

Evaluación del trabajo realizado por médicos y enfermeras de la familia con pacientes quirúrgicos ambulatorios

Work assessment carried out by family doctors and community nurses with surgical outpatients

Dr. Lester Cousin Otomuro^I; Dr. Lex Cervera Estrada^{II}; Dr. Rodolfo Hernández Riera^{III}; Dr. Marlenis Rodríguez Ramírez^{IV}

I Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico Rosa Castellanos Castellanos. Policlínico de Najasa. Camagüey, Cuba. celex@finlay.cmw.sld.cu

II Especialista de II Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. celex@finlay.cmw.sld.cu

III Especialista II Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. rhriera@finlay.cmw.sld.cu

IV Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas. Camagüey, Cuba. rrmrlenis@finlay.cmw.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: la elevación de la cultura sanitaria de los pacientes, la creación de programas encaminados a mejorar el estado de salud de la población y la introducción de la cirugía de mínimo acceso ha elevado la frecuencia de la cirugía ambulatoria. **Objetivo:** evaluar el trabajo realizado por los médicos y las enfermeras de la familia con los pacientes quirúrgicos ambulatorios de tres áreas de salud

del municipio Camagüey, durante el año 2010.

Método: se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal, con un universo de 4 170 pacientes y una muestra de 196. Los datos se obtuvieron de las encuestas, las historias clínicas y los informes operatorios. Se utilizó estadística descriptiva. **Resultados:** los médicos de familia realizaron el 50,5 % de los diagnósticos, coordinaron el 24,5 % de las operaciones, identificaron el 52,2 % de las complicaciones posoperatorias y trataron el 30,4 % de ellas. El equipo básico de salud curó el 66,8 % de los pacientes y retiraron el 64,8 % de las suturas. El 17,3 % de los casos se ingresaron y el 68,9 % de los pacientes tuvieron una opinión buena respecto al trabajo.

Conclusiones: el trabajo desempeñado por el equipo básico de salud a los pacientes quirúrgicos ambulatorios fue evaluado de regular.

DeCS: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS; COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS; MÉDICOS DE FAMILIA; EVALUACIÓN DE CAPACIDAD DE TRABAJO; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

Background: the increase of the health culture of patients, the creation of programmes aimed at improving the state of health of the population and the introduction of minimal access surgery has raised the frequency of ambulatory surgery. **Objective:** to evaluate the work done by family doctors and community

ARTICULOS ORIGINALES

nurses with surgical outpatients from three health areas of Camagüey municipality, during the year 2010. **Method:** an observational, descriptive and cross-sectional study was performed with a universe of 4 170 patients and a sample of 196. Data were obtained from surveys, clinical histories and operative reports. Descriptive statistics was used. **Results:** family doctors made 50,5 % of the diagnoses, coordinated the 24,5 % of operations, identified the 52,2 % of postoperative complications and treated the 30,4 % of them. The basic health team healed the 66,8 % of patients, and the 64,8 % of sutures were removed. The 17,3 % of the cases were admitted and the 68,9 % of patients had a good opinion about the work carried out. **Conclusions:** the work performed by basic health team to the surgical outpatients was evaluated of regular.

DeCS: AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES; POSTOPERATIVE COMPLICATIONS; PHYSICIANS, FAMILY; WORK CAPACITY EVALUATION; EPIDEMIOLOGY, DESCRIPTIVE.

INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria es la forma más antigua de las modalidades quirúrgicas conocidas y la que más se ha perpetuado en el tiempo. El hombre antes del surgimiento de la anestesia general y la existencia de hospitales recibía los beneficios de la cirugía.^{1,2}

Hasta finales del siglo XIX los pacientes con buena posición económica, luego de someterse

a una operación, se recuperaban en sus hogares y solamente la asistencia hospitalaria estaba reservada para los soldados y las personas con recursos económicos escasos.¹

La falta de higiene personal, la insalubridad de las viviendas y la mala atención médica postoperatoria de la época, provocaron el fracaso de esta modalidad y que se aceptara la hospitalización de los pacientes como un procedimiento obligatorio para la realización de las operaciones y la posterior recuperación.¹⁻³

A partir del siglo XX, con el alza de los costos hospitalarios, las mejoras estructurales de las viviendas, la elevación de la cultura sanitaria de los pacientes, la creación de programas encaminados a mejorar el estado de salud de la población y la introducción de la cirugía de mínimo acceso se ha elevado considerablemente la frecuencia de la cirugía ambulatoria; tanto que en la actualidad el 70 % de las operaciones en el mundo, se realizan de esta manera.⁴

Cuba no queda exenta de esto; el 39,3 % de las cirugías mayores se realizan de forma ambulatoria y sumándole las cirugías menores, este porcentaje alcanzan el 71,6 %.²⁻⁴

La provincia de Camagüey se comporta de manera similar, en el año 2009 el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech operó a 19 884 pacientes, de ellos 14 639 ambulatoriamente, lo que representó el 73,6 % de los casos operados, cifras

ARTICULOS ORIGINALES

considerablemente crecientes respecto a años anteriores. Cuba cuenta afortunadamente para el desarrollo de la cirugía ambulatoria con más de 440 policlínicos, situados estratégicamente dentro de la comunidad, donde la mayoría de los pacientes ambulatorios pueden acceder a realizarse exámenes microbiológicos, de laboratorio clínico e imagenológicos gratuitamente.² Además existen más de 70 000 médicos cubanos, casi uno por cada 100 habitantes y de ellos más de la mitad son médicos de la familia; los suficientes para poder garantizar una atención ambulatoria de alta calificación y especializada, sobre todo si se tiene en cuenta que la mayoría son especialistas en medicina general integral, capaces de diagnosticar precozmente complicaciones postoperatorias, tratarlas y si es necesario interconsultar al paciente, directamente con el especialista en cirugía.^{2,5,}

6

No obstante, basado en la experiencia laboral de los autores de esta investigación y apoyados en el banco de problemas del Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech de Camagüey, se reconoce que aún existen dificultades con la cirugía ambulatoria; no todo está dicho y hecho con respecto a esta modalidad quirúrgica. Por esa razón, se piensa que son extremadamente necesarias investigaciones, que permitan detectar problemas y crear estrategias que

contribuyan a elevar la calidad de la atención médica brindada por los médicos y las enfermeras de la familia a este tipo de pacientes, cada vez más creciente, algo que es vital para el resultado final de la cirugía.⁷

El objetivo de este estudio es evaluar el trabajo realizado por los médicos y las enfermeras de la familia con los pacientes quirúrgicos ambulatorios pertenecientes a los policlínicos: Previsora, Tula Aguilera y José Martí Pérez de la provincia Camagüey.

MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal en tres áreas de salud del Municipio Camagüey. El universo estuvo constituido por 4 170 pacientes operados en el servicio de cirugía ambulatoria del Hospital Universitario Provincial Manuel Ascunce Domenech durante el año 2010.

Por muestreo aleatorio simple se seleccionó una muestra compuesta por 196 pacientes intencionada según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

Haber sido operado de forma ambulatoria de una cirugía mayor.

Pertenecer a los policlínicos José Martí Pérez, Previsora o Tula Aguilera.

Criterios de exclusión

No radicar en su área de salud durante el postoperatorio.

No haber encontrado la dirección particular del paciente.

Los datos se extrajeron del libro de pacientes ambulatorios situado en el Servicio de Cirugía del hospital, de los informes operatorios que poseen los jefes de cada servicio quirúrgico los cuales constituyeron la fuente secundaria de información.

Las encuestas confeccionadas por los autores y aplicadas a los pacientes en su domicilio después de un mes de operados constituyeron la fuente primaria de información.

La información fue almacenada en una base de datos y procesada mediante el paquete estadístico SPSS 15.0, donde se conformaron tablas de contingencia y de frecuencia. Se utilizó la estadística descriptiva.

Las variables estudiadas fueron: diagnósticos establecidos por los médicos de la familia, intervenciones quirúrgicas coordinadas por los médicos de la familia, pacientes curados y suturas retiradas por los equipos básicos de salud, complicaciones postoperatorias diagnosticadas y tratadas por los médicos de la familia, ingresos domiciliarios y estado de opinión de los pacientes.

Se conformó una escala evaluativa de acuerdo con los criterios de los autores, con el objetivo de evaluar cualitativamente y de manera estandarizada el trabajo realizado por el Equipo Básico de Salud.

Variables estudiadas	%	Puntos
Diagnósticos establecidos por los médicos de la familia:	< 50	1
	> 50	2
Operaciones coordinadas por los médicos de la familia:	< 50	1
	> 50	2
Complicaciones posoperatorias diagnosticadas por los médicos de la familia:	< 50	1
	> 50	2
Complicaciones posoperatorias tratadas por los médicos de la familia:	< 50	1
	> 50	2
Curas realizadas por los Equipos Básicos de Salud:	< 50	1
	> 50	2
Suturas retiradas por los Equipos Básicos de Salud:	< 50	1
	> 50	2
Casos ingresados en el domicilio por el Equipo Básico de Salud:	< 50	1
	> 50	2
Buena estado de opinión de los pacientes respecto al trabajo realizado por los Equipos Básicos de Trabajo.	< 50	1
	> 50	2

Escala evaluativa

Leyenda:

Puntos	Evaluación
8 - 10	mala
11 - 13	regular
14 - 16	buena

RESULTADOS

ARTICULOS ORIGINALES

El 50,5 % de las enfermedades quirúrgicas fueron diagnosticadas por los médicos de la familia. Además el 91,3 % de las afecciones benignas de las mamas y el 85,7 % de amigdalitis crónicas fueron diagnosticadas, algo que no sucedió con los varicoceles y los

Enfermedades quirúrgicas	Diagnósticos establecidos por los médicos de la familia.					
	SI		NO		Total	
	N	%	N	%	N	%
Hernias de la pared abdominal	31	31	69	69	100	100
Afecciones benignas de las mamas	21	91,3	2	8,3	23	100
Amigdalitis crónica	12	85,7	2	14,3	14	100
Litiasis vesicular	10	76,9	3	23,1	13	100
Lipomas gigantes	7	70	3	30	10	100
Várices superficiales	7	70	3	30	10	100
Síndrome del túnel carpiano	2	33,3	4	66,7	6	100
Hemorroides	3	75	1	25	4	100
Quistes de ovario	3	60	2	40	5	100
Fimosis	3	60	2	40	5	100
Varicoceles	-	-	3	100	3	100
Hidroceles	-	-	3	100	3	100
Total	99	50,5	97	49,5	196	100

hidroceles.(Tabla 1)

Tabla 1. Diagnósticos establecidos por los médicos de la familia

Se identificó 48 intervenciones quirúrgicas coordinadas por los médicos de la familia lo

que representa el 24,5 % del total de casos operados y el Equipo Básico de salud (EBS) curó a 131 pacientes lo que representa al 66,8 % de los casos estudiados. El 64,8 % de las suturas fueron retiradas por el médico o la enfermera de la familia.

El 52,2 % de las complicaciones posoperatorias fueron diagnosticadas por los médicos de la familia. Así como, el 71,4 % de las infecciones de las heridas quirúrgicas y el 66,7 % de las flebitis. Los médicos primaristas no diagnosticaron la dehiscencia de la herida quirúrgica. El 30,4 % de las complicaciones posoperatorias fueron tratadas por los médicos de la familia; de ellas las náuseas y vómito (100 %), las infecciones de la herida quirúrgicas (42,9 %) y la flebitis (33,3 %). Ningún seroma de la herida quirúrgica fue tratado por los médicos primaristas. (Tabla 2)

Complicaciones postoperatorias	Diagnosticadas por los médicos de la familia					
	SI		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Infección de la herida quirúrgica	5	71,4	2	28,6	7	100
Seroma de la herida quirúrgica	2	33,3	4	66,7	6	100
Cefalea Pos-raquídea	1	25	3	75	4	100
Flebitis	2	66,7	1	33,3	3	100
Náusea o vómitos	2	100	-	-	2	100
Dehiscencia de la herida quirúrgica	-	-	1	100	1	100
Total	12	52,2*	11	47,8*	23	100

Tabla 2. Agrupación de las complicaciones postoperatorias diagnosticadas

El EBS dejó de ingresar en el domicilio al 82,7 % de los pacientes. El 69,9 % de los pacientes tuvieron una buena opinión del trabajo realizado por el EBS durante su perioperatorio respecto al número de pacientes con malas opiniones. (Tabla 3)

Tabla 3. Agrupación de las complicaciones postoperatorias tratadas por los médicos de la familia

Complicaciones postoperatorias	Tratadas por los médicos de la familia					
	Si		No		Total	
	N	%	N	%	N	%
Infección de la herida quirúrgica.	3	42,9	4	57.1	7	100
Seroma de la herida quirúrgica.	-	-	6	100	6	100
Cefalea pos-raquídea	1	25	3	75	4	100
Flebitis	1	33,3	2	66.4	3	100
Náusea o vómitos	2	100	-	-	2	100
Dehiscencia de la herida quirúrgica	-	-	1	100	1	100
Total	7	30.4	16	69.6	23	100

Fuente: encuesta

En el comportamiento de las variables estudiadas, se aprecia cómo cinco variables arrojaron resultados favorables en más de un 50 %. También se muestra la sumatoria de puntos alcanzados por cada variable según la escala evaluativa aplicada son 13 puntos.

DISCUSIÓN

Durante todos estos años la Revolución cubana ha puesto a disposición de la Atención Primaria de salud (APS) grandes cantidades de recursos humanos y materiales, para garantizar que este subsistema de salud constituya la puerta de entrada de los pacientes al Sistema Nacional de Salud.⁸⁻¹⁰ Literaturas importantes

establecen que los médicos de la familia deben diagnosticar y resolver sin dificultad del 80 al 90 % de los problemas de salud que enfrentan, solo entonces podrán transferir al resto del sistema a los pacientes cuyas alteraciones no son susceptibles de detección y solución en el primer nivel de atención.¹¹⁻¹⁴

En este estudio se puede observar como los médicos de la familia de tres áreas de salud del municipio Camagüey, fueron capaces de diagnosticar a más de la mitad de los pacientes con enfermedades quirúrgicas que se les presentaron en sus consultorios y que posteriormente se operaron de forma ambulatoria en el Hospital Universitario Manuel Ascunce Domenech durante el año 2010. Estos resultados son aceptables porque en la práctica médica se ha comprobado que porcentos superiores de diagnósticos, son difíciles de alcanzar. Además se asemejan mucho a los resultados obtenidos por autores

ARTICULOS ORIGINALES

consultados,^{15, 16} quienes en sus series lograron realizar entre el 40 % y el 50 % de los diagnósticos respectivamente.

Los diagnósticos operatorios que con más frecuencia detectaron los médicos de la familia fueron las afecciones benignas de las mamas y las amigdalitis crónicas. Probablemente favorecido por la existencia de un programa nacional de detección precoz del cáncer de mama, lo que exige de estos médicos enfocar su sentido epidemiológico hacia el diagnóstico de lesiones en los senos que pudieran constituir signos de malignidad.¹⁷⁻²⁰

Por otra parte los diagnósticos que menos se realizaron por los médicos de la familia fueron los correspondientes a los pacientes con varicoceles e hidroceles. Tal vez relacionado con la escasez de síntomas y signos que brindan dichas enfermedades y con la poca privacidad que tienen algunos consultorios.

El médico general es el encargado de velar por el beneficio de las acciones de salud que reciben sus pacientes, sus familias y su comunidad; debe cumplir el papel integrador de los servicios, lo que cada día es más importante, si tenemos en cuenta el carácter altamente especializado de la medicina actual. El médico de la familia está preparado para elegir con mayor flexibilidad de pensamiento la ruta a seguir, mientras que otros especialistas que están habituados a un esquema general de actuación tienden involuntariamente a pensar

en el marco de sus maneras habituales de accionar.^{21, 22} De ahí que, por ejemplo, para algunos cirujanos, el análisis frente a un cuadro doloroso abdominal se circunscribe a la decisión de si se trata o no de un abdomen quirúrgico.^{2, 23-25} La función coordinadora del médico de la familia se realiza en el respeto de los principios éticos de beneficencia y no maleficencia, de autonomía y de consentimiento informado. El médico de la familia tiene que convertirse en el abogado del paciente, su familia y la comunidad, está en la obligación de explicarles las características de los procedimientos diagnósticos y de las acciones propuestas a realizar.²⁶⁻²⁹

El profesional de la APS puede ofrecer al resto de los niveles del sistema un mejor conocimiento de las características psíquicas, sociales y económicas del paciente, para contribuir a una valoración integral de la enfermedad y colaborar en la decisión de la terapéutica.^{2, 30} Todo esto permitirá en muchos casos, brevedad de la estancia hospitalaria y facilitará la continuación del proceso de atención integral del paciente, tanto para concluir su tratamiento como para la rehabilitación y resocialización. De igual forma, el profesional de la atención secundaria o terciaria puede colaborar con el especialista de medicina familiar en interconsultas solicitadas y puede facilitar los recursos diagnósticos, a petición de los profesionales primaristas.^{2, 30-33}

ARTICULOS ORIGINALES

En esta investigación, no se cumple exactamente con lo anteriormente expuesto, pues más de la mitad de los médicos de familia no coordinaron oficialmente las operaciones con los cirujanos; lo que contrasta con los resultados obtenidos por investigadores respecto al tema.^{27, 32}

Se cree fundamentalmente se deba a que todavía la cultura sanitaria de muchos pacientes apunta hacia los hospitales, provocando un flujo directo hacia ellos; algo que no es suficiente para justificar los resultados obtenidos en esta serie. Porque cuando un médico ocupa el rol que le corresponde en la sociedad y encamina su trabajo a conocer las particularidades de su población, a través de los instrumentos establecidos, no tiene por qué estar ajeno a los padecimientos de sus pacientes.^{33, 34}

En la presente investigación se pudo observar como el EBS curó a casi dos tercios de los pacientes; protegió a los pacientes de complicaciones posoperatorias relacionadas con la infección de la herida quirúrgica y evitó la molestia de acudir a otros tipos de servicios a veces no calificados. Esto se corresponde con la afirmación del profesor García Gutiérrez, et al,¹ quien expone en su libro que la atención posoperatoria de los pacientes quirúrgicos ambulatorios está completamente garantizada en sus áreas de salud sin necesidad de que estos acudan a la atención secundaria.

Similarmente ocurre con las suturas retiradas por el EBS, quienes retiraron casi dos tercios del total de ellas. Estos resultados son aceptables y se asemejan a los de autores consultados.^{5, 10} Otras referencias revisadas,^{14, 17} identifican que se retiran alrededor del 50 % de las suturas en los consultorios, el 30 % en los domicilios, el 10 % en los policlínicos comunitarios y el 10 % en los hospitales.

El médico y la enfermera de familia más que otro trabajador de la salud deben estar conscientes de lo importante y humana que es la labor que realizan y que ante cualquier situación que se les presente debe primar el deseo de hacer el bien. También deben comprender que a la atención primaria se le asignan un grupo de recursos materiales, para descongestionar un poco la asistencia hospitalaria, que se ve afectada debido a las gratuidades que proporciona y a la falta de conciencia de los pacientes que acuden sin medida, e indicación a estos servicios.^{34 - 36}

Es importante resaltar que ninguna intervención quirúrgica, por muy sencilla que parezca, está exenta de complicaciones. Por lo tanto aunque los procedimientos ambulatorios se reservan todavía a las cirugías de menor complejidad, hay que tener mucho cuidado, primero porque cada vez se incluyen técnicas más complejas a esta modalidad y segundo porque habitualmente después que el paciente se va para su casa, a veces definitivamente el vínculo con el cirujano que practicó la cirugía

ARTICULOS ORIGINALES

se pierde, algo que puede traer nefastas consecuencias.^{1, 2, 34}

Se pudo constatar que poco más de la mitad de las complicaciones posoperatorias, fueron diagnosticados por el EBS, cuando teóricamente deberían ser la mayoría, si se tiene en cuenta que este colectivo de trabajadores está en la primera línea, por decirlo de alguna manera.^{1, 2, 35}

Si embargo, estos resultados se asemejan a los reportados por Domínguez Lanuza, et al,⁹ y Castagneto¹¹, quienes reflejan que los médicos generales de sus series no sobrepasan el 60 % de complicaciones posoperatorias diagnosticadas. Esto puede estar influido por el bajo índice de operaciones coordinadas por los médicos de la familia, quienes en muchas ocasiones no conocen la totalidad de los pacientes que se someten a cirugías ambulatorias dentro de sus comunidades. También puede estar favorecido por el bajo índice de ingresos domiciliarios que muestra esta investigación, ya que si el médico general sigue diariamente los pacientes en sus respectivos hogares; es muy difícil que se le escapen los diagnósticos de las complicaciones posoperatorias.

Las complicaciones posoperatorias fundamentalmente diagnosticadas por los médicos de la familia fueron en orden de frecuencia: las infecciones de las heridas quirúrgicas, la flebitis y las que menos se

diagnosticaron fueron: los seromas y las dehiscencias de las heridas quirúrgicas.

Lo que sí está claro es la importancia que tiene diagnosticar oportunamente cualquier tipo de complicación; esto indudablemente ayudaría a disminuir la incidencia de reingresos hospitalarios y de reintervenciones quirúrgicas.

¹

Si bien es importante que los médicos y las enfermeras de familia diagnostiquen las complicaciones posoperatorias que aparezcan en estos pacientes, también es necesario que sean capaces de tratarlas de inmediato y no esperen a la interconsulta programada por los cirujanos; que en ocasiones demoran más de una semana. En este estudio los médicos de los consultorios trataron solo un tercio de las complicaciones posoperatorias que aparecieron en los pacientes y se encontraron diferencias respecto a los casos no tratados, lo que contrasta con referencias consultadas.^{4, 7,}

^{9, 16}

Se pueden citar en orden de frecuencia como complicaciones posoperatorias principalmente tratadas, a las infecciones de las heridas quirúrgicas, la flebitis. Otras complicaciones como los seromas y las dehiscencias de las heridas quirúrgicas no fueron tratadas por los médicos generales. Si embargo, se considera aceptable que los médicos primaristas no hayan tratado estas afecciones, partiendo de que estas requieren un nivel mayor de

ARTICULOS ORIGINALES

especialización para ser tratadas correctamente.¹ No obstante, se considera necesario aún continuar en el fomento de la iniciativa de los EBS frente a las complicaciones posoperatorias. Recuerden que la APS cuenta con policlínicos bien equipados, con mejor cobertura incluso que muchos hospitales para realizar pruebas diagnósticas y coordinar la utilización de medicamentos de uso gratuito para los pacientes.² Otras de las variantes son, las salas integrales de rehabilitación, con personal calificado y adiestrado en dolencias y padecimientos que no requieren precisamente de terapia medicamentosa.

En este estudio más del 80 % de los pacientes quedaron sin ingresar en el domicilio; cifra realmente baja si analizamos que se trata de consultorios ubicados en áreas de salud urbanas accesibles para los médicos y las enfermeras de la familia. Esto difiere con los resultados de Saura, et al,¹² y Rugby,¹³ quienes en sus trabajos plantean la necesidad de incrementar los ingresos domiciliarios.

Se piensa que las presiones asistenciales que poseen muchos médicos de la familia, sobretudo, los que atienden a más de 2 000 pacientes y tienen que garantizar además los programas priorizados de la Revolución, puede haber contribuido con la baja incidencia de ingresos domiciliarios; no obstante se puede hacer más, con el provecho de la

reestructuración que actualmente experimentan los consultorios de la familia, donde cada uno contará con un médico. Esta estrategia reducirá considerablemente el número de familias a atender y se garantiza la calidad de la atención médica sin afectar tanto a los EBS.

Los ingresos domiciliarios contribuyen a disminuir la incidencia de las complicaciones posoperatorias, también permiten el diagnóstico, el tratamiento y la resolución de las mismas sin contar que muestran el verdadero protagonismo que tienen los médicos y enfermeras de familia frente al paciente quirúrgico ambulatorio.¹⁵⁻¹⁷

La opinión de los pacientes acerca del trabajo desempeñado por el EBS es una variable subjetiva que refleja directamente el grado de satisfacción de la población con el servicio que se les brindó.

Con esta serie se pudo determinar que las dos terceras partes de los pacientes mostraron buena opinión respecto al trabajo realizado por el EBS. Estos resultados se asemejan a los obtenidos por Viña Pérez, et al,¹⁴ quien en su estudio muestra buena conformidad de los pacientes con la asistencia médica recibida. Se piensa sea debido a que los médicos y enfermeras de la familia visitan los casos a sus viviendas y les brindan apoyo a los pacientes aunque no estén ingresados. Otras veces los pacientes se trasladan a los consultorios espontáneamente y allí son bien tratados.

ARTICULOS ORIGINALES

Con la finalidad evaluar el trabajo realizado por el EBS a los pacientes quirúrgicos ambulatorios se confeccionó una escala evaluativa. Dicha escala se le aplicó a cada una de las variables estudiadas y la sumatoria de puntos de las ocho variables utilizadas en esta serie fue, de 13 puntos lo que se corresponde con una evaluación regular, es decir según la observación cuantitativa de los resultados de las variables cualitativas se puede afirmar que el trabajo realizado por el EBS fue regular. No se encontró estudios donde se aplicara una escala como la anteriormente citada.

CONCLUSIONES

Se evidenció en el estudio que el trabajo realizado por los médicos y las enfermeras de la familia, a los pacientes quirúrgicos ambulatorios fue regular; relacionada principalmente en que solo la cuarta parte de las intervenciones quirúrgicas fueron coordinadas por los médicos de la familia y que menos de la quinta parte de los pacientes fueron ingresados en el domicilio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Cirugía. 4ta ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
2. Álvarez Síntes R. Medicina General Integral. 2da ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2008.
3. Álvarez Rodríguez JM, Martínez Cabrera AM. Resultados de la cirugía menor en un consultorio del médico de familia en Baire. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 2006 [citado 20 abr 2010]; 16(2): [aprox. 12p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192000000200012&Ing=es&nrm=iso
4. Quintana Díaz JC, Ceja Amate C. Cirugía mayor ambulatoria maxilofacial: Apoyo del médico de familia. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2008 [citado 20 abr 2010]; 35(3): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75071998000300004&Ing=es&nrm=iso
5. Martínez Ramos G, Torres Fragueta S, González Delis R, Garrido Lena LI. Comportamiento de la cirugía mayor ambulatoria: Estudio de 5 años. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 [citado 20 abr 2010]; 42(4): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932003000400005&Ing=es&nrm=iso
6. Pérez Fouces F, Rodríguez Ramírez R, Puerta Álvarez JF, González Rondón P L. Cirugía mayor ambulatoria en el servicio de cirugía general. Rev Cubana Cir [Internet]. 2008 [citado 20 abr 2010]; 39(3): [aprox. 3p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?>

ARTICULOS ORIGINALES

- script=sci_arttext&pid=S0034-7493200000300002&Ing=es&nrm=iso
7. Abraham Arap A. Hernias inguinales y crurales (hernias de la ingle). Rev Cubana Cir [Internet]. 2009, [citado 20 abr 2010]; 48(2): [aprox. 3p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000200010&Ing=es&nrm=iso.
 8. Armas Pérez B, Reyes Balseiro E, Dumenigo Areas O, González Menocal O. Hernias inguinales bilaterales operadas con anestesia local mediante hernioplastia de Lichtenstein. Rev Cubana Cir [serie en Internet]. 2009 [citado 20 abr 2010]; 48(1): [aprox. 2p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932009000100007&Ing=es&nrm=iso
 9. Domínguez Lanuza JC, Zamora Santana O, Rodríguez Reyes J F, Rodríguez Soto M E. Cirugía general mayor ambulatoria y de corta hospitalización: Experiencia de 5 años de trabajo. Rev Cubana Cir [Internet]. 2007 [citado 20 abr 2010]; 38(1) [aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74931999000100010&Ing=es&nrm=iso
 10. Rodríguez Rivero A, Valdes Mesa PG, Armas Darias, JC, Valdes Leyva FR. Comportamiento de la cirugía mayor aplicada a pacientes ambulatorios. Rev Cubana Cir [Internet]. 2010 [citado 20 abr 2010]; 40(1): [aprox. 4p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932001000100006&Ing=es&nrm=iso
 11. Castagneto GC. Experiencia de 5 años de una Unidad Satélite de Cirugía Ambulatoria. Rev. Argent. Cirug. 2008;85(5):216-224.
 12. Saura de la Torre I, Hernández Vergel L, Rodríguez Brito ME. Ventajas del ingreso en el hogar como forma de atención ambulatoria. Rev Cubana Med Gen Integr. 2008;14(5):494-8.
 13. Rugby Ugarte M. Diez años de experiencia en una unidad de base hospitalaria. Rev Med Hosp Gen Mex. 2009;68(2):71-75.
 14. Viña Pérez O, López Montaña JL, Gafas González C, Duménigo Arias O. Ingreso domiciliario en un consultorio del médico de la familia. Archivo Méd Camagüey [Internet]. 2002 [citado 20 abr 2010]: 6(1): [aprox. 12p.]. Disponible en: <http://www.amc.sld.cu/amc/2002/v6n1/472.htm>
 15. De la Barra S, Zelada JB. Biopsia hepática percutánea en pacientes ambulatorios: Experiencia clínica de 23 casos. Rev Gastroenterol. Latinoam. 2010;21(2):77-80.

ARTICULOS ORIGINALES

16. González Escalante A. Análisis de la situación de salud de la comunidad, su importancia como actividad docente en la atención primaria de salud. *Educ Med Super.* 2006;20(2): 42-9.
17. 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 21 abr 2010]; 24(2): [aprox. 9p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200013&lng=es&nrm=iso
18. Luzardo Silveira E, Rodríguez Ramírez Rafael. Ventajas de la cirugía mayor ambulatoria en situaciones de urgencia médica. *Medisan.* 2009;13(3):45-56.
19. Cuesta Mejías L. El ingreso en el hogar y el fortalecimiento de la atención primaria de salud. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2007;13(3): 205-6.
20. Pita Navarro F, Machín Izquierdo D, Gómez Salej M, Blanco Portilla MC. Ingreso en el hogar: análisis de un año de trabajo. *Rev Cubana Enferm.* 2006;9(2):81-6.
21. Dos Santos JS, Wilson Salgado Jr. Cirugía ambulatorial: do conceito à organizacao de servicos e seus resultados/ Out patient surgery: the concept, organization of the program and its results. *Medicina.* 2008; 41(3):274-286.
22. Barbagelata G. Complicaciones posoperatorias ambulatoria. *Rev Chil Cir.* 2010; 63(2):186-190.
23. Zuzanne CS. *Enfermería Médico Quirúrgica.* 7 ed. México, DF: Editorial Interamericana; 2008.
24. Saralegui C, Rodríguez J. 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):12-19.
25. Davis JE. Centro de Cirugía Mayor Ambulatoria y su desarrollo. *Clin Quirur Norteam.* 2008;4:685-91.
26. Mederos O, Pargás A, Ruiz J, Gutiérrez A, Peraza E, del Castillo AG. Cirugía ambulatoria mayor en coordinación con el Médico de Familia. Estudio de 254 enfermos. *Rev Cubana Med Gen Integr* 2006;7(3):243-7.
27. Cabrera R, Zamora O, Domínguez JC, Alonso E, Cabrera JC, Cárdenas I de. Cirugía ambulatoria mayor. Estado de satisfacción. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1991;7(3):210-4.
28. Paredes JC, Hernández R, Castañeda H, Rodríguez AT. Cirugía mayor ambulatoria del paciente mayor ambulatorio. I Parte. *Rev Cubana Estomatol.* 2007;28(2):106-11.

ARTICULOS ORIGINALES

29. Paredes JC, Hernández R, Fernández D. Cirugía mayor ambulatoria del paciente maxilofacial. II Parte. Rev Cubana Estomatol.2008;28(2):112-7.
30. Placoch E. Cirugía plástica mayor del paciente ambulatorio. Clin Quirur Norteam. 2007;4:891-5.
31. Davis JE. Selección de pacientes para cirugía mayor ambulatoria. Evaluaciones quirúrgicas y anestésicas. Clin Quirur Norteam.2009;4:137-47.
32. Davis JE. Futuro de la cirugía mayor ambulatoria. Clin Quirur Norteam. 2009;4:921-30.
33. Joya R, Padrón R. El médico de la familia. Estudio preliminar en Ciudad de La Habana. Rev Cubana Salud Pública. 2009;(3):128-37.
34. Medina Blás A, Mitsui N, Centurión OD. Cirugía mayor ambulatoria. Programa piloto en el Hospital IPSûLuque. Cir. Parag. 2009;32(1):15-24.
35. Sansó Soberats FJ. Una interrelación efectiva: el gran reto para funcionar como sistema. Rev Cub. Med. Gen. Integ. 2006;15(1): 5-6.

Recibido: 20 de marzo de 2012

Aprobado: 22 de octubre de 2012