recibida, Seguridad, Continuidad en la atención, Coordinación, Atención integral, Capacidad de respuesta, Organización, Relación médico-paciente, Credibilidad, Competencia profesional y Resultado clínico) también fueron evaluados mediante una escala equivalente (Mucho peor de lo que esperaba, Peor de lo que esperaba, Como lo esperaba, Mejor de lo que esperaba y Mucho mejor de lo que esperaba).

Como procedimiento a seguir para la recogida de la información, en la primera consulta posquirúrgica se distribuyó la guía para la entrevista telefónica a pacientes y familiares (ver anexo 4), se ofreció explicación oral a fin de asegurar su comprensión total y se coordinó la recogida de la información. La entrevista se efectuó por el investigador principal en el transcurso de los 15 días posteriores a la primera consulta posquirúrgica.

Para las comparaciones entre los grupos experimental y de control en las pospruebas se aplicó, según lo propuesto por Hernández,[18] la Dócima U de Mann-Whitney para dos muestras

independientes. Se asumió como hipótesis nula, al aplicar las pruebas de Mann-Whitney (con un nivel de significancia de 0,05), que no existían diferencias en las valoraciones de la satisfacción y de los indicadores de calidad percibida por los pacientes; como hipótesis alternativa se asumió lo opuesto. Para el empleo de estas pruebas se utilizó como herramienta estadística el *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versión 20.0.

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

## RESULTADOS

La evaluación de la satisfacción y percepción de la calidad expresada por los pacientes y sus familiares fue superior en los grupos experimentales al compararlas con sus respectivos grupos de control. En todos los casos las evaluaciones más altas (5 y 4 puntos) fueron más frecuentes en los grupos experimentales que en los controles. Por otra parte, las evaluaciones más bajas (1 y 2 puntos) no se emitieron en los grupos experimentales; no ocurrió así en los grupos de control en los que los pacientes las expresaron en los indicadores “información recibida” y “atención integral” y los familiares acompañantes lo hicieron en la satisfacción y en los indicadores “información recibida”, “continuidad de la atención”, “coordinación”, “atención integral”, “capacidad de respuesta”, “organización” y “credibilidad”. (Gráfico 1 y 2).

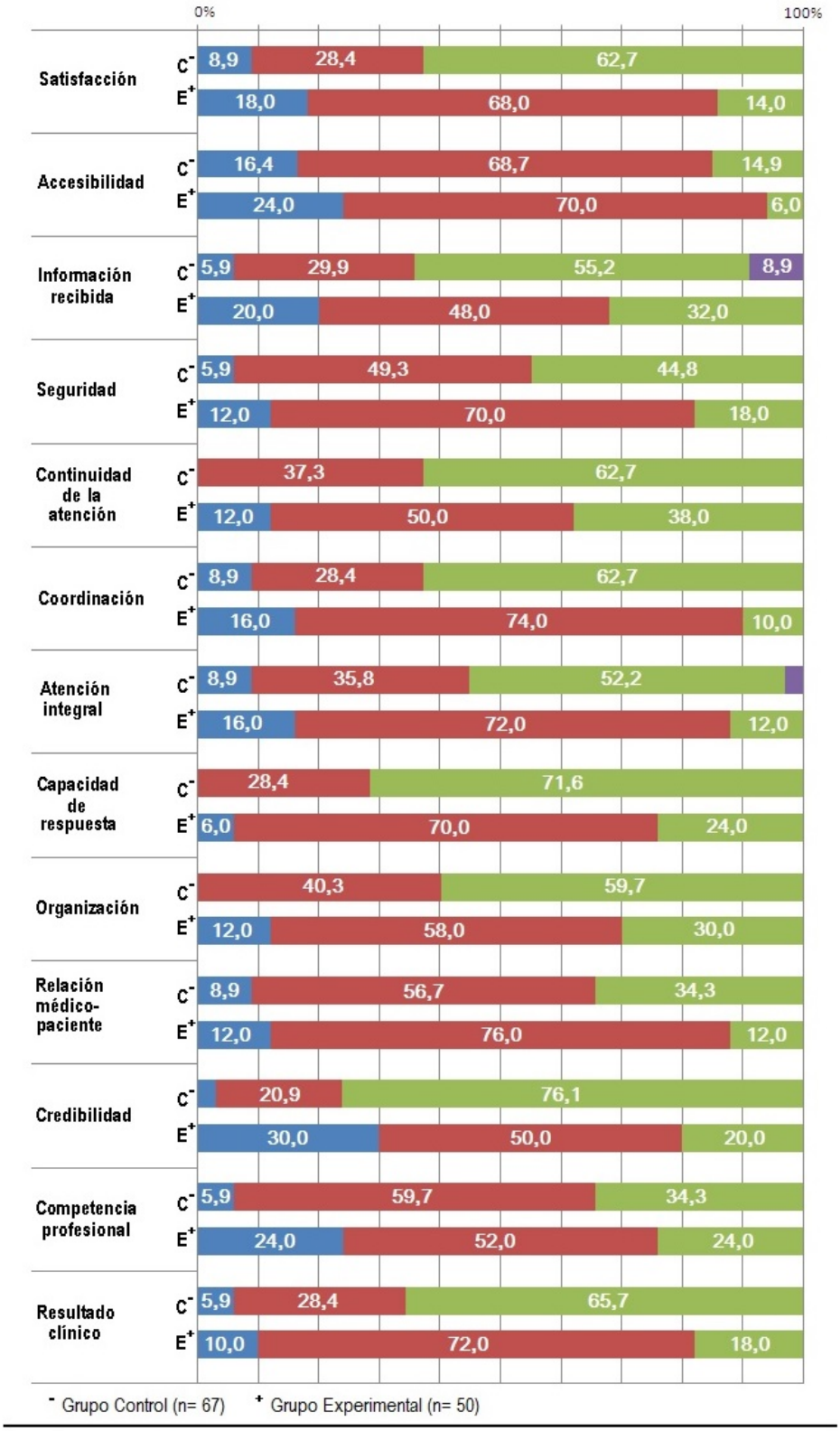



**Gráfico 1.** Satisfacción y calidad percibida por los pacientes de los grupos experimental y de control, enero de 2016 - diciembre de 2017.

Descargado el: 8-11-2026
ISSN 1727-897X

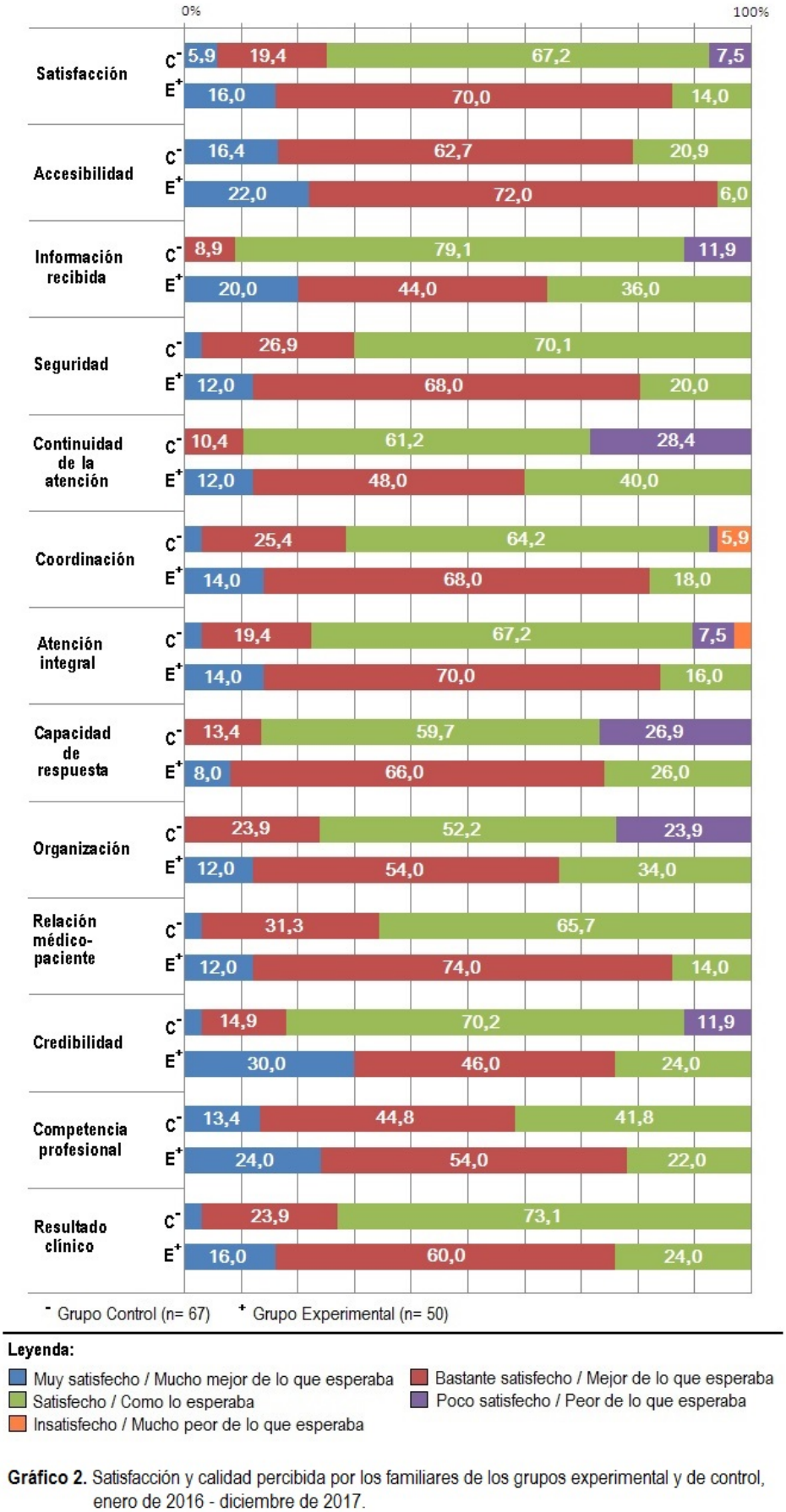



**Gráfico 2.** Satisfacción y calidad percibida por los familiares de los grupos experimental y de control, enero de 2016 - diciembre de 2017.

Las razones expuestas por pacientes y familiares de los grupos experimentales fueron coincidentes al referir que se les había facilitado abundante información sobre su enfermedad, tratamiento y modalidad asistencial; también argumentaron la satisfacción en la buena relación médico-paciente, en la organización en la atención y en la coordinación entre los niveles de atención de salud. Los criterios de los integrantes del grupo de control fueron semejantes a los del grupo experimental (excepto en la coordinación).

La aplicación de las pruebas de significación estadística reveló que existieron diferencias significativas en la evaluación de estos indicadores al encontrarse en todos los casos $p<0,05$ en la prueba de Mann-Whitney en la comparación entre los grupos experimentales y controles en las post-pruebas excepto en el indicador accesibilidad ($p=0,114$) en pacientes y ($p=0,062$) familiares acompañantes.

## DISCUSIÓN

Según Rodríguez,[19] aunque se reconoce la importancia de la monitorización y evaluación mediante indicadores de calidad en CMA para contribuir a la introducción de mejoras en el sistema, se ha plasmado en la literatura internacional la existencia de dificultades dadas por la falta de homogeneidad en las definiciones, la falta de unificación de criterios de medición y de estándares comparativos. Esto justifica que pese a la existencia de múltiples estudios de calidad y satisfacción en CMA y CCE a nivel mundial, los autores no constatamos trabajos similares al presentado a fin de establecer las comparaciones pertinentes. No obstante, es necesario expresar que sobre un proyecto desarrollado en España, de semejante finalidad al que aquí se presenta, se ha planteado que una de las oportunidades que ofrece es trabajar bajo un modelo de gestión integrador que facilita la coordinación entre los niveles asistenciales, lo que contribuye a colocar al paciente en el centro del proceso de atención y con la optimización de los recursos y con el incremento de la calidad tanto intrínseca como percibida. Las claves del éxito en la atención conjunta a los pacientes deben basarse en el respeto, la confianza y la amplia comunicación entre las partes involucradas.[20-23]

En el propio contexto investigativo nacional Cruz,[24] obtuvo también mejores resultados en la evaluación de la satisfacción y calidad percibida en el grupo experimental (con la aplicación del modelo asistencial teórico y las propuestas de carácter práctico) en pacientes que, a diferencia de los incluidos en este estudio, presentaban experiencia en CMA o CCE. También se obtuvieron los mejores resultados en el grupo experimental de los familiares acompañantes.

Es necesario reconocer que los resultados obtenidos en el grupo de control fueron satisfactorios lo cual, a juicio de los autores de este informe, puede deberse a la buena acogida que estas modalidades quirúrgicas han presentado históricamente basado en sus ventajas.

Al tener en cuenta los resultados de la prueba estadística (que permitieron rechazar la hipótesis nula en la satisfacción y en las dimensiones de la calidad percibida) se puede inferir que las diferencias observadas en las valoraciones de estos indicadores no se deben al azar, sino que están determinadas por la aplicación de las propuestas asistenciales.

En cuanto al caso excepcional de la percepción de la accesibilidad, aún cuando no se evidenció una diferencia estadísticamente significativa ente las evaluaciones entre los grupos experimental y de control en pacientes y familiares, es necesario destacar que se evidenció un predominio de las mejores evaluaciones en los grupos experimentales. No obstante puede ser comprensible ya que la accesibilidad es un principio rector de la Salud Pública en Cuba y todos los pacientes y acompañantes involucrados fueron atendidos en el mismo sistema de salud único que se encuentra respaldado por la permanente voluntad política del Estado de priorizar el sector.

El presente estudio tuvo como limitación la no disponibilidad de estudios semejantes de otros autores; la falta de unificación de criterios de medición y de patrones comparativos en la literatura contribuyó a no lograr la profundidad deseada en la discusión de los resultados.

Se puede concluir que la aplicación del modelo asistencial teórico y las propuestas de carácter práctico (el manual para la organización procedimental y el modelo de historia clínica) dirigidos a la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud, contribuyeron al logro de elevados niveles de satisfacción y calidad percibida en pacientes y familiares lo que representa un estímulo para promover su mayor aplicación para favorecer el perfeccionamiento de la asistencia en CMA y CCE.

**Conflicto de intereses:**

Los autores plantean que no tienen conflicto de intereses

**Contribuciones de los autores:**

Javier Cruz Rodríguez: concepción de la idea fundamental; análisis estadístico, revisión de la literatura, escritura del artículo.

María del Carmen Rodríguez Fernández: concepción de la idea fundamental, revisión crítica.

María Margarita Ríos Cabrera: análisis estadístico.

Abraham Dimas Reyes Pérez: revisión de la literatura, revisión crítica.

Joaquín Zurbana Fernández: revisión de la literatura, revisión crítica.

Jaime Cándido Monteagudo Ramírez: revisión de la literatura.

**Financiación:**

Hospital Clínico-Quirúrgico Arnaldo Milián Castro. Santa Clara. Villa Clara.

**ANEXOS**

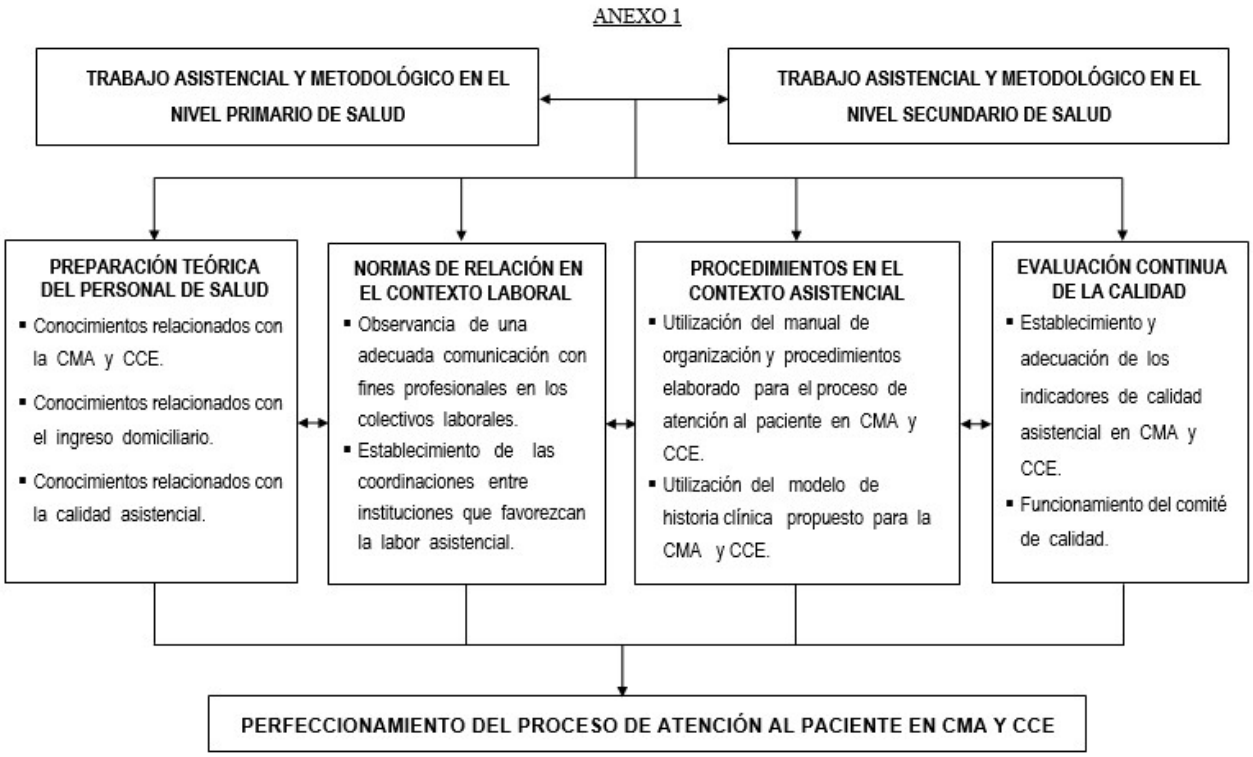



**Figura 1.** Representación gráfica del modelo teórico - asistencial propuesto para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.

Descargado el: 8-11-2026
ISSN 1727-897X

## ANEXO 2

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

Pág.

INTRODUCCIÓN..... 1

PRIMERA PARTE: CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA Y DE CORTA ESTADÍA

Conceptos..... 3

Reseña histórica..... 4

Ventajas y desventajas de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía..... 6

Complicaciones en la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía..... 6

Unidades de Cirugía Ambulatoria..... 7

Selección de los pacientes..... 10

Selección de los procedimientos..... 11

Contraindicaciones de la cirugía mayor ambulatoria..... 11

Aspectos a considerar por facultativos y administrativos..... 12

SEGUNDA PARTE: INGRESO DOMICILIARIO

Concepto..... 14

Reseña histórica..... 14

Requisitos para realizar el ingreso domiciliario..... 15

Propósitos del ingreso domiciliario..... 15

Ventajas del ingreso domiciliario..... 16

TERCERA PARTE: PROCEDIMIENTOS

Consultas preoperatorias..... 19

Ingreso y control pre quirúrgico..... 20

Intraoperatorio..... 21

Recuperación postoperatoria inmediata..... 21

Seguimiento domiciliario..... 24

Control médico hospitalario..... 24

Control de calidad..... 25

ANEXOS

Anexo 1: Valoración del estado físico del paciente.....

Anexo 2: Valoración del estado nutricional del paciente.....

Anexo 3: Listado de procedimientos por especialidades para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....

Anexo 4: Flujograma del paciente en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....

Anexo 5: Propuesta de modelo de historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía.....

Anexo 6: Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria.....

Anexo 7: Representación gráfica del modelo asistencial para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.....

BIBLIOGRAFÍA.....

**ANEXO 3**

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

Nombre(s) y apellidos:

Edad:

Sexo:

Carnet de identidad:

Área de salud:

Dirección:

Teléfono(s):

Diagnóstico preoperatorio:

Operación propuesta:

Fecha de intervención:

Datos de interés:

Consulta en consultorio del médico de la familia:

Consulta pre anestésica:

Indicaciones preoperatorias:

Valoración clínica pre quirúrgica:

Informe operatorio (Resumen):

Evolución en postoperatorio inmediato:

Indicaciones a cumplir en el hogar:

Evolución postoperatoria en la comunidad (Resumen):

Consultas de seguimiento:

CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PACIENTES

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

## ANEXO 4

## GUÍA PARA LA ENTREVISTA TELEFÓNICA DIRIGIDA A LOS PACIENTES Y FAMILIARES

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

Estimado(a) paciente / familiar:

Esta entrevista tiene como finalidad evaluar los resultados de la aplicación de las propuestas derivadas del proyecto de investigación institucional del Hospital Clínico - Quirúrgico "Arnaldo Milián Castro" encaminado al perfeccionamiento del proceso de atención al paciente intervenido en cirugía mayor ambulatoria o de corta estadía. Su participación es fundamental para la culminación de este estudio. Se agradece su sinceridad en las respuestas, las que tendrán un carácter confidencial y no influirán en la conducta a adoptar en el tratamiento y seguimiento.

Muchas gracias por su participación.

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

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

Volver

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Rev Habanera Cienc Méd [revista en Internet]. 2015 [ cited 16 Ene 2016 ] ; 14 (3): [aprox. 3p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000300014.

2. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo?. Medicentro [revista en Internet]. 2017 [ cited 16 Ene 2016 ] ; 21 (4): [aprox. 3p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432017000400013.

3. Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir. 2015 ; 67 (2): 207-13.

4. Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. REV MED CLIN CONDES. 2017 ; 28 (5): 682-90.

5. Vergara F, Ramírez AF, Gispert R, Coll JJ, Saltó E, Trilla A. Evolución de la cirugía mayor ambulatoria en Cataluña, 2001-2011. Gac Sanit. 2015 ; 29 (6): 451-3.

6. Marmaneu Vicent P, Planells Roig MV, García Espinosa R, Cervera Delgado M. La intervención enfermera y la consulta de enfermería en la mejora de la calidad asistencial (calidad percibida y calidad científico-técnica) en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica ambulatoria. CIR MAY AMB. 2016 ; 21 (3): 93-137.

7. Brahin FA, Álvarez VM, Martín PA. Cirugía mayor ambulatoria. Rev Argent Resid Cir. 2016 ; 21: 21-37.

8. Marchal-Santiago A, Segura-Sampedro JJ, Reguera-Rosal J, Capitán-Vallvey JM, González Argenté FJ, Padillo FJ, el al. Situación actual de la hernia en cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Andaluza. 2018 ; 29 (2): 124-6.

9. Gironés Muriel A, Matute E, González Perrino C, Serradilla Mateos L, Molinero T, Mariné M. Resultados globales en un hospital privado sobre su modelo de gestión quirúrgica. CIR MAY AMB. 2013 ; 18 (2): 61-8.

10. Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario estadístico de salud 2018. La Habana: MINSAP; 2019. p. 14.

11. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. Medicentro [revista en Internet]. 2015 [ cited 5 May 2015 ] ; 19 (2): [aprox. 3p]. Available from: http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/1773/1549.

12. 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. AMC [revista en Internet]. 2012 [ cited 10 Ene 2014 ] ; 16 (5): [aprox. 8p]. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000500005&lng=es&nrm=iso&tlng=es.

13. Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria [Tesis]. Santa Clara: Instituto Superior de Ciencias Médicas Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz; 2005.

14. López Puig P. Procedimiento metodológico para caracterizar la integración en redes de servicios de salud del primer nivel de atención. Cuba, 2013 [Tesis Doctoral]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2013.

15. López Puig P, Segredo Pérez AM, García Milián AJ. Estrategia de renovación de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Pública. 2014 ; 40 (1): 5-84.

16. López Puig P, García Milian AJ, Alonso Carbonell L, Bayarre Vea HD, Segredo Pérez AM. Definición de integración de redes de servicios en la estrategia de Atención Primaria de Salud en Cuba, 2013. Horizonte sanitario. 2014 ; 13 (1): 38-47.

17. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez A, Zurbano Fernández J, Álvarez-Guerra González E, Méndez Gálvez L, Álvarez L, Truffín Hernández R. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. Medisur [revista en Internet]. 2018 [ cited 20 May 2018 ] ; 16 (1): [aprox. 8p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563.

18. Hernández-Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Análisis de datos cuantitativos. In: Hernández-Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio MP. Metodología de la investigación. México DF: McGraw-Hill / Interamericana; 2014. p. 270-335.

19. Rodríguez Ortega M, Porrero Carro JL, Aranaz Andrés JM, Castillo Fe MJ, Alonso García MT, Sánchez-Cabezudo Díaz-Guerra. Análisis comparativo de indicadores de eficiencia en cirugía mayor ambulatoria. Gac Sanit. 2018 ; 32 (5): 473-6.

20. Noguera JF, Aguirrezabalaga J. La cirugía ambulatoria como un eslabón de la Atención Primaria [Editorial]. CIR MAY AMB. 2017 ; 22 (4): 182-4.

21. Campayo JM. Organizaciones sanitarias integradas (OSI). Kirubide [Editorial]. CIR MAY AMB. 2017 ; 22 (4): 186.

22. Planells Roig M, García Espinosa R, Marmaneu Vicent MJ, Carrau Giner M. Cirugía ambulatoria e integración de primaria. La Cirugía Mayor Ambulatoria integrada en la asistencia primaria o Cirugía Ambulatoria de Alta Resolución (CIAR). Del especialista de CMA al médico de primaria con especial interés en CMA (MAP-E-CMA) [Editorial]. CIR MAY AMB. 2017 ; 22 (4): 187-91.

23. Beneyto Castelló F, Albella B, Batalla M, Clar J, Climent JV, Colás B, et al. Cirugía Mayor Ambulatoria y Atención Primaria [Editorial]. CIR MAY AMB. 2017 ; 22 (4): 180-1.

24. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J, Rodríguez Fernández MC, Rodríguez Becerra F, Hernández Lema EA. Aplicación de un modelo asistencial para perfeccionar la atención en cirugía mayor ambulatoria y en la de corta estadía. Medisur [revista en Internet]. 2019 [ cited 1 Feb 2020 ] ; 17 (3): [aprox. 8p]. Available from: http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/4017.