

ARTÍCULO ORIGINAL

Propuesta de modelo de historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía

Javier Cruz Rodríguez^{1*} , Abraham Dimas Reyes Pérez² , Joaquín Zurbano Fernández¹ , María del Carmen Rodríguez Fernández³ , María Margarita Ríos Cabrera¹ 

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

²Hospital Clínico Quirúrgico “Comandante Manuel Fajardo Rivero”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

³Universidad Central Marta Abreu de Las Villas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

*Javier Cruz Rodríguez. javiercruzr@infomed.sld.cu

Recibido: 15/04/2020 - Aprobado: 05/11/2020

RESUMEN

Introducción: existen limitaciones en la coordinación entre los niveles primario y secundario de salud y se carece de un modelo de historia clínica para la actividad quirúrgica en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía, lo que repercute en la calidad de este tipo de modalidad asistencial.

Objetivo: evaluar una propuesta de modelo de historia clínica para cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía.

Métodos: se desarrolló una investigación prospectiva descriptiva desde el 3 de septiembre de 2012 hasta el 20 de marzo de 2018. El modelo de historia clínica fue valorado por 90 expertos con experiencia en los niveles primario y secundario de salud que avalaron la calidad y la pertinencia de la propuesta. También clientes del proyecto de investigación (del que se deriva) y decisores institucionales y del nivel provincial avalaron la propuesta.

Resultados: las evaluaciones realizadas por los expertos, los clientes y los decisores avalaron la calidad, la pertinencia y las posibilidades de implementación del modelo de historia clínica.

Conclusiones: la propuesta de modelo de historia clínica ofrece seguridad para su aplicación.

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

ABSTRACT

Introduction: there are limitations in coordination between the primary and secondary levels of health, and there is a lack of a clinical history model for surgical activity in major outpatient and short-stay surgery, which affects the quality of this type of care modality.

Objective: this paper aims to evaluate a proposal for a clinical history model for major outpatient surgery and short-stay surgery.

Methods: a descriptive prospective investigation was carried out from September 3, 2012 to March 20, 2018. The clinical history model was evaluated by 90 experts with experience at the primary and secondary levels of health, who endorsed the quality and relevance of the proposal. Clients of the research project (from which it is derived) and institutional and provincial decision-makers also endorsed the proposal.

Results: the evaluations carried out by the experts, clients and decision makers endorsed the quality, relevance and possibilities of implementation of the clinical history model.

Conclusion: the proposed clinical history model offers security for its application.

Key words: surgery; major ambulatory surgery; surgery of short term; organization and administration

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) constituye un modelo organizativo y multidisciplinario que se ha definido como los procedimientos o las 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.⁽¹⁻⁸⁾ Este concepto difiere de la cirugía de corta estadía (CCE), que comprende programas de trabajo que resuelven afecciones quirúrgicas en las que se requiere cirugía mayor, con estancias entre uno y tres días. La CMA se considera como la fase final de un proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria.^(1,2)

Se considera que la CMA puede constituir el 80% de las cirugías electivas.⁽²⁾ En Cuba se informan como ambulatorias el 55,4% de las cirugías mayores⁽⁹⁾ y alcanzan alrededor del 70% de las cirugías mayores electivas.⁽²⁾

En los últimos años se producen importantes cambios en el contexto internacional en la CMA. Inicialmente las unidades de salud en las que se realizaba la CMA asumían todo el control del circuito del paciente (desde la selección hasta el alta definitiva), pero han reorientado esta actividad de tal forma que ya se plantea la necesidad de la coordinación entre los profesionales de esos centros y los del nivel primario de atención.^(10,11)

Para Cuba es posible enfocar la actividad asistencial en la CMA y la CCE como un proceso integrado entre los niveles primario y secundario de atención por presentar, como fortalezas, un Sistema Nacional de Salud único, gratuito, accesible, con cobertura universal, basado en la Atención Primaria de Salud (APS), y la voluntad política del Estado que prioriza el sector de la salud.

Existen limitaciones en la coordinación entre los niveles primario y secundario de atención de salud en CMA y CCE y se carece de un modelo de historia clínica específico para esta actividad, lo que repercute en la calidad de este tipo de modalidad asistencial. En el presente trabajo se pretende evaluar una propuesta de modelo de historia clínica específico para la actividad asistencial en la CMA y la CCE, así como la evaluación que le fue realizada por expertos. Este modelo

constituye una contribución de carácter práctico diseñada durante el desarrollo de un proyecto de investigación institucional “Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía” del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario “Arnaldo Milián Castro” de Santa Clara. La necesidad del diseño de un modelo de historia clínica para esta actividad fue reflejada en la fase inicial del mencionado proyecto.⁽¹²⁾

MÉTODOS

Se desarrolló una investigación prospectiva descriptiva desde el 3 de septiembre de 2012 hasta el 20 de marzo de 2018. El diseño del modelo de historia clínica se efectuó desde la fecha inicial hasta el 30 de diciembre de 2012, para lo que se llevaron a cabo los siguientes pasos:

– **Análisis de la información recopilada (desde la etapa anterior del proyecto) y proyección del diseño del modelo de historia clínica**

Se realizó mediante la aplicación de una técnica de indagación (grupo de discusión), con la participación de siete integrantes del proyecto de investigación, caracterizados por su experiencia profesional en el nivel primario de atención de salud y también en la especialidad quirúrgica. Inicialmente se orientó un conjunto de interrogantes para generar ideas que permitieran comprender el comportamiento real y el funcionamiento de las relaciones profesionales que tienen lugar en el proceso de atención al paciente en la CMA y la CCE y llegar a consenso en relación a la estructura y el contenido requerido para el diseño de las propuestas: ¿qué actividades se realizan en el proceso?, ¿quién realiza cada actividad?, ¿cómo se realiza?, ¿cuáles son los medios que poseen los profesionales de ambos niveles de atención como apoyo o guía a fin de ofrecer una atención continuada al paciente?, ¿existe un modelo oficial de historia clínica destinado, particularmente, a reflejar el proceso de atención a estos pacientes?, ¿los modelos existentes son suficientes para lograr el flujo de información entre los profesionales implicados y reflejar integralmente el proceso de atención al paciente?, ¿cuál es el proceder de los pacientes y cuál el de los profesionales involucrados en este proceso de atención?, ¿cómo lograr una secuencia lógica en la atención al paciente y en la información que sobre este debe fluir entre los profesionales implicados? Las intervenciones fueron registradas por el investigador principal para facilitar la reflexión acerca del diseño del modelo de historia clínica.

– **Elaboración del modelo de historia clínica llevado a cabo por el autor de este trabajo con una secuencia lógica y una estructura en concordancia con las valoraciones ofrecidas por los participantes en el análisis descrito y la revisión bibliográfica.**

– **Presentación del modelo de historia clínica a los integrantes del equipo de trabajo del proyecto en función de posibles correcciones a realizar y de la obtención de su consenso.**

Posteriormente, desde el 3 de enero de 2013 hasta el 30 de diciembre de 2014, se procedió a la búsqueda y a la selección de expertos para evaluar la calidad, la

pertinencia y la factibilidad de la propuesta. Se emplearon informantes claves (profesionales de reconocido prestigio y de larga permanencia en el sector de la salud, muchos de los que se integraron a los grupos de expertos conformados) que sugirieron otros posibles integrantes; a estos también se les pidió que recomendaran otros posibles expertos y así sucesivamente, mediante el muestreo en cadena, se solicitó la participación a 97 candidatos. En relación con la búsqueda de los posibles expertos también se consideraron cualidades como la ética profesional, la independencia de criterios, el análisis de su actividad profesional, el dominio teórico, la experiencia práctica y la participación en actividades investigativas en correspondencia al objeto de estudio.

La metodología empleada comprende la determinación de la competencia de los posibles expertos mediante el cálculo del coeficiente de competencias (K). Para su obtención se aplica la fórmula siguiente: $K = \frac{1}{2} (K_c + K_a)$, en la que K_c es el "coeficiente de conocimiento" o la información que tiene el experto acerca del tema o problema planteado y K_a es el denominado "coeficiente de argumentación" o la fundamentación de los criterios de los expertos. El K_c se calcula a partir de la valoración que realiza el propio experto en la escala de cero a 10 (desde el absoluto desconocimiento hasta el pleno conocimiento sobre la problemática) multiplicado por 0,1. El K_a se obtiene a partir de la suma de las puntuaciones asignadas *a priori* por el investigador en una tabla con las fuentes de argumentación, en la que cada experto debe marcar las casillas correspondientes para expresar el grado de influencia de sus conocimientos sobre el tema de acuerdo con los niveles alto, medio y bajo. Se consideró experticia baja cuando $K < 0,7$; media con $0,7 \leq K < 0,85$ y alta cuando $K \geq 0,85$. En esta investigación solo se incluyeron candidatos con un nivel de competencia alto, lo que aseguró el valor de los criterios emitidos. Los candidatos a participar como expertos fueron encuestados de forma individual. Finalmente, fueron aceptados para participar como expertos 90 profesionales de la salud de diversas instituciones del sector que se distribuyeron en tres grupos integrados por 30 miembros cada uno.

El primer grupo quedó integrado por 23 Especialistas en Cirugía General y siete en Anestesiología y Reanimación, procedentes de diferentes hospitales de la Provincia de Villa Clara: Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" (Santa Clara), Militar Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero" (Santa Clara) y Asistencial "Celestino Hernández Robau" (Santa Clara), los Generales "Mártires del 9 de Abril" (Sagua la Grande), "Dr. Daniel Codorníu Pruna" (Placetás) y "26 de Diciembre" (Remedios) y el Centro Especializado Ambulatorio "Héroes de Playa Girón" (Cienfuegos).

El segundo grupo quedó compuesto por profesionales con experiencia en el nivel primario: 22 Especialistas en Medicina General Integral y ocho enfermeras, procedentes de varias unidades de salud ubicadas en Santa Clara: Policlínicos "Capitán Roberto Fleites", "Santa Clara", "Chiqui Gómez Lubián", "XX Aniversario", "Marta Abreu" y "José Ramón León Acosta", así como de la Dirección Provincial de Salud, de la Universidad de Ciencias Médicas de Villa Clara y del Hospital Militar Clínico-Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero".

El tercer grupo quedó constituido por profesionales de otras especialidades quirúrgicas (28 médicos y dos estomatólogos) pertenecientes a los Hospitales Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro" y Militar Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero", al Ginecoobstétrico "Mariana Grajales", al Pediátrico Universitario "José Luis Miranda" y al Cardiocentro "Ernesto Guevara". Se contó con cuatro Especialistas en Obstetricia y Ginecología y cuatro en Ortopedia y Traumatología, tres en Angiología y Cirugía Vasculard, tres en Cirugía Pediátrica, tres en Urología, tres en Oftalmología y tres en Cirugía Plástica y Caumatología, dos en Cirugía Maxilofacial, dos en Otorrinolaringología y dos en Coloproctología y uno en Neurocirugía.

Los indicadores considerados para la evaluación de la calidad fueron: 1-Permite reflejar el proceso de atención al paciente quirúrgico ambulatorio o con corta estadía, 2-Valor como documento legal, 3-Valor como fuente de información para determinar la calidad asistencial, 4-Utilidad docente en la educación en el trabajo y 5-Valor como fuente de datos para el desarrollo de investigaciones. Las consideraciones acerca de la calidad de las propuestas fueron ofrecidas por los expertos mediante valores asignados a cada indicador evaluado, utilizando una escala ascendente desde 1 hasta 5 puntos (inadecuado, poco adecuado, adecuado, bastante adecuado y muy adecuado). Los criterios sobre la pertinencia y la factibilidad de las propuestas se indagaron mediante preguntas con opción de respuesta dicotómica (Si/No).

A los candidatos a participar como expertos se les garantizó anonimato en caso de no ser elegidos y a los escogidos para tal función se les aseguró confidencialidad en la evaluación que particularmente realizaran a la propuesta de modelo de historia clínica.

Desde el 5 de enero de 2015 hasta el 28 de diciembre de 2017 se efectuaron acciones para la preparación y la ejecución de un estudio piloto en el que se aplicaron las propuestas derivadas del proyecto de investigación anteriormente mencionado (que incluye la propuesta de modelo de historia clínica para CMA y CCE) que rebasan el objetivo de la presente obra. Con los resultados acumulados hasta esa etapa se elaboró un informe científico-técnico que fue sometido posteriormente a la evaluación de clientes del proyecto y decisores a nivel institucional y provincial.

En la siguiente etapa, extendida hasta el 20 de marzo de 2018, se efectuó la presentación del trabajo realizado a los clientes del proyecto y decisores a fin de determinar su nivel de aceptación, disponer de sus criterios de pertinencia y factibilidad y promover su aplicación.

Para conocer las valoraciones sobre los resultados científicos fueron encuestados, de manera individual, los jefes de los Grupos provinciales de Medicina Familiar y Cirugía General (previa presentación del informe científico-técnico).

En reunión del Consejo Científico del Hospital Clínico Quirúrgico Universitario "Arnaldo Milián Castro", realizado el 26 de febrero de 2018, se desarrolló la entrevista grupal a los clientes (a la vez decisores de la institución) del proyecto de investigación. Igualmente en una reunión extraordinaria realizada al efecto el 20 de marzo de 2018 en la Dirección Provincial de Salud de Villa Clara, con la participación del Jefe del Departamento de Atención Médica Provincial, el Jefe de

la sección de APS, otro funcionario de APS y el Jefe de la sección de hospitales, fueron evaluados los resultados científicos propuestos en el informe.

RESULTADOS

El modelo de historia clínica propuesto (Anexo 1) fue concebido para registrar la información de interés del paciente y lograr una correcta comunicación entre todos los profesionales involucrados en su asistencia en CMA y CCE al constituir, paso por paso, un reflejo del proceso de atención. En su estructura consta de: datos generales del paciente, diagnóstico preoperatorio, operación propuesta, fecha de intervención, otros datos de interés, consulta en el consultorio del médico de la familia (CMF), consulta preanestésica, indicaciones preoperatorias, valoración clínica prequirúrgica, informe operatorio (resumen), evolución en postoperatorio inmediato, indicaciones a cumplir en el hogar, evolución postoperatoria en la comunidad (resumen), consultas de seguimiento y modelo para el consentimiento informado de los pacientes.

El modelo permite el manejo multidisciplinario de los pacientes, muestra los aspectos biológicos, psicológicos y sociales que inciden en ellos y cumple un importante rol orientador para los profesionales involucrados al reflejar de manera fiel y en secuencia lógica el proceso al que se aspira en la atención a estos pacientes, lo que se evidencia en las instrucciones para su uso; la sencillez en su llenado contribuye a evitar el incumplimiento en su realización y la ocurrencia de malas prácticas.

La calidad de la propuesta de modelo de historia clínica fue valorada favorablemente por los expertos de los tres grupos consultados, con predominio de "muy adecuado" en las evaluaciones ofrecidas (Tabla 1). Los expertos consideraron que la propuesta del modelo de historia clínica comprende todos los datos de interés para la actividad en CMA y CCE, por lo que se ajusta a las necesidades actuales de los niveles primario y secundario de salud (al respecto es muy explícito, orientador, integral, abarcador, preciso e importante para el personal en formación, así como para el desarrollo de investigaciones relacionadas con el tema).

Al indagar sobre la pertinencia de la aplicación de la propuesta la totalidad de los expertos expresaron su conveniencia. Las razones enunciadas fueron basadas en su calidad, su integralidad, su precisión y en la organización del proceso de atención al paciente de manera documentada al facilitar la comunicación de la información que se requiere sobre él entre los profesionales de diferentes instituciones de salud y servicios involucrados en el proceso. Al inquirir sobre la factibilidad de la implementación en la práctica del modelo de historia clínica propuesto 87 expertos respondieron afirmativamente (Tabla 2). Los elementos esgrimidos coincidieron con los anteriormente ofrecidos y, en adición, expresaron la necesidad de organizar y perfeccionar esta actividad. Hubo recomendaciones relacionadas con su presentación, su explicación y su puesta a disposición de los profesionales del nivel primario de salud, así como en los servicios quirúrgicos. Las razones por las que tres expertos (de los grupos primero y tercero de profesionales del nivel secundario de salud) consideraron que el modelo de

historia clínica propuesto no posee posibilidades de implementación en la práctica fueron el pobre respaldo por parte de los profesionales del nivel primario y la insuficiente disponibilidad de recursos materiales.

Tabla 1. Evaluación ofrecida por los expertos sobre la calidad del modelo de historia clínica propuesto

Indicadores	Grupos de expertos						Total de expertos		
	Grupo I n*=30		Grupo II n*=30		Grupo III n*=30		n*=90		
Indicador 1 Refleja el proceso de atención al paciente quirúrgico ambulatorio o de corta estada	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Evaluación	Muy adecuado	27	90,0	28	93,3	27	90,0	82	91,1
	Bastante adecuado	3	10,0	2	6,7	3	10,0	8	8,9
	Adecuado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Indicador 2 Valor como documento legal	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Evaluación	Muy adecuado	25	83,3	24	80,0	26	86,7	75	83,3
	Bastante adecuado	3	10,0	4	13,3	4	13,3	11	12,2
	Adecuado	2	6,7	2	6,7	0	0,0	4	4,4
Indicador 3 Valor como fuente de información para determinar calidad asistencial	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Evaluación	Muy adecuado	27	90,0	28	93,3	28	93,3	83	92,2
	Bastante adecuado	1	3,3	1	3,3	2	6,7	4	4,4
	Adecuado	2	6,7	1	3,3	0	0,0	3	3,3
Indicador 4 Utilidad docente en la educación en el trabajo	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Evaluación	Muy adecuado	26	86,7	28	93,3	26	86,7	80	88,9
	Bastante adecuado	4	13,3	1	3,3	3	10,0	8	8,9
	Adecuado	0	0,0	1	3,3	1	3,3	2	2,2
Indicador 5 Valor como fuente de datos para el desarrollo de investigaciones	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
Evaluación	Muy adecuado	26	86,7	28	93,3	27	90,0	81	90,0
	Bastante adecuado	2	6,7	1	3,3	1	3,3	4	4,4
	Adecuado	2	6,7	1	3,3	2	6,7	5	5,6

*Número de individuos encuestados

Tabla 2. Evaluación ofrecida por los expertos sobre la factibilidad de implementación del modelo de historia clínica propuesto

Grupos de expertos	Respuestas			
	Afirmativas		Negativas	
	No.	%	No.	%
Grupo I (n*=30)	28	93,3	2	6,7
Grupo II (n*=30)	30	100	0	0,0
Grupo III (n*=30)	29	96,7	1	3,3
Total (n*=90)	87	96,7	3	3,3

*Número de individuos encuestados

Los Jefes de los grupos provinciales de Medicina Familiar y Cirugía General expresaron su satisfacción con la propuesta concebida, coincidieron en su calidad y viabilidad y consideraron que debían generalizarse. Argumentaron que su implementación se encuentra favorecida por contar con un sistema de salud único y organizado. También plantearon que propician la comunicación y la

coordinación efectiva entre los niveles de atención y que pudiera ser empleado para facilitar otros procesos asistenciales con aplicación de las adecuaciones pertinentes.

Los clientes y los decisores del Hospital "Arnaldo Milián Castro" mostraron su satisfacción con los resultados científicos obtenidos y expresaron que la propuesta es pertinente y que cuenta con la calidad requerida para su implementación. Igualmente los decisores de la Dirección Provincial de Salud coincidieron con los criterios ofrecidos por los clientes del proyecto, a la vez que consideraron factible la aplicación de las propuestas en la provincia.

DISCUSIÓN

Es la historia clínica el documento más importante en cualquier institución de salud y en la actividad quirúrgica ambulatoria o con corta estadía adquiere una gran importancia porque debe garantizar la correcta comunicación entre los niveles primario y secundario de salud, por lo que es necesario que posea integralidad, exactitud, rigor técnico en el registro de los datos y la identificación del personal que la utiliza a lo largo del proceso de atención.

Lamentablemente, aunque en la práctica asistencial circulan modelos de historia clínica para la actividad en CMA y CCE frutos del esfuerzo aislado de algunos profesionales, no se encuentran publicados; incluso la mención a los mismos es también rara.

El primer referente comparativo hallado en la literatura nacional sobre la confección de un modelo de historia clínica para cirugía ambulatoria corresponde a un estudio que se desarrolló durante 1993 por Estrada¹³ en pacientes pediátricos tratados por Cirugía Maxilofacial en el Hospital General Provincial Docente "Carlos Manuel de Céspedes" de la Ciudad de Bayamo. El modelo no fue anexado a la publicación pero se señala que constaba de datos generales del paciente, enfermedad de ingreso en el hogar, tratamiento quirúrgico, tratamiento a seguir en el hogar, evaluación por el médico de la familia e interconsulta por ambos especialistas. Los autores de este trabajo estiman que este modelo en particular, basado en los aspectos relacionados por su autor, pudo contribuir al logro de una buena comunicación entre el médico de la familia y el Especialista en Cirugía; sin embargo, limitaba la comunicación a estos dos profesionales.

En los años 1995 y 1996 Quintana¹⁴ realizó un estudio en el Hospital General "Ciro Redondo" del Municipio de Artemisa en pacientes atendidos por la especialidad de Cirugía Maxilofacial para el que diseñó un modelo de historia clínica. El modelo no aparece anexado en la publicación pero se refiere que incluía datos generales del paciente, enfermedad, tratamiento quirúrgico, tratamiento postoperatorio y evaluación por el médico de familia. Se considera que el modelo descrito en el citado estudio pudo contribuir al logro de determinado nivel de información entre el médico de la familia y el Especialista en Cirugía; sin embargo, era escueto y carente de integralidad al no asegurar el logro una verdadera comunicación entre los profesionales de ambos niveles de atención.

En el trabajo desarrollado por Gutiérrez¹⁵ en el Hospital Militar Clínico Quirúrgico "Comandante Manuel Fajardo Rivero" de Santa Clara durante el trimestre mayo-

julio de 2005 se anexa un modelo de historia clínica para CMA compuesto por datos generales del paciente, diagnóstico, operación propuesta, instrucciones preoperatorias y postoperatorias a los pacientes (en estas se orienta informar al médico de la familia la fecha de la intervención quirúrgica), consulta preanestésica, informe operatorio, evolución postquirúrgica y observaciones. Al considerar los aspectos mencionados el autor de esta obra estima que ese modelo parece superar a los anteriores; no obstante, no comprende la valoración por el médico de la familia.

Desde hace años se realizan múltiples esfuerzos en el país para el logro de una historia clínica electrónica centralizada. Aún cuando se cuenta con alguna experiencia en su utilización en varias instituciones y su generalización parece cada vez más cercana,¹⁶⁻²⁰ el autor de esta obra considera que los aspectos del modelo de historia clínica que propone son aplicables a su composición; las valoraciones realizadas por los expertos avalaron su calidad, su pertinencia y las posibilidades de implementación, lo que ofrece mayor confianza para su aplicación.

Aunque la propuesta que se ofrece en este trabajo presenta ventajas respecto a sus antecesoras resulta necesario velar porque, después de iniciar su uso, se mantenga a tono con el contexto en el que se aplique para su perfeccionamiento.

CONCLUSIONES

La propuesta de modelo de historia clínica ofrece seguridad para su aplicación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2015 May-Jun [citado 18/03/2020];14(3):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/934>
2. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria en Villa Clara: ¿cómo continuar su desarrollo? Medicentro [Internet]. 2017 Oct-Dic [citado 18/03/2020];21(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medicentro.sld.cu/index.php/medicentro/article/view/2204/2098>
3. Nazar C, Zamora M, González A. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir [Internet]. 2015 [citado 18/03/2020];67(2): [aprox. 7 p.]. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v67n2/art17.pdf>
4. Asuar López MA. Valoración del dolor en pacientes intervenidos quirúrgicamente de hernioplastia con cirugía ambulatoria en el Hospital Universitario Santa María del Rosell. Rev Enfermería Global [Internet]. 2017 [citado 18/03/2020];16(45):[aprox. 19 p.]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412017000100438
5. González A, de la Fuente N, del Río E, Zamora M, Nazar C. Cómo planificar, diseñar y organizar un centro de cirugía ambulatoria. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 [citado 18/03/2020];68(4):[aprox. 5 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-chilena-cirugia-266-articulo-como-planificar-disenar-organizar-un-S0379389316000090>. <https://doi.org/10.1016/j.rchic.2016.03.006>

6. Nunes JS, Gomes R, Povo A, Alves EC. Quality Indicators in Ambulatory Surgery: A Literature Review Comparing Portuguese and International Systems. Acta Med Port [Internet]. 2018 Jul-Ago [citado 18/03/2020];31(7-8):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <https://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/download/10416/5472>. <https://doi.org/10.20344/amp.10416>
7. Barrera A, Riquelme J, Lizana M, Bannura G, Zúñiga A. Cirugía ambulatoria electiva en patología proctológica. Experiencia prospectiva de 14 años en un hospital público docente. Rev Cir [Internet]. 2019 Ago [citado 18/03/2020];71(4):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492019000400293&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S2452-45492019000400293>
8. González A, Zamora M, Contreras JI, Ibacache M. Cirugía ambulatoria: ¿Qué hacer en el período posoperatorio? Desde el término de la cirugía hasta el control domiciliario. Rev Chil Cir [Internet]. 2018 [citado 18/03/2020];70(5):[aprox. 6 p.]. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000500474. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000500473>
9. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud 2018 [Internet]. La Habana: MINSAP; 2019 [citado 18/03/2020]. Disponible en: <https://files.sld.cu/bvscuba/files/2019/04/Anuario-Electr%c3%b3nico-Espa%c3%b1ol-2018-ed-2019-compressed.pdf>
10. Sánchez Fornelino P. Evolución enfermera en las unidades de CMA, 25 años después: función gestora. Cir May Amb. 2014;19(Supl. 1):63-4.
11. Cagigas JC, Ruíz Álvarez P, Cagigas-Roecker P, Gutiérrez Calero E, Ochoa M, Lavín CR. Auditoría de la CMA en los procesos quirúrgicos de las áreas III y IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria. Cir May Amb [Internet]. 2018 [citado 18/03/2020];23(1):[aprox. 10 p.]. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/08_23_1_AE_Cagigas%202.pdf
12. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J, Álvarez-Guerra González E, Méndez Gálvez L, Álvarez Luna Y, et al. Diagnóstico de necesidades de perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía con corta estadía. Medisur [Internet]. 2018 [citado 18/03/2020];16(1):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/3563/2490>
13. Estrada Sarmiento M. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial pediátrico. Rev Cubana Pediatr. 1997;69(1):56-61.
14. Quintana Díaz JC, Ceja Amate C. Cirugía mayor ambulatoria maxilofacial. Apoyo del médico de familia. Rev Cubana Estomatol. 1998;35(3):92-6.
15. Gutiérrez Aquino JB. Evaluación de la cirugía mayor ambulatoria. [Tesis de Maestría]. Santa Clara: Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz"; 2005.
16. Gener Pérez D, Adamés Cartaya Y, Rizo Fusalva Y, Díaz García A, Paderni López MC. Galen Clínicas - Hospitalización, un ingreso hospitalario al detalle. Actas de la XVII Convención y Feria Internacional Informática 2018; 2018 Mar 19-23; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.informaticahabana.cu/sites/default/files/ponencias2018/SLD10.pdf>
17. Díaz García A, González Ortiz OM, Pérez González AO, Adames Cartaya Y, Paderni López MC. Historia clínica centralizada, próximo paso a la informatización de la salud cubana. Actas de la XVII Convención y Feria Internacional Informática 2018; 2018 Mar 19-23; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.informaticahabana.cu/sites/default/files/ponencias2018/SLD11.pdf>

18. Salas Oliva PE, Orellana García A, Soto Pelegrin L, Ramírez Pérez JF. Historia clínica electrónica. Aplicación del concepto en el sistema XAVIA HIS. Actas de la XVII Convención y Feria Internacional Informática 2018; 2018 Mar 19-23; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.informaticahabana.cu/sites/default/files/ponencias2018/SLD12.pdf>
19. Orellana García A, Vega Izaguirre L, López Cossio F, Salas Oliva PE. Proyecto eVita: plataforma cubana de historias clínicas electrónicas. Actas de la XVII Convención y Feria Internacional Informática 2018; 2018 Mar 19-23; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.informaticahabana.cu/sites/default/files/ponencias2018/SLD13.pdf>
20. Torres Peña R, Vera Cabezas O, Torres Mora RM. Estrategia para acelerar el cambio hacia un hospital sin papel. Actas de la XVII Convención y Feria Internacional Informática 2018; 2018 Mar 19-23; La Habana, Cuba. Disponible en: <http://www.informaticahabana.cu/sites/default/files/ponencias2018/SLD16.pdf>

ANEXOS

Anexo 1. Propuesta 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: _____

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)

Fecha: ____/____/____

Consulta en consultorio del médico de la familia:

Firma y cuño (médico de la familia)
Fecha: ____/____/____

Consulta preanestésica:

Firma y cuño (Especialista en Anestesiología y Reanimación)
Fecha: ____/____/____

Indicaciones preoperatorias:

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)

Fecha: ____/____/____

Valoración clínica prequirúrgica:

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)

Fecha: ____/____/____

Informe operatorio (Resumen):

Evolución en postoperatorio inmediato:

Indicaciones a cumplir en el hogar:

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)

Fecha: ____/____/____

Evolución postoperatoria en la comunidad (Resumen):

Firma y cuño (médico de la familia)
Fecha: ____/____/_____

Consulta de seguimiento:

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)
Fecha: ____/____/_____

Consulta de seguimiento:

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)
Fecha: ____/____/_____

Consulta de seguimiento:

Firma y cuño (Especialista en Cirugía)

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

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

Después de recibir información suficiente sobre mi enfermedad y tratamiento y obtener respuestas a las inquietudes planteadas, manifiesto mi aceptación a la realización del procedimiento quirúrgico consciente de su naturaleza, necesidad y posibles complicaciones (algunas de las que pudieran escapar a la responsabilidad del equipo de atención, con la consecuente imposibilidad de garantizar el resultado esperado).

También doy mi consentimiento a la administración de anestesia, aplicada por o bajo la dirección del Especialista en Cirugía o de un Especialista en Anestesiología y Reanimación.

Acepto que el Especialista en Cirugía o quien él designe realice mis curaciones y los controles necesarios en el período postoperatorio. Acepto cooperar con los cuidados postoperatorios indicados por el Especialista en Cirugía y el equipo del nivel primario de atención 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 Especialista en Cirugía

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 Especialista en Cirugía 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 en 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 Especialista en Cirugía llenará el espacio de esta consulta, planteará tal situación, firmará y acuñará en el lugar correspondiente al Especialista en Anestesiología y Reanimación.
3. En la primera consulta el Especialista en Cirugía plasmará (en los datos de interés) los antecedentes patológicos personales y familiares, la reacción a medicamentos, el peso, la talla, el índice de masa corporal o cualquier otro que estime pertinente, así como resultados de los exámenes complementarios.
4. En la consulta en el consultorio del médico de la familia este plasmará una breve anamnesis en la que no pueden faltar elementos como hábitos tóxicos, medicamentos que utiliza el paciente u otro 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 Especialista en Anestesiología y Reanimación estime conveniente, la clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología 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 y la presencia o ausencia de complicaciones transoperatorias. Se podrá incluir otro elemento que se estime (ejemplo: toma de muestra para biopsia) sin omitir los anteriores.

8. La evolución del postoperatorio inmediato será muy breve y se reflejará cualquier aspecto que el Especialista en Cirugía 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 y se evitará el uso de abreviaturas. Serán leídas y explicadas al paciente y su acompañante.
10. En la evolución postoperatoria en la comunidad se plasmará el resumen del progreso del paciente, fundamentalmente durante los primeros siete a 14 días.
11. En la consulta de seguimiento, además de cualquier elemento que estime conveniente el Especialista en Cirugía, 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 CMF para su inclusión en su historia clínica individual. Es decisión del Especialista en Cirugía 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 Especialista en Cirugía.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

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

ADRP y JZF: revisión de la literatura, revisión crítica.

MCRF: concepción de la idea fundamental, revisión crítica.

MMRC: análisis estadístico.

Todos los autores revisaron la redacción del manuscrito y aprobaron la versión finalmente remitida.