

Universidad de Ciencias Médicas de Holguín
Filial de Ciencias Médicas de Mayarí
Lidia Doce Sánchez

Maestría en Educación Médica

Entrenamiento en Cirugía menor para Médicos Generales Integrales

Autor: Dr. Leandros Alberto Pérez García

Tutor: MsC. Dr. Ademar Agüero Uliver

Memoria escrita para optar por la condición de Máster en Educación Médica

2022

“... tenemos que preocuparnos mucho en el futuro por la superación de los médicos, aunque no sean profesores, y tendremos que establecer sistemas de perfeccionamiento para nuestros médicos. Es imprescindible, porque la medicina evoluciona constantemente, y no se puede estar al día en la medicina sin un estudio constante, sin una superación constante”

Fidel Castro Ruz

DEDICATORIA

A mi esposa, por su amor y su constancia incesante en mi superación profesional

A mis padres por darme lo mejor de sí

A mis suegros y cuñada por su cariño y apoyo incondicional

AGRADECIMIENTO

Al DrC. Pedro Díaz Rojas por su sabiduría, dedicación, profesionalidad y apoyo durante la maestría, por ayudarme a ser mejor profesor.

A mi tutor, Dr. Ademar Agüero Uliver por dedicar parte de su tiempo a ayudarme.

Al colectivo de profesores de la maestría por su dedicación y enseñanza.

A mis familiares y amigos que estuvieron presentes de una manera u otra durante este tiempo.

ÍNDICE

Pensamiento	
Dedicatoria	
Agradecimiento	
Resumen	
Introducción	1
Marco teórico	6
Objetivos	25
Diseño Metodológico.....	26
Análisis y discusión de los Resultados	34
Conclusiones	58
Recomendaciones	59
Referencias bibliográficas	60
Bibliografía consultada	74
Anexos	i

RESUMEN

Introducción: Las transformaciones en la atención primaria de salud llevan a modificar la formación y preparación del recurso humano. El posgrado tiene un importante rol en el perfeccionamiento y superación de los profesionales que laboran en ese nivel de atención, considerado base del sistema de salud cubano. Las actividades de Cirugía menor que se realicen en atención primaria suponen una mejora para el paciente, el profesional y el sistema de salud.

Objetivo: Diseñar un entrenamiento en Cirugía menor para médicos generales integrales.

Método: Se realizó una investigación de desarrollo con enfoque mixto, desde enero hasta noviembre del 2021, en el Hospital General Universitario Mártires de Mayarí. Se seleccionaron 58 médicos generales integrales y 8 cirujanos a través de un muestreo no probabilístico intencional.

Resultados: El 55,2 % de los médicos generales consideró tener bajo nivel de conocimientos en cirugía menor. Los queloides, ganglios y cicatrices fueron remitidos por 100,0 % de los médicos y 50,0 % de ellos cumplió adecuadamente las medidas de asepsia y antisepsia. 75,0 % de los cirujanos y 67,2 % de los médicos generales opinaron que las habilidades influyeron en el desempeño, por lo que se diseñó un entrenamiento en Cirugía menor.

Conclusiones: El nivel de conocimientos de los médicos generales fue predominantemente bajo. La mayoría de ellos remitió a segundo nivel de atención las lesiones superficiales. Existieron dificultades en la ejecución de los procedimientos. Se diseñó un entrenamiento sobre tratamiento a las lesiones superficiales y de urgencias en Cirugía menor en atención primaria.

DeCS: procedimientos quirúrgicos menores, atención primaria de salud, médicos generales.

ABSTRACT

Introduction: Transformations that are carried out in primary health care lead to modify the training and preparation of human resources. Postgraduate course has an important role in the improvement of professionals who work at this level of care, considered the basis of the Cuban health system. Minor surgery activities that are relocated in primary care represent an improvement for patient, professional and health system.

Objective: To design a training program in minor surgery for comprehensive general practitioners.

Method: A developmental investigation with a mixed approach was carried out, from January to November 2021, at General Hospital Martires de Mayari. 58 comprehensive general practitioners and 8 surgeons were selected through an intentional non-probabilistic sample.

Results: 55.2 % of general practitioners considered having a low level of knowledge in minor surgery. Keloids, nodes and scars were referred by 100.0 % of doctors and 50.0 % of them adequately complied with the asepsis and antisepsis measures. 75.0 % of surgeons and 67.2 % of general practitioners believed that skills influenced performance, so training in minor surgery was designed.

Conclusions: The knowledge level of general practitioners was predominantly low. Most of them referred superficial injuries to second level care. There were difficulties in the execution of the procedures. Training was design about treatment of superficial injuries and emergencies in minor surgery in primary care.

MeHS: minor surgical procedures, primary health care, general practitioners.

INTRODUCCIÓN

Los desafíos de la Educación Superior para el siglo XXI requieren de un nuevo proceso educativo, fundamentado en los principios de excelencia, calidad y pertinencia, según declaraciones de Añorga en la cita de Borges.¹

La educación en el pregrado, se encarga de la formación universitaria o estudios de grado mediante la preparación básica para que la persona adquiera competencias en determinadas áreas del conocimiento, por lo cual se otorga un título, que permite ejercer como profesional en esa esfera. La docencia de pregrado en Medicina, por ejemplo, prepara doctores o licenciados en Medicina, según las titulaciones que ofrecen para ejercer como médicos en diferentes niveles de atención, con independencia del sistema de salud que exista en ellos.²

En Cuba, el egresado obtiene el título de Doctor en Medicina o Licenciado en las diversas especialidades como Enfermería y diferentes ramas de Tecnología de la salud, donde los nuevos conocimientos son adquiridos en esta primera etapa y dan paso a la formación académica de posgrado como continuidad del proceso educativo, que se convierte en permanente a lo largo de la vida.^{3,4}

En la sociedad moderna, la educación superior atiende la formación de los profesionales, con la misión de conducir de forma científica los procesos esenciales del desarrollo humano, unido a su capacidad de insertarse, adaptarse y promover el cambio sistemático, para aportar un nuevo significado al aspecto laboral, que exprese el equilibrio entre la calidad de la formación y la de los profesionales.³

La universidad médica tiene la misión de formar profesionales preparados integralmente, capaces de solucionar los problemas de salud actuales. Toda sociedad aspira a que los egresados en las escuelas de formación de recursos humanos en salud sean ciudadanos técnicamente competentes, que cumplan con las funciones definidas en su perfil profesional.⁵

La formación competente de profesionales, ha pasado de una mera exigencia a una necesidad. Esto hace que sea una prioridad a escala planetaria, pasar de la sociedad de la información, a una que genere conocimientos en todos los campos y áreas del saber, cuyo impacto sea el mejoramiento y desarrollo de la vida del ser humano. Es una exigencia actual de disímiles aristas que el profesional sea capaz de desempeñarse con autenticidad e idoneidad, según sean los procesos, dinámicas y relaciones de las funciones o actividades que debe realizar.^{6,7}

La educación de posgrado es diversa y compleja. En Cuba, tiene como objetivo promover la educación permanente de los graduados universitarios y su actualización sistemática, lo que posibilita un mejor desempeño en sus actividades profesionales y académicas, así como el enriquecimiento de su acervo cultural y científico.^{8,9}

En el posgrado concurren uno o más procesos formativos y de desarrollo, no solo de enseñanza-aprendizaje, sino de investigación, innovación, creación artística y otros, que articulados de manera armónica garantizan su factibilidad y pertinencia.¹⁰

La educación posgraduada enfatiza en el aprendizaje colectivo, la integración en redes, el desarrollo de la investigación, la tecnología, la cultura y el arte, en busca de una alta competencia profesional e innovadora. El logro de sus objetivos va en dirección en espiral, cada uno de sus componentes juega un papel fundamental, por lo tanto es imprescindible lograr la efectividad y capacidad para cumplir su encargo social.¹⁰

La educación de posgrado en el Sistema Nacional de Salud (SNS) cubano tiene, entre sus objetivos fundamentales, la superación continua y sistemática de los profesionales, así como el desarrollo de habilidades y destrezas, que unido a la política social de salud, genera oportunidades de establecer una dinámica alternativa en la búsqueda de contenidos más cercanos a las necesidades y los valores sociales contextuales.^{14,15}

En las ciencias médicas existen principios que rigen la educación de posgrado y, de manera particular, condicionan la organización, ejecución y control del proceso docente educativo, como son: la integración docente-asistencial-investigativa, la vinculación estudio-trabajo y teoría con la práctica, la educación en el trabajo como forma de organización de la enseñanza predominante, la enseñanza tutorial, así como la educación continuada y permanente.^{14,15}

La superación profesional involucra un conjunto de procesos educacionales de adquisición de conocimientos, habilidades, valores y valoraciones, que posibilitan a los graduados universitarios alcanzar un nivel cualitativamente superior desde el punto de vista profesional y científico.^{14,15}

Las propuestas de actividades de superación profesional en la Educación Médica, deben responder a las exigencias de los escenarios docentes y centros de trabajo en los diferentes niveles de atención de salud pública, además de corresponderse con las necesidades de aprendizaje de los profesionales de la salud, así como favorecer al perfeccionamiento de los conocimientos y habilidades que estos requieren para su

desempeño en la docencia, la investigación, la aplicación tecnológica o el ejercicio especializado de una profesión.¹⁶

En el diseño e implementación de las actividades de superación, predominan los aprendizajes epistemológicos, didácticos e investigativos, que de forma articulada puedan contribuir al logro de los objetivos de superación propuestos.¹⁶

En la actualidad, las nuevas transformaciones que se realizan en el nivel primario de atención de salud llevan a modificar la formación y preparación del recurso humano, lo que se sustenta sobre la base de la integración plena en el trabajo, premisa que tiene como objetivo formar profesionales que den respuesta a las necesidades presentes y perspectivas de desarrollo social del país.⁴

Está reconocido que la Atención Primaria de Salud (APS), es el principal eslabón para la integración de un sistema de salud en cuanto a niveles de complejidad en la prestación de servicios y aplicación de estrategias de salud de impacto nacional. La posibilidad de abordajes investigativos desde esta perspectiva es, por consiguiente, muy amplia.^{11,12}

El posgrado en la APS, tiene un importante rol en el perfeccionamiento y superación de los recursos humanos que laboran en ese nivel de atención, toda vez que es la base del sistema de salud cubano. La actualización y educación permanente de sus profesionales a través de diferentes figuras de posgrado, garantiza sin dudas un óptimo desempeño en función de una mejor atención, docencia e investigación, encaminados a resolver los problemas de salud de la población y por ende, contribuye a lograr una mayor calidad de vida en la comunidad que atiende.¹³

México y España son países que se encuentran a la vanguardia en el intento de incrementar la preparación de los médicos generales para incursionar en las actividades quirúrgicas simples, con programas de posgrado que incorporan el sistema de conocimientos que faltó durante la formación de pregrado y por lo cual no desarrollan en estas prácticas.

En Cuba, los planes de estudio de las carreras en Educación Médica, han tenido diferentes cambios para su perfeccionamiento continuo, de acuerdo a los requerimientos provenientes del sistema de salud, o en busca de un mejor desarrollo del proceso docente educativo, en respuesta a los avances científicos del mundo y las tendencias de la Educación Médica, orientado a la APS.²

En el plan de estudio de este profesional, dentro de los objetivos generales, se plantea que el egresado debe lograr mediante el proceso docente educativo, la realización de las funciones previstas y el uso de métodos para dar solución a los problemas de salud que enfrentará una vez graduado. Con esto se contribuye a una formación profesional más integral.^{17,18}

Desde la asignatura Cirugía se prepara al estudiante de medicina, para identificar, prevenir y, si es posible, tratar los problemas de salud relacionados con las patologías quirúrgicas más frecuentes. Esto significa incorporar contenidos indispensables para el logro de estos objetivos, con lo que se contribuiría, sin lugar a dudas, a elevar la calidad de la asistencia médica al pueblo cubano.^{17,18}

No obstante, aún existen dificultades en ciertas competencias profesionales específicas que pueden considerarse vitales para una APS con la calidad a la que se aspira,² y que podrían enriquecerse mediante la implementación de cursos de las distintas especialidades de la medicina dirigidos a posgraduados para su mejor desempeño profesional, pues posibilitan la formación básica y especializada de los graduados universitarios.¹⁸

En la APS de países europeos como Holanda, Suecia e Inglaterra, o Estados Unidos y Canadá en Norteamérica, la práctica de Cirugía menor (CM) está altamente desarrollada. En esas regiones, estas actividades resultan habituales entre los médicos de atención primaria, lo que contribuye a dotar a ese nivel asistencial de una mayor capacidad resolutive y a generar confianza y prestigio ante la población.

En Cuba, la actividad quirúrgica menor favorece a un número considerable de casos, cifras que han ido en ascenso (solo disminuyeron durante el período crítico de COVID-19), sin embargo, estas cirugías han sido practicadas, en su mayoría, por especialistas del segundo nivel de atención.

En el municipio Mayarí se han realizado actividades dirigidas a la formación posgraduada, tanto diplomados como cursos que tributan a varias especialidades, pero hasta el momento ninguno relacionado con la Cirugía general; donde se incluye la realización de las técnicas de CM desde la APS.

Los programas de CM que se realizan en atención primaria, suponen una mejora de ciertos aspectos en diversas áreas, aunque uno de los puntos de vista más relevantes sería el de la gestión sanitaria. Desde una aproximación a la literatura internacional existen estudios que afirman que los sistemas sanitarios basados en una APS fuerte,

conlleven menor gasto sanitario, con importantes diferencias en función de la tasa de remisión al especialista. Esto se puede explicar en gran parte por la variación en el abordaje de las distintas intervenciones terapéuticas, entre ellas la CM.¹⁹

La CM se concibe como formativa, de prioridad en el tratamiento de problemas de la piel y para la cual se deben tener conocimientos para realizar escisiones de lesiones superficiales y extirpaciones de lesiones subcutáneas, por tanto es un servicio que todo centro de salud docente debería brindar. En los últimos años se ha establecido como actividad programada dentro de la consulta y se incluye en el programa de formación de la especialidad de medicina de familia.¹⁹

La calidad de un servicio de salud parte, en primer orden, del nivel de competencia y desempeño de sus trabajadores en el cumplimiento de sus funciones laborales y sociales. Motivar a los profesionales y técnicos de la salud a mejorar su desempeño y adoptar la superación profesional permanente como un estilo de vida en este nuevo milenio, no es solo importante, sino necesario, para poder satisfacer el encargo de la sociedad socialista y del internacionalismo en salud.²⁰

Justificación de la investigación.

La especialidad Medicina General Integral forma un profesional con perfil abarcador, que debe estar preparado para, en su práctica diaria, solucionar problemas de baja complejidad que afectan con frecuencia a la población.

Sin embargo, en el municipio Mayarí, los MGI, en su mayoría, presentan dificultades en el seguimiento al paciente operado, en la toma de decisiones en cuanto a tratamientos quirúrgicos de atención primaria o secundaria y en habilidades básicas que fueron vencidas durante el pregrado. Esto se ha podido constatar tanto en los consultorios médicos como en el cuerpo de guardia de urgencias donde en muchas ocasiones la solución que dan es la remisión al segundo nivel de atención.

Por lo anteriormente expuesto y en consideración de que el MGI es un especialista que dispone de los conocimientos y habilidades para garantizar una atención integral, se plantea el siguiente **problema científico**: ¿Cómo contribuir al desarrollo de habilidades en Cirugía menor de los médicos generales integrales del municipio Mayarí?

MARCO TEÓRICO

Educación de posgrado.

La educación de posgrado, entendida también como educación avanzada y, en relación directa con lo establecido en la actualidad por la Organización Mundial de la Salud (OMS), como educación permanente, se define como el conjunto de procesos dirigidos a garantizar la preparación de los egresados universitarios y profesionales en su entorno laboral, con el propósito de completar, actualizar, profundizar los conocimientos, habilidades y valores que se necesitan alcanzar para un mejor ejercicio profesional, en correspondencia con los avances científicos y tecnológicos, así como las necesidades de las entidades en que se desarrollan.²¹

Como uno de los modelos alternativos de formación de los recursos humanos en el contexto laboral, la formación continuada permanece aún en un cuadro nebuloso en los sistemas educativos, que en muchos casos asume solamente una expresión normativa. Eraut (1987), citado por Teixeira y Santos (2003), expresa que la formación permanente y continuada está marcada por cuatro paradigmas:

- El primer paradigma es de la deficiencia, caracterizado por:
 - El recurso laboral presenta laguna de formación debido a la desactualización de la formación inicial y a la falta de competencias prácticas.
 - La formación permanente y continuada surge como una acción del completamiento de saberes y destrezas o de respuestas a necesidades reconocidas como prioritarias, más por la administración que por los recursos laborales.
 - La determinación de áreas prioritarias (impuestas a los trabajadores) y la tipología (predeterminada) de la formación son algunas de las características de este paradigma en que prevalece la lógica de la administración.
- El paradigma de crecimiento es el segundo y está orientado a:
 - La formación permanente y continuada del recurso laboral. Este paradigma está situado en una lógica de experiencia personal y tiene como finalidad el desarrollo profesional.
 - Dar valor a la experiencia personal y profesional de los sujetos que asumen un papel activo en su trabajo.
- El cambio es el tercer paradigma basado en el criterio siguiente: La formación es planificada como un proceso de negociación y colaboración dentro de un espacio

abierto, que son los centros de la producción y los servicios, así como los centros donde se formó recurso humano, en función de la necesidad de reorientar los saberes y competencias hacia el mercado laboral.

- El último paradigma se denomina solución de problemas y parte del principio de que en el contexto laboral es un espacio donde emergen constantemente problemas vinculados con la actuación y el desempeño de los recursos laborales.

Las dificultades son mejor solucionadas cuando se tiene un diagnóstico de los problemas y las potencialidades, en tanto son los actores quienes más directamente intervienen en las situaciones laborales reales.²²

Al analizar las características de cada uno de los cuatro paradigmas de la formación permanente y continuada, las competencias profesionales constituyen un denominador común entre ellas, pero siempre con la preocupación centrada en la mejoría de los servicios laborales y educativos, o sea, el perfeccionamiento laboral o profesional del recurso humano, así como de los docentes, facilitadores y capacitadores que conduce un proceso de cambio ajustado a las necesidades formativas de la sociedad.^{22,23}

El autor coincide con López Espinosa²⁴ cuando refiere: “La educación continuada y permanente es la vía para la adquisición de competencias en los servicios asistenciales, docentes e investigativos, por ello, se hace necesaria una adecuada ejecución, como estrategia, en las universidades médicas cubanas”.

La formación permanente y continuada comprende una variedad de experiencias y se sustenta en los siguientes preceptos:

- La educación continua o permanente no es un fin en sí misma, sino un medio para alcanzar el fin de lograr una mayor capacidad de los trabajadores de la salud para provecho de la población a la que sirven.
- El contenido de la educación permanente debe estar directamente relacionado con los problemas de la práctica profesional.
- En su proceso docente-educativo, la educación permanente adopta las más novedosas estrategias pedagógicas transformadoras, activas, dinámicas, flexibles, realistas, vinculadas al mundo del trabajo y de la profesión, integradas a los servicios de salud y a la investigación científica, biomédica, médico-social y educacional.²²

La superación profesional, según Añoga,¹ es el conjunto de procesos de enseñanza-aprendizaje que posibilita a los graduados universitarios la adquisición y

perfeccionamiento continuo de conocimientos y habilidades requeridas para un mejor desempeño en sus responsabilidades y funciones profesionales. Constituyen sus principales formas organizativas: el curso, el entrenamiento y el diplomado. Otras formas son: la autopreparación, la conferencia especializada, el seminario, el taller y el debate científico, además de aquellas que complementan y posibilitan el estudio y la divulgación de los avances del conocimiento, la ciencia, la tecnología y el arte, establecidas por el reglamento de posgrado.^{25,26}

Las actividades de superación profesional son avaladas por un sistema de créditos académicos, como unidad de medida que expresa el grado de extensión y profundidad de los contenidos en un programa de educación de posgrado, así como los resultados alcanzados en el desarrollo y producción intelectual y científica de los profesionales durante su desempeño en el Sistema Nacional de Salud.^{25,26}

Los créditos académicos, se otorgan al considerar cumplidos los objetivos de las actividades planificadas, en dependencia del tipo de actividad de superación y la cantidad de horas totales. Para cada actividad capacitante, se debe elaborar un programa docente que facilite la aplicación del sistema de créditos académicos y eleve la calidad de los recursos humanos.^{21,25,26}

Todas las propuestas deben responder a las exigencias del puesto de trabajo y corresponderse con las necesidades de los profesionales para realizar sus funciones asistenciales, docentes, investigativas y gerenciales. Esto posibilita, además, mejor planificación, organización, monitoreo y control de la superación y desarrollo profesional, en función de contribuir al incremento de la calidad de los servicios de salud que se brindan a la población.^{21,25,26}

El curso contribuye a la formación básica y especializada de los graduados universitarios. En él se organiza un conjunto de contenidos, en función de los objetivos a lograr, que abordan resultados de investigaciones relevantes o aspectos trascendentes de actualización científico-técnica, con el propósito de complementar y actualizar los conocimientos de los profesionales que lo reciben.^{15,27,28}

El entrenamiento, se define por algunos autores como un proceso educacional a corto plazo aplicado de manera sistemática y organizada, mediante el cual las personas aprenden conocimientos, aptitudes y habilidades en función de objetivos definidos. Esta forma organizativa de posgrado posibilita la superación básica y especializada de los graduados universitarios.

El entrenamiento caracteriza por el aprendizaje en el propio servicio, lo que facilita la adquisición de habilidades y destrezas y la asimilación de nuevas metodologías y tecnologías de trabajo. Tiene un carácter tutorial y dinámico, permite la posibilidad de adquirir nuevos enfoques tecnológicos, el manejo de nuevos equipos, el aprovechamiento de la asistencia técnica nacional y extranjera. Establece una vinculación real y efectiva con la práctica en los servicios de salud.^{15,16}

Los programas de entrenamiento están diseñados para enseñar a saber hacer más, a través del perfeccionamiento de las capacidades de acción del profesional. Permite integrar el saber (conocimientos), el saber hacer (habilidades) y el saber ser (valores). La decisión de establecer el entrenamiento depende de la necesidad de mejorar el desempeño de los profesionales, pues será la solución a los problemas que dieron origen a las necesidades diagnosticadas o percibidas.¹⁵

Un aspecto importante que debe considerarse en el diseño del entrenamiento es el material de enseñanza que se empleará. Con este busca concretar la instrucción, facilitar la comprensión mediante la utilización de recursos audiovisuales, aumentar el rendimiento del entrenamiento y racionalizar la tarea del instructor.^{9,10,15}

El éxito de la ejecución del entrenamiento depende también del interés, el esfuerzo y el entrenamiento los instructores. Es muy importante el criterio de selección de estos, quienes deben reunir ciertas cualidades personales: facilidad para las relaciones humanas, motivación, raciocinio, capacidades didácticas, facilidad para exponer y conocimiento de la especialidad.^{9,10,15}

La modalidad a tiempo parcial es la más utilizada por su condición de comparecencia semipresencial, al optimizar tiempo, espacio y recursos. La educación a distancia mediante la universidad virtual, no ha alcanzado todavía los resultados esperados, proyecto que se sustenta en el empleo de los recursos tecnológicos disponibles en cada universidad médica. La modalidad a tiempo completo es aquella a la que al menos se dediquen 40 horas semanales.¹⁵

El diseño de las acciones de superación se conceptualiza como resultado de decisiones de un momento histórico-educativo determinado. Es por ello que debe ser concebido como un proceso evolutivo, educativo e integral, centrado en el sujeto y, por tanto, ha de ajustarse a sus insuficiencias, intereses y ritmos de aprendizaje, ser abiertos y estar en continuo perfeccionamiento según surjan las necesidades.^{26,29}

El proceso pedagógico de posgrado es en esencia complejo. Su análisis ha de realizarse a partir de la actividad rectora del profesional universitario: la actividad laboral. Si bien la formación profesional de pregrado prepara al estudiante para su futura profesión con un perfil amplio de carrera a través fundamentalmente de la educación en el trabajo, el posgrado responde a las necesidades concretas de ese profesional ya formado, con el objetivo de poder mejorar, ampliar, especializar o reorientar su desempeño en la actividad laboral en correspondencia con las necesidades de los servicios de salud y su desarrollo.³⁰⁻³³

El autor comparte el criterio de Ramos Hernández, quien considera que existen carencias en los modos de actuación profesional específicos; falta de integración en la malla curricular del programa de residencia entre los conocimientos, habilidades y valores. Se limita la concreción en la educación en el trabajo de formas de evaluación y existe falta de correspondencia entre los contenidos identificados y el manejo de los problemas de salud en el contexto de las diversas áreas de salud.^{34,35}

Por lo anterior surge la contradicción entre la formación de jóvenes graduados de la carrera Medicina como especialista de primer grado en MGI, la cual adolece de un sistema de competencias profesionales específicas y el desempeño que se exige de este profesional de las ciencias médicas.^{34,35}

En la actualidad, según la literatura revisada, en numerosos países la CM se practica cotidianamente por parte del personal médico y de enfermería, tanto en la APS como en los servicios de urgencias, pues existen patologías susceptibles de ser resueltas mediante estas técnicas en nivel primario de atención.³⁶

Aun en lugares donde la CM constituye una actividad consolidada, resulta oportuno y pertinente establecer las pautas científico-técnicas y los procedimientos generales, así como actualizar y poner al día los criterios de calidad, además de homogeneizar todas las actividades asistenciales y de apoyo encaminadas a su realización en APS.³⁶

La capacitación en Cirugía menor dirigida a los MGI, dota a estos profesionales de un desempeño, lo que implica mejor relación médico-paciente y prestigia, sin duda, su actuación en APS, al orientarse en el manejo óptimo de estos procedimientos, en la utilización adecuada de los recursos disponibles, así como el incremento de la calidad de sus servicios.³⁶

La importancia del aprendizaje de las principales maniobras médicas y quirúrgicas tiene al menos dos grandes perspectivas. De una parte es claro que, si existe la indicación de

efectuar alguna de ellas, el paciente requiere que el profesional de la medicina esté debidamente entrenado para su ejecución. Por otro lado, el médico debe saber que cualquier procedimiento, por simple que parezca, conlleva algún riesgo, ya que se trata de una agresión al organismo del paciente, por lo que, mientras mayor sea el dominio del médico, menor será la frecuencia de las complicaciones.³⁷

Atención Primaria de Salud.

Las escuelas y facultades de Medicina en todo el mundo, en mayor o menor escala, trabajan en un nuevo modelo educativo, con una característica especial: la de integrar la educación a los procesos productivos y de los servicios.³⁸

Este proceso ha estado vinculado directamente a los cambios políticos, económicos y sociales que se han generado en diferentes países, en los que el desarrollo social de la ciencia, la técnica, la práctica y la investigación han obligado a aplicar no en el discurso, sino en la práctica efectiva los conceptos de eficiencia, calidad y exigencia en los procesos educativos que realizan las universidades, cada vez más comprometidas y en interacción con la sociedad.³⁸⁻⁴¹

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en 1978 en Alma-Ata, definió y otorgó el reconocimiento internacional al concepto de APS como principal estrategia para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000. Esta visión quedó expresada en los principios y recomendaciones contenidos en la Declaración de Alma-Ata que marcaron el inicio de un nuevo paradigma para mejorar la salud colectiva y el establecimiento de una nueva plataforma de política sanitaria internacional.³

En esta Conferencia se define a la Atención Primaria de Salud como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo para la sociedad y el país, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de responsabilidad y autodeterminación".³

A partir de la Cumbre Mundial de Educación Médica celebrada en Edimburgo en 1993, se desarrolla un movimiento internacional para la creación de una articulación entre la educación médica, la práctica médica y la organización de salud, que posibilite la formación de un profesional que responda a las necesidades económicas y sociales de sus respectivos países, pero a la vez sea capaz de enfrentar los retos científicos y

tecnológicos que exige el contexto actual, sobre la base de la cooperación e interrelación tanto en los ámbitos nacionales como internacionales.³⁸

Es por ello que el tema referido a la formación por competencias en las formas organizativas de la educación de postgrado, se revela desde la connotación mundial relacionada con la calidad de cómo se preparan los profesionales del sector de la salud.³⁸

En Cuba, a fines de los años 60, se inicia la formación masiva de médicos con un perfil que combinaba la atención en un primer nivel de complejidad y la base comunitaria, con el objetivo de compensar la carencia de recursos humanos por la fuga masiva de profesionales a Estados Unidos.^{42,43}

En 1974, después de identificar una serie de debilidades en el sector salud, se crea la Comisión Asesora de Medicina en la Comunidad, la cual se encargó de confeccionar el “Modelo experimental de atención médica, docencia e investigación en la Comunidad” a partir de la unidad básica de salud: el policlínico integral. Este modelo fue aplicado en el Policlínico de Alamar, con el desarrollo de procedimientos de trabajo que constituyen la base de la Medicina en la Comunidad.⁴⁴

Según H. Malher, director de la OMS en aquel entonces, el programa desarrollado en Cuba podía considerarse como un “perfeccionamiento de la Atención Primaria de Salud”.⁴⁵

En el Sistema Nacional de Salud cubano, los esfuerzos por lograr la calificación necesaria de los recursos humanos, están presentes desde el inicio de la Revolución, a partir de la formación de profesionales preparados integralmente.

A fines de 1983, el Comandante Fidel Castro Ruz concibió la idea de proporcionar al sistema de salud cubano un médico de nuevo tipo, capaz de brindar asistencia a la mujer embarazada, cuidar sus riesgos, su evolución y el resultado del parto; luego seguir al niño en su desarrollo y comportamiento en el hogar y la escuela y, ya adulto, velar por su sano desempeño en su vida familiar y social, además de garantizar la debida atención durante la vejez.⁴⁴

Surge así la necesidad de una especialidad en búsqueda del perfeccionamiento del enfoque social de la medicina como premisa básica del Sistema Nacional de Salud, a partir de una concepción integral de la formación de pregrado y postgrado, con un perfil de salida dirigido al funcionamiento de la Atención Primaria. Comienza así la formación del especialista en Medicina General Integral.

Competencias del Médico General Integral.

La creación de la especialidad Medicina General Integral y del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia fue una decisión política del estado cubano, a partir de la idea del Comandante en Jefe Fidel Castro Ruz. Se crea todo un programa basado en un nuevo concepto que convierte la generalidad en una especialidad: la medicina general integral, asociada a la idea del médico de la familia.^{46,47}

El año 1984, marca el surgimiento de la Medicina General Integral como especialidad en Cuba, aunque su Programa de Formación se implementa por primera vez en el año 1985 y, ante la amplia disponibilidad del recurso humano, se hace posible entonces la extensión de este novedoso modelo a todos los rincones del país con la construcción de miles de consultorios para darle cobertura a toda la población.^{48,49} En el municipio Mayarí, gracias al proceso de universalización de la enseñanza, se comienza la especialidad en el año 2004.

Desde sus inicios, la especialidad MGI ha transitado por cinco programas de formación en correspondencia con el perfil del egresado y los escenarios docentes. El primero de ellos se implementa en el año 1985. A partir de esa fecha se ha modificado en cuatro ocasiones, en los años 1990, 2000, 2004, y la última versión en 2018, la cual está vigente desde el curso 2018-2019. Cada uno de ellos ha evolucionado según las necesidades de la especialidad y el proceso de permanente adecuación de los servicios de salud a los problemas, demandas y necesidades de salud de la población cubana.^{38,50}

El MGI es un especialista de amplio perfil, apto para garantizar la atención a la población asignada sin discriminación por edad o género, con enfoque integrador de los aspectos biológicos, sociales, psíquicos y ambientales, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. En resumen, deben ser capaces de resolver desde su práctica profesional, los problemas de salud de la sociedad y garantizar los necesarios cambios para su desarrollo sostenible.^{20,51}

Con el actual plan de estudios de la especialidad MGI, se aspira a que el egresado sea capaz de interactuar con profesionales y especialistas del nivel hospitalario y aporte la fortaleza de la especialidad. Una de las funciones que debe realizar el MGI es la atención médica de urgencia en consultorios, hogares de enfermos, policlínico u hospital.⁵⁰

Entre los objetivos del segundo año se contempla el manejo integral de las lesiones dermatológicas, donde se incluyen las lesiones superficiales. En tercer año deben capacitarse para manejar los pacientes con urgencias clínicas, quirúrgicas, así como la atención inicial al paciente politraumatizado.⁵⁰

A nivel mundial, la evaluación de las competencias y el desempeño de los profesionales de la salud han constituido, en las últimas tres décadas, una preocupación permanente de los sistemas de salud para incrementar la calidad de los servicios, y de las universidades médicas para aportar al mundo laboral, a un profesional con adecuada capacidad y modo de actuación.²⁰

El término “competencia”, en la década de los 70 recobra un auge aplicado al ambiente de trabajo, como respuesta a las necesidades de una época donde existía una gran revolución por la producción y dejaba de lado la satisfacción y desarrollo de los trabajadores. Así comienza la aplicación del concepto en esferas fuera del lenguaje, principalmente en países desarrollados, relacionado con los procesos productivos en las empresas.²⁰

En un primer momento surge como competencia laboral. Posteriormente, con una visión más integradora y holística, el término laboral se cambia por el de profesional a partir de una etapa de gestión del talento humano y la formación basada en un enfoque de competencias a partir de los trabajos de David McClelland.²⁰

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en la década de los 80, comienza a promover entre los países de la Región de la Américas la propuesta de la reorientación de la educación permanente del personal de la salud. La evaluación de la competencia y el desempeño, se incluye dentro de esta propuesta como una vía para obtener información acerca del comportamiento profesional del trabajador durante su actividad laboral cotidiana, con el propósito de contribuir a la identificación de necesidad de aprendizaje, a la vez que comprueba la repercusión de los procesos educativos en la transformación de los servicios de salud.⁵²

En esa misma etapa, los países industrializados dan un gran impulso a la educación y a la capacitación basada en competencias, con resultados exitosos principalmente en Australia, Canadá, Francia, Estados Unidos y Reino Unido. Este concepto involucra dos elementos importantes: educación y capacitación. El primer elemento se ubica en las instituciones formadoras y el segundo en el ámbito laboral. Esto origina un nuevo pensamiento educativo, totalmente opuesto al pensamiento tradicional en el cual existe

una fuerte dicotomía entre educación académica y educación técnica. En otras palabras, entre la teoría y la práctica.^{20,53}

A partir de esto, surge de la necesidad de valorar no sólo el conjunto de los conocimientos apropiados, las habilidades y destrezas desarrolladas por una persona, sino de apreciar su capacidad de emplearlas para responder a situaciones, resolver problemas y desenvolverse en el mundo. Igualmente, implica una mirada a las condiciones del individuo y disposiciones con las que actúa, es decir, al componente actitudinal y valorativo que incide sobre los resultados de la acción.²⁰

En la sociedad de hoy existe una tendencia en las diferentes regiones, culturas y en todas las esferas de trabajo, relacionada con las competencias de los recursos laborales, para un control actualizado de los mercados. Cuba no está ajena a todo este proceso y trabaja en aras de garantizar un mejor desempeño de sus profesionales y brindar un mejor servicio, sobre todo, si este está relacionado con la salud y la calidad de vida de la población.

La formación basada en competencias en Cuba es un tema que ha sido investigado por diversos autores, especialmente dentro de las ciencias pedagógicas, entre los cuales se pueden mencionar: Alpízar (2007); Añorga (1989-2014); Valcárcel (1998-2014); Cardoso (2008), Oramas (2012); Caballero (2014); y dentro de las ciencias médicas: Rocha y colaboradores (2010) y Salas (2012, 2016).³⁴

Salas Perea define la competencia profesional como la capacidad del educando para utilizar el conjunto de conocimientos, habilidades, actitudes y valores “desarrollados a través de las actividades educacionales –formales e informales- y el aprendizaje significativo previo”, para la identificación y solución de los problemas didácticos y de salud propios de cada unidad y programa curricular.⁵²

Ramos Hernández identifica similitudes entre todos los conceptos y los resume en: la integración o articulación de diversos elementos como conocimientos, actitudes, aptitudes, habilidades, valores, hábitos, destrezas, capacidades, comportamiento ético en un individuo que le permiten desempeñar una determinada actividad o trabajo en un contexto dado e incluso en otras situaciones fuera del entorno laboral.³⁴

Las competencias específicas son aquellas que requiere el profesional para el ejercicio propio de su profesión, y son determinadas para cada área, servicio o especialidad. Se fundamentan en la adquisición progresiva de conocimientos, habilidades específicas y

el logro de mayor experticia. No son fácilmente transferibles de un servicio a otro en diferentes especialidades.²⁰

Por otra parte, las competencias clínicas no son más que el sistema de conocimientos, habilidades, actitudes y valores para la actuación en la atención médica en un área o servicio, para la toma de decisiones, solución de problemas de salud, desde el método clínico en el contexto de la relación individuo, familia y comunidad.³⁴

Ramos Hernández³⁵ considera como competencias clínicas la realización del examen físico general, regional y por aparatos de los pacientes, la elaboración de un diagnóstico inicial y el establecimiento de una estrategia diagnóstica razonada. Incluye además, el reconocimiento y tratamiento de situaciones que ponen la vida en peligro inmediato, y aquellas otras que exigen atención inmediata, así como arribar al diagnóstico, pronóstico y tratamiento mediante el método clínico, epidemiológico y social de los procesos agudos y crónicos más prevalentes.

En las últimas décadas, se insiste en la necesidad de vincular la formación profesional con las necesidades de desempeño en el área laboral, de ahí que los modelos educativos basados en competencias laborales o profesionales se hayan difundido en las instituciones educativas a nivel mundial.

Toledo Méndez, valora la atención integral como: "...modo esencial de actuación para la formación laboral del médico de familia en la educación superior cubana; comprende, en su estructura formativa, un propósito general que establece los componentes básicos, ejes y evidencias, para mantener una relación médico-paciente estable y continua, que engendre compromiso y satisfacción mutuos. Dicha categoría esencial, dinámica y especial, permite llevar a cabo las potencialidades formadas para la prestación de los servicios (conocimientos, valores y motivaciones), en vínculo dialéctico con el resultado del aprendizaje de habilidades y ejecución de acciones dirigidas a su desarrollo..."⁵⁴

La formación por competencias en la educación de posgrado, se revela desde la connotación mundial relacionada con la calidad de la preparación de los profesionales del sector de la salud. En la formación del médico general integral, es muy importante definir las competencias específicas por su relación con la calidad del desempeño profesional de este especialista y la atención médica que brinda a la población.³⁵

Ramos Hernández³⁵ determina la necesidad de definir cuáles son esas competencias profesionales específicas de la especialidad que realmente debe desarrollar el recurso

humano en formación. Plantea además, que su inexistencia propicia la repetición innecesaria de contenidos del pregrado sin la profundización adecuada para el nivel de especialización que se exige a través del modelo del egresado, y que se manifiesta en un desempeño profesional no acorde con las dinámicas sociales y económicas actuales.

Con enfoque en la APS, existen estudios en los que se presentan resultados relacionados con la evaluación de la competencia profesional, fundamentalmente en las especialidades de Enfermería y MGI. Uno de estos primeros trabajos de investigación fue el de “Calidad del egresado de Enfermería General, Curso Escolar 1980-1981”, realizado en el año 1982 por la Dirección Nacional de Docencia Médica Media. Posteriormente durante el año 1984 el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico Profesional de la Salud “Dr. Fermín Valdés Domínguez” en Ciudad de La Habana, comienza a desarrollar el trabajo “Metodología para la evaluación de la Competencia y el Desempeño Profesional” de esta rama.⁵⁵

Desde hace años, en varias partes del mundo se discute sobre la calidad y el costo de que supone la asistencia sanitaria en todos los niveles. Debido al enorme desarrollo tecnológico y la diversidad de posibilidades en el abordaje de los problemas de salud de los pacientes, es lógico valorar las competencias que pueden desarrollarse, razonablemente y con garantía, en cada nivel asistencial (y por cada profesional) para la resolución de dichos problemas.⁵⁶

El médico general está en condiciones de diagnosticar y tratar de 70 a 80 % de los enfermos que recibe. En función de esto, dentro de esas competencias, que se nutren de tecnología sencilla y habilidades perfectamente asumibles por los médicos de familia, están los procedimientos quirúrgicos básicos: la Cirugía menor.^{56,57}

En la práctica, se evidencian carencias formativas en pre y posgrado en esta actividad. La culminación de la especialidad MGI, no garantiza una adecuada y suficiente capacitación para la práctica quirúrgica. El entrenamiento técnico suficiente y el conocimiento preciso de la lesión a tratar son dos premisas indispensables para indicar correctamente una intervención.

El autor coincide con Tárrega Felip,⁵⁸ cuando expone que entre las competencias que deben desplegarse con garantía en APS se encuentra la Cirugía menor, puesto que este nivel de atención exige al médico, en determinadas ocasiones, la resolución de

una serie de lesiones de naturaleza quirúrgica, comunes a distintas especialidades médicas.

La importancia y actualidad del necesario acercamiento entre los niveles primario y secundario de salud en la actividad quirúrgica han sido reconocidas por la Sociedad Cubana de Cirugía en el XII Congreso Cubano de Cirugía y Simposio regional de la Federación Latinoamericana de Cirugía, celebrados en 2013, donde se declaró como temática central: por mayor vinculación de la cirugía a la APS.⁵⁹

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, caracterizados por no utilizar o utilizar de manera limitada la referencia y contrarreferencia, dificultades con la conducción estandarizada de la información sobre los pacientes a través del sistema y debilidades en la coordinación intersectorial e intrasectorial para la solución de problemas de salud.²²

En Cuba, así como en varios países del mundo, el ejercicio de las competencias del MGI y la APS de forma general se ha visto en regresión por motivos tales como la falta de disponibilidad de tiempo y recursos, la poca planificación o el déficit de formación continuada, por citar algunos, lo que provoca que la asistencia médica se torne, en cierta manera, cada vez más “hospitalocentrista”, es decir, basada principalmente en la atención hospitalaria.⁶⁰

En el año 2020, las proyecciones de la salud pública en Cuba se matizan por diferentes cambios, donde se destaca como una prioridad la estrategia de fortalecimiento de la APS y la transferencia de tecnologías a ese nivel de atención, junto a la adecuación de los objetivos y las funciones de la medicina familiar, con lo que se consolida al policlínico como institución rectora en el Sistema Nacional de Salud.²²

Para los profesionales sanitarios, la realización de CM como herramienta de diagnóstico y tratamiento o como medicina preventiva, aumenta la posibilidad de que el personal de salud, médicos y enfermeros realicen un tratamiento integral.⁶⁰

La diversidad de lesiones susceptibles de CM supone un esfuerzo preciso de aquello que realmente puede asumir el médico general. Estos procedimientos, pese a estar encuadrados en la especialidad de cirugía, deben y pueden desempeñarse por cualquier médico especialista.⁶⁰

Las actividades quirúrgicas menores contribuyen a mejorar la capacidad de resolución de la APS y la prestación de una asistencia integral que abarque aspectos preventivos, diagnósticos y terapéuticos. También diversifica el trabajo de los profesionales mediante el desempeño de una actividad diferente con resultados evidentes desde el comienzo.⁶¹

Las competencias profesionales se corresponden con los modos de actuación profesional que deben ser adquiridos de manera progresiva durante toda la carrera. En la práctica preprofesional, el estudiante actúa en situaciones reales, de forma independiente y bajo supervisión profesoral, lo que permite consolidar estos modos de actuación y aplicar los conocimientos obtenidos, por lo que se decide trabajar en el ámbito de las competencias solo en este momento de consolidación de la carrera.⁶²

En Cuba, el educando en el último año se prepara para resolver los problemas de salud de los pacientes en los diferentes ámbitos del ejercicio profesional y debe aplicar protocolos de atención, diferentes procedimientos, técnicas y métodos, elaborar planes de prevención, diagnóstico y tratamiento inicial y actuar bajo la ética médica, con adecuada comunicación intercultural y una buena relación médico – paciente.⁶²

En el modelo del profesional se establece que el egresado deberá realizar la aplicación de anestesia local, sutura de heridas superficiales, cura y antisepsia de heridas superficiales y contusas, incisión y drenaje de abscesos superficiales, cobertura de heridas con vendajes estériles y desbridamiento de heridas contusas y escaras.⁶²

Al estudiante graduarse con semejante sistema integrado de conocimientos y habilidades, es de suponer que al convertirse en especialista de Medicina General Integral, su competencia y desempeño profesional sean elevados pues dichas habilidades se habrán perfeccionado.

Sin embargo, el nivel resolutivo de afecciones quirúrgicas por el MGI en el municipio Mayarí es extremadamente bajo, en un momento en que estas intervenciones podrían solucionar en las consultas de APS varios problemas de salud tanto urgentes como electivos, sin necesidad de remitir a la atención especializada.

Cirugía menor en la Atención Primaria de Salud.

La CM agrupa a un conjunto de procedimientos en los que se aplican una serie de técnicas quirúrgicas sencillas y de corta duración (inferiores a 45 minutos), sobre tejidos superficiales o estructuras fácilmente accesibles,^{61,63} no obstante existen algunas diferencias en cuanto a su definición según el punto de vista de varias instituciones.⁶⁴

Por ejemplo, la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria define la CM como un conjunto de técnicas o intervenciones quirúrgicas que se realizan sobre la superficie corporal y que de forma sencilla pueden solucionar toda una serie de lesiones traumáticas o, en la mayoría de los casos, de naturaleza benigna y alteraciones del tejido subcutáneo que de no resolverse a tiempo pueden causar problemas de salud más graves, a veces sin resolución, y precisar comúnmente la aplicación de anestesia local.⁶⁵

El Consejo General de Colegios de Enfermería de España precisa la CM como: "... aquellas intervenciones realizadas conforme a un conjunto de técnicas quirúrgicas regladas, orientadas al tratamiento de ciertas afecciones, bajo anestesia local, en régimen ambulatorio, sin problemas médicos coexistentes de riesgo y que habitualmente no requieren reanimación postoperatoria".⁶⁵

Mientras que el Grupo Andaluz para el desarrollo e investigación de la CM, considera que estas son "pequeñas intervenciones quirúrgicas regladas y protocolizadas, en las que no se prevén riesgos o complicaciones importantes, para tratar lesiones de la piel, faneras o tejidos fácilmente accesibles, realizadas sin anestesia o bajo anestesia local, en régimen ambulatorio".⁶⁵

Otra literatura contempla la CM de Consultorio, que incluye procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos que se pueden realizar en la propia consulta o sala de curas, con o sin anestesia y cuya duración no exceda de 20 minutos.⁶⁵

A partir de estos conceptos, el autor considera para esta investigación, que la CM comprende el conjunto de técnicas o intervenciones quirúrgicas de corta duración, orientadas al tratamiento de lesiones traumáticas superficiales o lesiones benignas de piel fácilmente accesibles, que pueden realizarse sin anestesia o bajo anestesia local de manera ambulatoria y que generalmente no acarrear complicaciones posoperatorias.

Se debe recalcar que, cuando se hace referencia a la CM no se trata de una parte de la cirugía mayor ni de la cirugía dermatológica, sino a una serie de procedimientos quirúrgicos que por sus características se pueden, y se deben, llevar a cabo en APS. Esto es posible gracias a que pueden efectuarse en la consulta externa con anestesia local y no requieren cuidados posoperatorios especiales.⁵⁸

La cirugía menor abarca principalmente lesiones de la piel, tejido celular subcutáneo y la valoración y reparación de heridas y laceraciones. Dentro del primer grupo (lesiones

de la piel), se pueden distinguir las lesiones benignas, entre ellas: verrugas seboreicas (lesiones de color marrón claro, de superficie cerosa o rugosa), quistes sebáceos, verrugas vulgares y verrugas plantares (se localizan en las plantas de los pies, recubiertas de callo y suelen ser muy dolorosas. También se incluyen las verrugas filiformes, fibromas péndulos (lesiones pedunculadas de aspecto carnoso y de tamaño pequeño) y dermatofibromas, y lipomas en lesiones del tejido graso.⁶⁵

Entre las lesiones de la piel, se encuentran las lesiones pigmentadas benignas, como los nevus o clásicos lunares que están presentes desde el nacimiento o que se adquieren con el crecimiento. Existen también las lesiones premalignas cutáneas, como la queratosis actínica, que suelen ser lesiones que se manifiestan en personas con largas exposiciones al sol, con piel clara y que permanecen largo tiempo al aire libre. Son de color amarillo pardo y de textura rugosa y descamativa, las cuales pueden mantenerse durante años y desembocar en cáncer de piel.⁶⁵

En cuanto a las heridas cutáneas, que son las lesiones que se atienden más frecuentemente en los centros de salud, es muy importante su valoración, con el fin de estimar las posibilidades de tratamiento o su derivación al hospital, y la realización de profilaxis antitetánica. El drenaje de abscesos, representa, junto a las heridas cutáneas y las onicocriptosis, uno de los procesos más frecuentes que se resuelven en los centros de salud mediante cirugía menor.⁶⁵

La cirugía menor cobra fuerza en la segunda mitad de la década de los noventa, dentro de la cartera de servicios en atención primaria realizados por parte de los médicos de familia. En los países anglosajones la práctica de CM está altamente desarrollada. En países europeos como Holanda y Suecia resulta habitual entre los médicos de APS, lo que contribuye a dotar a este nivel asistencial de una mayor confianza y prestigio ante la población.⁶⁵

No sucede así en España, donde a pesar de que las instituciones sanitarias avalan su implantación, la CM no forma parte de la práctica cotidiana del médico de APS, y en los casos de efectuarse, se lleva a cabo de manera heterogénea, desinteresada y por médicos prácticamente “voluntarios” en los centros de salud.^{58,66}

En Cuba, los planes de estudio de la carrera Medicina se han transformado en proporción a la necesidad del desarrollo del sistema de salud, en busca de perfeccionar el proceso docente educativo. En cada modificación se otorga más protagonismo al

especialista del nivel primario de salud, y se hace partícipe de la atención inicial y básica de especialidades como Cirugía.

La Cirugía tiene como objeto de estudio el proceso de salud-enfermedad en tanto exista posibilidad o necesidad, en algún momento, de la historia natural de ese proceso de actuar quirúrgicamente, es decir, utilizar el recurso terapéutico de manipular los tejidos para tratar de contribuir a restituir la salud perdida.⁶⁷

Esta asignatura prepara al estudiante de medicina, para identificar, prevenir y si es posible tratar, los problemas de salud relacionados con las patologías quirúrgicas más frecuentes. Esto significa incorporar contenidos indispensables para el logro de estos objetivos, con lo que se contribuiría, sin lugar a dudas, a elevar la calidad de la asistencia médica a la población.¹⁷

El Plan D de la carrera Medicina, es por el cual se ha formado la mayoría de los MGI de Mayarí que prestan servicios a la población actualmente. Este tiene la misión de formar un profesional capaz e integral con mayor participación en su propia formación y desempeño. Las infecciones localizadas sin signos generales, las heridas y tumores no viscerales, tanto superficiales como profundos, forman parte de la lista de problemas quirúrgicos a resolver por el médico general, así como realizar los procedimientos quirúrgicos menores según los principios de la bioética que caracterizan los modos de actuación profesional del MGI.⁶⁷

Entre los procedimientos terapéuticos comprendidos en el sistema de habilidades a vencer por el estudiante de medicina en Cirugía, se pueden mencionar:

- Medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad.
- Técnica de la preparación de la piel del paciente quirúrgico y el campo operatorio.
- Técnica de la anestesia tópica y local infiltrativa.
- Técnica de curar y vendar heridas.
- Técnica del desbridamiento y resección de tejidos desvitalizados y necróticos en la herida contusa, anfractuosa.
- Técnica de la sutura de heridas incisas.
- Técnica de la incisión y drenaje de abscesos calientes.
- Técnica de los nudos quirúrgicos.
- Describir la técnica de exéresis de tumores superficiales: lipomas, quistes, ganglios y otros, por lo que debe tener dominio teórico de la técnica.⁶⁷

Son numerosas las lesiones susceptibles de tratamiento en APS, aunque debe quedar claro que solo se intervienen lesiones superficiales de fácil abordaje. Es imprescindible el conocimiento adecuado de las facies anatómicas, para poder delimitar tanto las estructuras de riesgo como la topografía de la piel para realizar correctamente la cirugía.⁶⁷

Entre los procesos clínicos susceptibles de cirugía menor, se incluyen las técnicas básicas urgentes como heridas y abscesos cutáneos, técnicas intermedias (lesiones cutáneas y subcutáneas, trombosis hemorroidal) y técnicas avanzadas que implican la destrucción de lesiones cutáneas superficiales.

Las indicaciones quirúrgicas asumibles por cada médico dependen de su nivel de conocimientos quirúrgicos y dermatológicos. Ante cada situación concreta se debe tener siempre presente que, en caso de duda, el médico de APS debe abstenerse de intervenir y proceder a remitir al nivel secundario.⁵⁸

Respecto a otros procedimientos quirúrgicos peculiares (esclerosis o ligaduras de várices, marsupialización de quistes de Bartholino, vasectomías, biopsia-aspiración de quistes mamarios, entre otros), existe una controversia entre los distintos autores sobre su realización en APS en dependencia del entrenamiento del médico y la disponibilidad de recursos suficientes.⁵⁸

La práctica de la cirugía menor en APS implica notables ventajas. Para el paciente se traduce en una atención rápida, adecuada a sus necesidades y en un ambiente accesible. Se evitan citas y desplazamientos innecesarios. Por su parte, el profesional lo ve como un factor de motivación profesional gracias a su mayor capacidad resolutoria, amplía sus posibilidades diagnósticas y de tratamiento bajo técnicas con muy baja incidencia de infecciones y complicaciones. Además, contribuye al refuerzo de su relación con los pacientes y a la diversificación de su práctica diaria.^{36,58}

El sistema de salud se beneficia gracias a que aumenta la eficiencia de la asistencia médica, con resultados medibles y menores costos que en las instituciones hospitalarias. A ello se suma la reducción de las listas de espera quirúrgicas, lo que libera los servicios especializados para intervenciones más sofisticadas. El buen resultado de esta cirugía, la convierte en una prestación sanitaria de eficiencia contrastada.^{36,58}

Sin embargo, la técnica, como cualquier procedimiento médico, no carece de inconvenientes. El médico general puede temer a complicaciones o resultados

insatisfactorios. Además, esta práctica genera un tiempo extra de consulta, y requiere de un entrenamiento adecuado. El paciente puede interpretar que no accede el mejor servicio posible (hospitalario). Para el sistema de salud puede existir sobrecarga de los servicios especializados (solicitudes de estudios histológicos, interconsultas), y la posible sobreutilización de un sistema más accesible, con indicación de cirugías innecesarias.⁵⁸

A la hora de realizar la cirugía menor en los centros de salud, se precisa de la disponibilidad de recursos tanto materiales como humanos. Dentro de los recursos materiales, se necesita un espacio adecuado y dotado materialmente, la sala de cirugía menor o quirófano no necesariamente ha de ser como un quirófano convencional, aunque con los medios adecuados como mesa articulada, lámpara idónea, así como materiales para la intervención. Es importante enfatizar en que la práctica de la cirugía menor bien realizada, está exenta en la mayoría de los casos de complicaciones.³⁶

La realización de cirugía menor en APS podría homogeneizar la práctica y dotar a los médicos de atención primaria mayor capacidad resolutive, y con ello ampliar sus posibilidades diagnóstico-terapéuticas. De este modo lograrán resolver un problema médico-quirúrgico o, al menos, mediante la aplicación de estrategias consensuadas, válidas y confiables, contribuirían a resolverlos.⁵⁸

Tárrega Felip concluye que, si la práctica de Cirugía Menor en APS se adaptara a los recursos disponibles y al horario laboral de los médicos de familia, se incentivara su realización, se impulsara la formación continuada en ella y se estableciera un marco legal y unos criterios definidos para efectuarla de forma segura, probablemente, se lograría estandarizar su práctica, dotar de mayor capacitación técnica a los Médicos de Familia, hacerla más accesible a la población y mejorar la eficiencia del sistema de salud.⁵⁸

OBJETIVOS

General

Diseñar un entrenamiento en Cirugía menor para médicos generales integrales.

Específicos

1. Fundamentar teóricamente las competencias profesionales específicas en cirugía menor a desarrollar en los médicos generales integrales.
2. Diagnosticar el estado actual del desempeño de los médicos generales integrales en el tratamiento de las lesiones quirúrgicas en atención primaria de salud.
3. Diseñar el programa de entrenamiento de posgrado para el desarrollo de habilidades en cirugía menor en los médicos generales integrales.

MÉTODO

Se realizó una investigación de desarrollo con enfoque mixto, desde enero hasta noviembre del 2021, en el Hospital General Universitario Mártires de Mayarí para diseñar un entrenamiento en Cirugía menor (CM) dirigido a los Médicos Generales Integrales (MGI) del municipio.

El **objeto de estudio** de la investigación fue la superación profesional del MGI, y el **campo de acción** el desarrollo de habilidades en Cirugía menor de los MGI.

El universo de estudio estuvo representado por 236 especialistas en MGI del área de salud Mayarí y los ocho cirujanos generales del municipio. La muestra fue seleccionada mediante un muestreo no probabilístico intencional y quedó constituida por 58 especialistas en MGI del área de salud Mayarí que realizan guardias médicas en el cuerpo de guardia de urgencias del Hospital General Mártires de Mayarí, y por los ocho cirujanos generales del municipio que identificaron las causas del estado actual de las habilidades quirúrgicas de los especialistas en MGI.

Métodos de investigación

Nivel teórico

- Histórico - lógico: permitió el estudio detallado de todos los antecedentes, causas y condiciones históricas en que se desarrolla la evaluación de las competencias profesionales, así como el proceso de formación continua del especialista en MGI.
- Análisis - síntesis: utilizado durante todas las etapas de investigación, por cuanto ello permitió hacer los análisis de la bibliografía consultada, evaluar y sintetizar la información obtenida que condujo a la selección de los aspectos significativos que conforman el núcleo básico del informe final.
- Inducción - deducción: se utilizó para definir las particularidades relacionadas con el desarrollo de la investigación a través del conocimiento general del problema.
- Revisión documental: se utilizó para la revisión de toda la documentación necesaria como: Planes de estudios C y D de la carrera Medicina (Se analizaron estos debido a que fueron los vigentes durante el pregrado de los actuales MGI), Plan de estudios de la especialidad en MGI, Modelo del profesional para la formación de médicos, Reglamento de Posgrado, Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud, Reglamento General de los Policlínicos, hojas de cargo, literatura especializada de Medicina General, Cirugía General, entre otras.

Nivel empírico

- Encuesta:

- Cuestionario 1: Dirigido a los MGI, de forma directa. Se utilizó la escala de Likert, para conocer la situación actual del grado de preparación teórica y desarrollo de las habilidades quirúrgicas según su percepción, donde se valoraron siete aspectos: medidas de antisepsia y bioseguridad, cura y vendaje de heridas, incisión y drenaje de abscesos, preparación de la piel y el campo operatorio, anestesia local, técnicas de incisión y de sutura. Cada aspecto general incluyó otros más específicos para un total de 22 ítems. (Anexo 1)

Se calificó el mismo sobre la base de las respuestas dadas. Este cuestionario fue aplicado en horario laboral. El autor determinó aplicar el examen en tres momentos por ser extenso. Se aplicó en los diferentes escenarios laborales durante los meses marzo, abril y mayo.

- Cuestionario 2: Dirigido a los MGI y a los cirujanos que estuvieron involucrados en el proceso formativo para conocer los factores que influyen en el desempeño del MGI dentro de la APS en Cirugía. Este constó de siete ítems para valorar aspectos de interés como recursos materiales, planificación y organización, falta de tiempo, preparación teórica, habilidades, desinterés y temor a complicaciones o resultados insatisfactorios. (Anexo 2)
- Cuestionario 3: Se aplicó al grupo de especialistas para realizar la validación teórica de las acciones. Se eligieron seis profesores con más de 15 años de experiencia docente; tres titulares doctores en ciencias, y tres auxiliares. Los especialistas fueron seleccionados por la experiencia profesional y docente, vinculados con los estudiantes en las actividades de la educación en el trabajo y el acceso del autor para la comunicación y socialización. Se establecieron cuatro categorías a considerar: estructura y valor científico metodológico, pertinencia, utilidad y factibilidad (Anexo 3).

Una vez presentada la propuesta a los especialistas, estos otorgaron puntuación de dos a cinco a cada categoría:

1. Estructura y valor científico metodológico: Si el entrenamiento está organizado y el contenido, de conjunto con las actividades prácticas posibilita a los médicos apropiarse de las habilidades quirúrgicas en APS.

2. Pertinencia: Si las actividades prácticas favorecen la actuación del MGI al momento de realizar la anamnesis y el examen físico, ambas habilidades necesarias para el desarrollo de los modos de actuación profesional.
3. Utilidad: Si el programa responde a la problemática identificada en la calidad de la actuación del especialista, que demanda ser solucionada por su relevancia y actualidad.
4. Factibilidad: Posibilidades de ser aplicadas según los recursos humanos y tecnológicos disponibles en el municipio Mayarí.

Según los resultados obtenidos de acuerdo al número de respuestas entre cuatro y cinco y el porcentaje de especialistas que así lo reflejaron, el autor consideró la validación teórica final del producto como:

- Aceptada: el total de los especialistas encuestados (100 %) que consideren al menos tres de las categorías de cuatro o cinco puntos.
 - Aceptada con dificultades: entre 80 % y 99 % de los especialistas que consideren al menos tres de las categorías de cuatro o cinco puntos.
 - No aceptada: los resultados no se ajustan a lo definido anteriormente.
- Observación participante: Se aplicó una guía de observación directa estructurada participante para realizar el diagnóstico del estado actual de las habilidades quirúrgicas de los MGI en la ejecución de las actividades laborales en el cuerpo de guardia de urgencias (Anexo 4). La guía fue aplicada por los especialistas quirúrgicos en cada turno de guardia en el hospital: ocho cirujanos (uno de ellos profesor asistente), un angiólogo, un otorrino, un ortopédico y dos urólogos, todos con categoría de Instructor. Las orientaciones para el uso de la guía se dieron a conocer y se debatieron en la Estrategia quirúrgica que se realiza semanalmente en el servicio, donde la aceptación fue favorable, debido a la importancia de esta investigación.

Se realizó una reunión con los MGI para brindarles información en cuanto a objetivos de la investigación, puesto que ellos serían los sujetos observados. Se utilizó una escala de estimación a partir de la apreciación del observador sobre el grado de comportamiento de los indicadores. Se observaron diez jornadas de 12 horas a cada MGI a lo largo de seis meses, desde abril a septiembre de 2021. Se dividieron en guardias en horario nocturno y estancias durante el día, ambas

jornadas se organizaron en dúos, por lo que se observó diariamente el desempeño de 4 MGI.

La guía de observación estuvo estructurada en tres partes:

1ª. Para determinar la conducta asumida ante 11 aspectos divididos en dos grupos: lesiones quirúrgicas superficiales (cicatrices, lipomas, quistes y ganglios) y de urgencias (cuerpos extraños, abscesos, abscesos calientes, forúnculos, hidradenitis, heridas y laceraciones) a tratar por el MGI. Para observar la conducta ante las lesiones superficiales se citaron directamente a las guardias de los MGI a los pacientes diagnosticados con estas afecciones durante las consultas externas de cirugía. Se procedió de este modo debido a que son lesiones que comúnmente no acuden por urgencia.

2ª. Abarcó nueve aspectos divididos en seis grupos de técnicas realizables por el MGI: anestesia, reparación y sutura, incisión y drenaje, plastias, escisiones, desbridamiento y resección de tejido necrótico para determinar si estos procedimientos se realizaron de manera adecuada o inadecuada.

3ª. Centrada en seis aspectos generales de la actuación del MGI en el campo quirúrgico: examen físico, dominio teórico, diagnóstico, plan de tratamiento, dominio de la técnica, y resolución del problema de salud al que se enfrenta. El observador determinó si cumplió con el aspecto a evaluar o no.

Operacionalización de variables.

Para la investigación se identificó como **variable dependiente** cualitativa ordinal politómica el **estado de las competencias específicas en cirugía de los MGI**.

Variables independientes:

Variable 1: Nivel de conocimientos sobre aspectos generales de APS en Cirugía de los MGI.

Concepto: percepción de los MGI sobre preparación teórica en los tratamientos y otras actividades afines a la CM, a realizar en la consulta y en cuerpo de guardia de urgencias.

Indicadores: medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad; cura y vendaje de heridas; incisión y drenaje de abscesos; preparación de la piel y del campo operatorio; anestesia tópica y local infiltrativa; técnicas de incisión; técnicas de sutura.

Clasificación: cualitativa ordinal politómica

Escala: alto, medio, bajo

Los MGI otorgaron una puntuación a cada pregunta del cuestionario (Anexo 1) en escala de: Excelente (5), Bien (4), Regular (3) y Mal (2).

A partir de esa calificación se promediaron los resultados de cada individuo y se definió el nivel de conocimientos:

Alto: 4,3 a 5,0

Medio: 3,6 a 4,2

Bajo: 3,5 o menos

De igual forma se obtuvo el nivel de conocimientos de cada indicador por separado y se promediaron los resultados de los ítems que componía cada pregunta, para ello se utilizó la escala anterior.

Variable 2: Conducta de los MGI ante problemas de salud de APS en Cirugía.

Concepto: conducta asumida por el MGI ante lesiones quirúrgicas que pueden ser tratadas en APS.

Indicadores: lesiones superficiales: cicatrices, lipomas, quistes y ganglios; urgencias: cuerpos extraños, abscesos, abscesos calientes, forúnculos, hidradenitis, heridas y laceraciones.

Clasificación: cualitativa nominal

Escala: trata, remite

Se evaluó de acuerdo a la información obtenida a través de la guía de observación. (Anexo 4 - Parte I)

Se tomó en consideración que estas son entidades que, dentro de los problemas a resolver por el Médico General, se ubican en los dos primeros niveles de actuación, es por ello que se determinó:

Trata: si la conducta del médico estuvo en correspondencia con los primeros cuatro aspectos de la guía y solo remitió (aspecto 5) en los casos establecidos.

Remite: no realizó los tratamientos, o remitió directamente sin indicar exámenes complementarios ni brindar atención adecuada al paciente. (Su actuación correspondió únicamente al aspecto 6 de la guía)

Variable 3: Ejecución de los procedimientos quirúrgicos menores de APS realizados por el MGI.

Concepto: calidad en la ejecución de los procedimientos quirúrgicos menores que pueden realizarse en APS por el MGI.

Indicadores: anestesia: tópica y local infiltrativa; reparación y sutura de laceraciones cutáneas y heridas; incisión y drenaje de abscesos; plastias; escisiones: tangenciales y fusiformes; desbridamiento y resección de tejidos desvitalizados y necróticos.

Clasificación: cualitativa ordinal politómica

Escala: buena, regular, mala

Se evaluó de acuerdo a la información obtenida a través de la guía de observación. (Anexo 4 - Parte II)

Buena: si el médico realizó los tratamientos con pleno dominio de la técnica establecida y las normas de bioseguridad adecuadas, con una conducta correcta ante posibles complicaciones. (Todos los aspectos de la guía fueron evaluados de adecuados)

Regular: si el médico realizó los tratamientos con deficiencias no graves en la selección del instrumental, técnica y manejo de complicaciones. Siguió las normas de bioseguridad establecidas. (Hubo señalamiento en los aspectos 2, 4 y 5 de la guía pero no implicaron la calificación de inadecuados)

Mala: no realizó los tratamientos; presentó deficiencia grave o violó alguna norma de bioseguridad.

Variable 4: Nivel de desempeño profesional del MGI en APS en Cirugía.

Concepto: grado de resolutivez del MGI ante problemas de salud quirúrgicos.

Clasificación: cualitativa ordinal

Escala: alto, medio, bajo

Para la evaluación de esta variable se tomó en cuenta el resultado del cuestionario y la guía de observación (Anexo 4 - Parte III), a partir de lo cual se estableció:

Alto: Si los seis aspectos de la guía fueron positivos.

Medio: Si fueron positivos los aspectos del 1 al 4 de la guía

Bajo: Si fueron positivos solo los aspectos 1 y 2 de la guía.

Variable 5: Factores que influyen en el desempeño del MGI en APS en Cirugía.

Concepto: elementos por los cuales los MGI no realizan todas las actividades del campo quirúrgico que les corresponden.

Clasificación: cualitativa nominal

Indicadores: preparación teórica, habilidades, recursos materiales, falta de tiempo, dificultades en la planificación y organización, desinterés, temor a complicaciones o resultados insatisfactorios.

Esta variable se evaluó según el criterio de los MGI y de los profesores de Cirugía.

Procesamiento estadístico

Estadística descriptiva: Se describieron los datos obtenidos para cada variable. Se utilizó el análisis de frecuencias simples con números enteros y por cientos. Con el programa Excel del paquete Office 2013 de un microcomputador de mesa Pentium 4 marca Intel con sistema operativo Windows 2010, se creó la base de datos del estudio, además de la confección de cuadros y gráficos de trabajo que facilitaron el análisis y comprensión de los resultados.

Se efectuó la triangulación metodológica de la información obtenida mediante la aplicación de los métodos teóricos y empíricos, lo que permitió el análisis de los resultados y arribar a conclusiones.

Aspectos éticos

Se solicitó el consentimiento informado de la muestra que participó en el estudio, se brindó información acerca de los objetivos y se cumplió con los aspectos éticos de la investigación científica (Anexo 5).

En todo el proceso se cumplió el código de ética para el desarrollo de las investigaciones en el campo educacional y social. Se tuvieron en cuenta los Principios Éticos para la investigación de seres humanos de la World Medical Association Declaration of Helsinki y la Guía de OMS para los Comité de Ética de las Investigaciones, establecida por el Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS) en el 2002.

La investigación constó de dos fases:

Primera fase: Caracterización del estado actual de la temática.

En esta fase se analizaron los antecedentes del tema de la investigación y se revisaron documentos rectores como: Reglamento de Posgrado, Reglamento del Régimen de Residencias en Ciencias de la Salud , Reglamento de Policlínicos, Plan de estudio de la especialidad y programas de los módulos, así como orientaciones metodológicas, resoluciones, circulares, entre otros, para conocer la actualidad del problema. A través de la revisión de fuentes bibliográficas se pudo conocer sobre los antecedentes históricos del tema.

Se caracterizó el estado actual del desarrollo de las competencias profesionales específicas de los MGI a partir de la aplicación de instrumentos empíricos como el cuestionario y la observación de su desempeño en la consulta de urgencias. Se realizó

a los especialistas seleccionados un cuestionario para identificar las causas del estado actual de las competencias.

Segunda fase: Diseño del entrenamiento para contribuir al desarrollo de habilidades quirúrgicas del MGI. Este se diseñó sobre la base de los resultados de los instrumentos y las concepciones teóricas realizadas por el autor, lo que permitió identificar elementos sobre los que se sustentó la propuesta.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

El vertiginoso incremento de las investigaciones médicas encaminadas al manejo correcto del paciente quirúrgico y de las urgencias, así como el mantenimiento de los compromisos internacionales por parte del sistema de salud cubano, convierten a estos elementos en premisas para que la necesidad de superación y el aumento del nivel de conocimientos en esta temática, sea un elemento esencial en la valoración del desempeño profesional, para una atención médica de alta calidad, a la altura de las exigencias de estos tiempos y del contexto donde se desarrollan.⁶⁸

El autor coincide con Solís Solís,²⁰ cuando citaba en su investigación a Perdomo, quien considera como elementos a valorar en el profesional: conocimientos, procedimientos y actitudes que, combinados, coordinados e integrados, se necesitan para el ejercicio profesional efectivo; que sólo son definibles en la acción y en la práctica, con carácter dinámico y flexible; que pueden ser adquiridas a lo largo de la vida activa e incluye la capacidad de desarrollo, perfeccionamiento y adaptabilidad e implica una relación entre lo interno y lo externo de la persona.

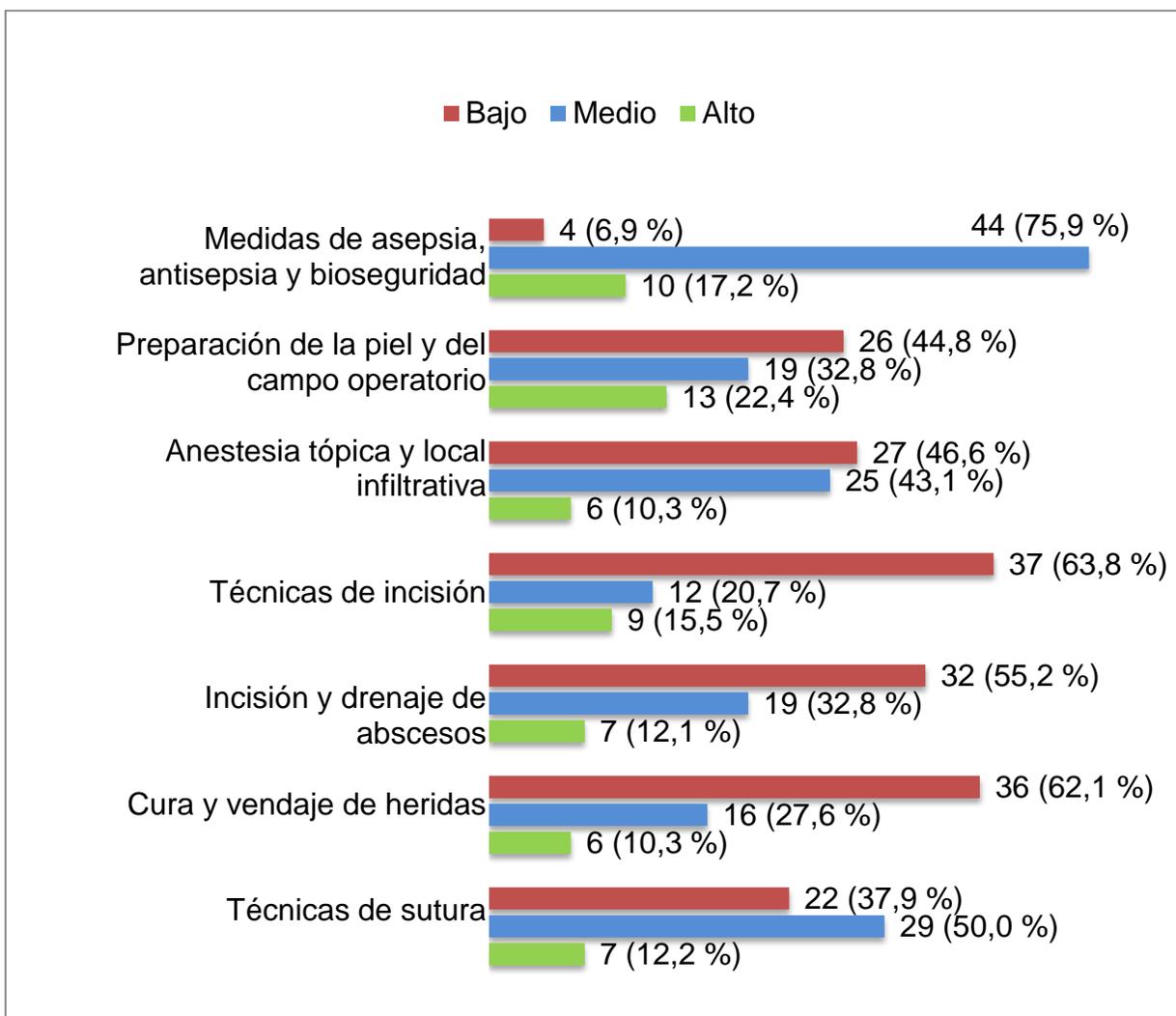
Se debe recordar primeramente que entre los conocimientos que debe dominar el médico general en la práctica quirúrgica se incluye especialmente la anatomía del objeto de su acción que es el paciente quirúrgico y de la región en la que se va a intervenir. También es muy importante hacer un diagnóstico lo más preciso posible de la lesión a tratar –independientemente del procedimiento que se emplee–, para ello, es necesario contar con el conocimiento suficiente.⁶¹

Otros elementos de suma importancia, que no deben pasarse por alto son la bioseguridad, como principales medidas para el cuidado de la vida en su amplio contexto, tal como menciona Castillo Paradas⁶⁹ en su tesis; o las técnicas anestésicas, cuya aplicación adecuada minimiza los efectos adversos y optimiza los resultados clínicos, así como otras técnicas que se exponen a continuación en el Gráfico 1.

Gráfico 1

Nivel de conocimientos de los MGI sobre aspectos básicos de APS en Cirugía.

Mayarí. 2020



Fuente: Tabla 1 (Anexo 6)

Los datos anteriores evidencian que los aspectos con mayores dificultades, a criterio de los MGI, fueron las técnicas de incisión, la cura y vendaje de heridas, y la incisión y drenaje de abscesos en ese orden, con calificación de mal en 63,8 %; 62,1 % y 55,2 % de los casos respectivamente.

El nivel de conocimientos sobre bioseguridad del personal de salud que presta servicio en una institución hospitalaria, representa un aspecto fundamental, pues es un grupo con mayor propensión a adquirir y transmitir infecciones intrahospitalarias. Sin embargo, predominó el nivel de conocimientos “medio” en las medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad con 75,9 %.

El dominio de estos elementos es imprescindible para el desempeño óptimo del especialista en medicina general. González Rodríguez⁷⁰ plantea que son ineludibles en la evaluación del residente de esa especialidad, por lo que al especializarse, el médico debe tener pleno dominio de ellos.

El autor comparte el criterio de Mendez Celis,⁷¹ quien considera que las destrezas y habilidades quirúrgicas de un médico van desde realizar una adecuada técnica aséptica, hasta aquellas como la reparación de una herida superficial por medio de puntos de sutura, infiltración de tejidos o la extracción de cuerpos extraños, por lo que deben sentirse seguros y con pleno dominio teórico para ejecutarlos.

Algunos resultados encontrados a partir de la sistematización realizada difieren de los resultados del presente estudio. Por ejemplo, Palpa Landa,⁷² en Lima, Perú, reportó que 60,0 % de los profesionales poseía un elevado nivel de conocimientos sobre bioseguridad, sin embargo, al llevarlos a la práctica, solo 32,5 % aplicó las normas de bioseguridad correctamente.

Sin embargo, Tamariz Chavarría⁷³ también en Perú, encontró en una institución hospitalaria, que el nivel de conocimientos sobre bioseguridad del personal de salud fue, en la mayoría de los casos, de medio (55,0 %) a bajo (19,0 %), y comentó que el resultado era alarmante, pues la población comprendida en el estudio laboraba en las áreas de hospitalización, similar a la presente investigación.

Esa investigadora,⁷³ demostró además que cuando los conocimientos sobre bioseguridad estaban en una escala medio/alta, las prácticas sobre bioseguridad alcanzaron un buen nivel (64,0 %); así mismo, si las nociones de bioseguridad eran deficientes, las prácticas llegaron a niveles bajos (18,0 %).

Pérez Naranjo⁷⁴ en Venezuela, reportó datos diferentes, pues al encuestar a médicos recién graduados sobre sus conocimientos y destrezas, obtuvo que 100,0 % de ellos se consideró capaz de suturar heridas simples y 86,1 % podía drenar abscesos.

Samaniego Ruiz,⁷⁵ en España, mostraba preocupación en cuanto a los procedimientos básicos y de urgencias, y planteaba que, en el mundo de las heridas, se ha demostrado que el nivel de conocimientos en materia de personas con lesiones y heridas es deficiente. Añadió a su comentario el hecho de que conocen mejor la prevención que el tratamiento, y que el conocimiento general dista de ser el ideal y la praxis diaria no llega a considerarse aceptable.

El dominio de las técnicas de sutura y la confección de nudos, el conocimiento profundo

de los materiales de sutura y el uso y manejo adecuado del instrumental para síntesis es primordial tanto para el estudiante como para el profesional.⁷⁶ El Cuadro 1 muestra la percepción de los MGI en cuanto a sus conocimientos sobre aspectos generales de cirugía en la APS.

Cuadro 1. Nivel de conocimientos de aspectos generales de APS en Cirugía de los MGI. Mayarí. 2020

Nivel de conocimientos	No. (n=58)	%
Alto	7	12,1
Medio	19	32,7
Bajo	32	55,2

La aplicación del cuestionario arrojó que el 55,2 % de los MGI tiene, a su juicio, un bajo nivel de conocimientos sobre aspectos generales acerca del tema. Mientras que solo 12,1 % consideró tener nivel alto.

Pese a las diferencias en los contextos educativo, sanitario y asistencial entre Cuba y otros países, que limitan de manera importante la utilidad de las comparaciones, es oportuno realizarlas para conocer el estado actual de la calidad en la formación teórica en diferentes regiones del mundo.

Laureiro Toledo⁶⁸ por ejemplo, en un Hospital de campaña en Nicaragua, enfocó su investigación hacia conocimientos sobre urgencias quirúrgicas y encontró que más de la mitad de los profesionales, al realizar el examen fueron calificados de mal. Esto coincide con el estudio de Ochandategui Camejo citado en esa investigación,⁶⁸ cuando al inicio de su estudio el 85,0 % de los profesionales tenían un nivel de conocimientos insuficientes.

Rodríguez Villamizar,⁷⁷ en Colombia, obtuvo datos diferentes en su estudio sobre percepción de competencias, pues el 52,9 % y 55,7 % de los profesionales refirió tener conocimientos adecuados en aspectos como la APS y la atención hospitalaria respectivamente, aunque concluyó que existen competencias específicas que deben ser fortalecidas en los profesionales del nivel primario.

En una investigación realizada en China, 15,2 % de los profesionales (médicos de familia, residentes y enfermeros) perciben tener un nivel de conocimiento teórico y habilidades prácticas alto en estas técnicas, 70,8 % un nivel medio y solo 14,0 % un

nivel bajo.⁷⁸

De la misma manera que un médico debe conocer la teoría que soporta al conocimiento, también debe dominar las habilidades que requiere la práctica profesional. Este será el punto de partida al momento de definir cuándo tratar o remitir al nivel especializado una determinada lesión.

Si bien las competencias pueden ser autoevaluadas por medio de la percepción, el desempeño lleva implícito el contexto profesional-laboral y las funciones asignadas y por tanto su aproximación asume una evaluación externa.

Según el modelo del profesional cubano, el egresado tratará de primera instancia las infecciones localizadas sin signos generales y los cuerpos extraños, solo remitirá si el paciente no mejora. El profesional deberá tratar de urgencia los tumores no viscerales superficiales y las heridas y, luego de una primera atención con la calidad requerida, será que se remita al segundo nivel de atención. El Cuadro 2 muestra cuál fue la conducta adoptada por los MGI ante determinados problemas de salud quirúrgicos.

Cuadro 2. Conducta de los MGI ante problemas de salud de APS en Cirugía

Problemas de salud	Conducta			
	Trata		Remite	
	No.	%	No.	%
Lesiones superficiales:				
Cicatrices	0	0	58	100,0
Lipomas	5	8,6	53	91,4
Quistes	5	8,6	53	91,4
Queloides	0	0	58	100,0
Ganglios	0	0	58	100,0
Urgencias:				
Cuerpos extraños	11	19,0	47	81,0
Abscesos	21	36,2	37	63,8
Abscesos calientes	24	41,4	34	58,6
Forúnculos	17	29,3	41	70,7
Hidradenitis	13	22,4	45	77,6
Heridas	5	8,6	53	91,4
Laceraciones	5	8,6	53	91,4

Las lesiones cutáneas constituyen de las alteraciones que con mayor frecuencia se observan en la exploración física. Sin embargo, los resultados expuestos evidencian dificultades importantes en cuanto a la conducta de los MGI en este ámbito, pues el 100,0 % de ellos remite cicatrices, queloides y ganglios, y solo 8,6 % trata lipomas y quistes.

En las lesiones urgentes demostraron, aunque muy bajo, cierto grado de resolutivez con respecto a lesiones no urgentes. 41,4 % de los médicos brindó tratamiento a los pacientes que acudieron con abscesos calientes, 36,2 % los abscesos y 29,3 % los forúnculos. Las heridas y laceraciones fueron remitidas por 91,4 % de los MGI, seguido de los cuerpos extraños (81,0 %) e hidradenitis con 77,6 %.

De manera general, una parte importante de los MGI remitió la mayoría de las lesiones. Algo similar concluyó Cruz Rodríguez,⁷⁹ al plantear que en el Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro de Santa Clara, los pacientes eran remitidos en muchas oportunidades, incluso sin ser examinados, y al entrevistar a los cirujanos, estos comentaron que tampoco existía seguimiento a los pacientes en la APS luego de recibir tratamiento en el servicio especializado.

En la región de Jaén, España, la CM que realizan médicos generales y enfermeras, abarca a un conjunto de procedimientos entre los que se encuentran los siguientes: abscesos (forúnculos y panadizos), cirugía ungueal, verrugas, lipomas, desbridamiento de heridas, cuerpos extraños de piel y subcutáneo, fibromas, papilomas, quistes, nevos, heridas, queloides, tumores cutáneos benignos entre otros similares.⁸⁰

La Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana y la Guía de práctica clínica de CM en Atención Primaria coinciden en cuanto a las patologías que pueden ser abordadas en APS. En esa región europea se tratan a este nivel las lesiones epidérmicas, dérmicas y subdérmicas (quistes, lipomas, entre otros), así como cirugía de la uña, cuerpos extraños, cirugía vascular y cirugía menor urgente como los abscesos, heridas y laceraciones.^{36,58}

Igarza Milián,⁸¹ plantea que en casos de urgencias el médico no podrá equivocarse en el diagnóstico y manejo inicial del paciente, pues de ello depende que este pueda llegar a la atención secundaria de salud en mejores condiciones y así lograr su recuperación.

García Ávalos⁸² planteó, al concluir su estudio, que en situaciones de urgencias destacaba la reparación y desbridamiento de heridas.

En la investigación realizada por Tarraga López,⁸³ las patologías mayormente

intervenidas por los médicos de familia fueron los abscesos con 21,1 % y los cuerpos extraños con 18,9 %. Los lipomas constituyeron los menos comunes con 2,7 %.

Castillo Vico⁸⁴ reportó, al concluir su investigación en Temuco, México, que el 28,0 % de las heridas, 14,0 % de los abscesos y 13,1 % de los lipomas fueron remitidos al segundo nivel de atención. No obstante concluyó que se resolvieron satisfactoriamente los problemas de salud de estos pacientes, pues se remitió un pequeño porcentaje de los casos.

Ní Riain,⁵⁷ al investigar sobre la actividad quirúrgica en el primer nivel de atención en Irlanda, concluyó que en seis meses los médicos generales realizaron un total de 4243 cirugías menores. Entre todos los procedimientos que tuvieron en cuenta el más practicado fue la biopsia, con 27,3 % seguido de la anestesia, con 15,8 %, los quistes solo fueron intervenidos en 3,3 % de los casos tratados.

Actualmente, la herida traumática es considerada una de las lesiones que con más frecuencia acuden a consulta en los servicios de urgencias, con un estimado de aproximadamente 32,0 %, así como también son motivo de consulta frecuente en los centros de APS.⁸⁵ En el estudio citado anteriormente,⁶¹ solo se trataron las laceraciones, equivalentes a 1,9 %.

Los forúnculos y los abscesos son lesiones que se presentan con cierta frecuencia en cuerpo de guardia de urgencias y que demandan atención por parte del MGI. El drenaje y aseo quirúrgico del forúnculo, así como la incisión y drenaje de su contenido de forma abierta de los abscesos cutáneos forman parte del manejo de estas lesiones por el especialista de atención primaria.^{86,87}

Las lesiones de piel y partes blandas, abarcan desde patologías autorresolutivas, hasta condiciones que comprometen la vida del paciente, en dependencia de múltiples factores de riesgo asociados tanto al enfermo, al ambiente, como a los agentes infecciosos involucrados en cada una de las manifestaciones clínicas que provocan. Es por ello que se espera del MGI un alto grado de competencia frente a cada una de estas enfermedades, ya que el tratamiento oportuno, en muchas instancias, puede ser crítico en el pronóstico y evolución de los pacientes.⁸⁶

A continuación, en el Cuadro 3 se expone la calidad en la ejecución de los procedimientos quirúrgicos menores por parte del MGI.

Cuadro 3. Ejecución de los procedimientos quirúrgicos menores de APS por el MGI

Procedimientos	Calidad del procedimiento					
	Buena		Regular		Mala	
	No.	%	No.	%	No.	%
Medidas de asepsia y antisepsia	29	50,0	16	27,6	13	22,4
Anestesia tópica y local infiltrativa	9	15,5	12	20,7	37	63,8
Reparación y sutura de laceraciones cutáneas	3	5,2	2	3,4	53	91,4
Reparación y sutura de heridas	3	5,2	2	3,4	53	91,4
Incisión y drenaje de abscesos	17	29,3	4	6,9	37	63,8
Plastias	0	0	0	0	58	100,0
Escisiones tangenciales	4	6,9	1	1,7	53	91,4
Escisiones fusiformes	3	5,2	2	3,4	53	91,4
Desbridamiento y resección de tejidos desvitalizados y necróticos	12	20,7	5	8,6	41	70,7

Los resultados que se observan en el Cuadro 3 no son favorables. Es válido señalar que los mayores porcentajes en la ejecución de los procedimientos correspondieron a mala calidad, pero esta clasificación incluye no solo una mala realización, sino también no realizarla.

El 50,0 % cumplió adecuadamente con las medidas de asepsia y antisepsia, 29,3 % realizó la incisión y drenaje de abscesos y 20,7 % desbridó y resecó tejidos desvitalizados y necróticos con buena calidad.

Estos resultados presentan relación con el Cuadro 2, donde se demostró que no se trataron cicatrices ni queloides, lo que coincide con que la plastia es una técnica que no se realiza por los especialistas en MGI, por lo que se consideró mala ejecución por 100,0 % de ellos. Sucedió lo mismo con las escisiones (tangenciales y fusiformes) y la reparación y sutura de heridas y laceraciones con 91,4 % en ambas técnicas.

Cuando se trata de una herida superficial, la reparación resulta una de las tareas básicas de atención médica primaria, tiene como objetivos principales: un rápido cierre, una cicatriz funcional, satisfactoria y con ello, evitar el desarrollo de un proceso infeccioso o complicaciones.⁷¹

La Cartera de Servicios de Atención Primaria de la Comunidad Valenciana establece como técnicas quirúrgicas realizables en APS las escisiones tangenciales, cilíndricas y

fusiformes, la reparación y sutura de laceraciones cutáneas, la CM de la uña, la incisión-drenaje de abscesos, así como las plastias, electrocirugía, criocirugía, trombectomía hemorroidal, laserterapia y quimioterapia.⁶⁵

Tapia Jurado³⁷ considera como maniobras a realizar por el médico general: la atención al paciente politraumatizado, el manejo de las heridas limpias y contaminadas, la selección de suturas, agujas, puntos y nudos, y los fundamentos de la anestesia local. También incluye dominar los procedimientos de venodisecciones en adultos y en niños, el desbridamiento de abscesos, resecaer quistes, lipomas, verrugas, uñas y cómo enfrentar la epistaxis, así como la extracción de cuerpos extraños.

Otros programas establecen la toma de biopsias incisionales y por raspado, y consideran como procedimientos menores las siguientes técnicas: aspiración, incisión, drenaje, desbridamiento, extracción, extirpación, biopsia, electrocoagulación, criocoagulación, infiltración anestésica, reparación y sutura.⁸⁸

Ní Riain⁵⁷ reportó que en el lapso de seis meses los médicos generales realizaron 16,9 % de escisiones para biopsias, 3,9 % de desbridamiento de tejidos necróticos y 3,2 % de incisión y drenaje de abscesos.

Según García Ávalos,⁸² dentro del abanico de procedimientos, en los últimos años destaca el uso de la electrocirugía o corriente oscilante de alta frecuencia, seguido de la criocirugía. Las escisiones abarcan 15,1 %, con una calidad técnica valorada de adecuada por 48,6 % de los observadores.

Pérez Unanua⁸⁹ reportó que el procedimiento quirúrgico aplicado que más se realizó fue escisión fusiforme en 31,4 % y el drenaje en 9,2 % de los casos. Por otra parte, Arribas Blanco⁹⁰ comentó que los procedimientos básicos esperados fueron, en ese orden, la reparación de laceraciones y heridas, el drenaje y seguimiento correcto de abscesos cutáneos y la exéresis de lesiones benignas.

Los anestésicos locales y regionales son herramientas esenciales para el tratamiento del dolor ya sea en APS o servicio de emergencias de mediana o baja complejidad. Los agentes pueden administrarse por vía tópica, por vía intravenosa, por infiltración directamente en el área a ser anestesiada, o en el área de los nervios periféricos para abastecer la región.^{63,91}

Se mencionan los bloqueos más comunes en estas áreas, los cuales se pueden utilizar tanto para traumas, escisión de biopsias o tumores benignos, entre otros. Se requiere conocimiento de la anatomía local y una práctica constante para poder aumentar la

agilidad.⁹¹

Pérez Naranjo,⁷⁴ al observar las habilidades quirúrgicas de los egresados de la Universidad de Carabobo, comprobó que normas tan elementales como las de bioseguridad fueron violadas en 16,6 % al no realizar lavado de manos ni vestirse adecuadamente, e igual cifra realizar el lavado quirúrgico incorrectamente. Los profesionales a los que se les evaluaron las medidas de asepsia y antisepsia realizaron estas maniobras de manera incorrecta. Sin embargo, todos los que anestesiaron realizaron la técnica adecuadamente.

La incisión y drenaje de un absceso es generalmente un procedimiento ambulatorio. La mayoría de los abscesos sin componente de celulitis se pueden tratar incluso sin antibióticos, según plantea Fitch,⁸⁷ al igual que otros investigadores.

En general, la esencia de las intervenciones quirúrgicas consiste en “incidir” y “suturar” (abrir y cerrar), por lo que el dominio de las técnicas de sutura y la confección de nudos, el conocimiento profundo de los materiales de sutura y el uso y manejo adecuado del instrumental para síntesis es primordial tanto para el estudiante como para el profesional.⁷⁶

Aún aquellos profesionales que solo ejercen la clínica, en innumerables oportunidades deberán anestesiarse y suturar a determinado paciente ante un accidente, una herida cortante u otras circunstancias, por lo que necesariamente deberán conocer el tema de las síntesis de los tejidos blandos para poder actuar adecuadamente.

Para Añorga Morales, el desempeño profesional es la capacidad de un individuo para efectuar acciones, deberes y obligaciones propias de su cargo o funciones profesionales que exige un puesto de trabajo. Esta se expresa en el comportamiento o la conducta real del trabajador en relación con las otras tareas a cumplir, durante el ejercicio de su profesión.¹

No obstante, existen elementos que inciden en el desempeño en actividades quirúrgicas de estos profesionales que se muestran en el Cuadro 4.

Cuadro 4. Factores que influyen en el desempeño del MGI en APS en Cirugía

Factores	MGI (n=58)		Cirujanos (n=8)	
	No	%	No	%
Preparación teórica	15	25,8	2	25,0
Habilidades	39	67,2	6	75,0
Recursos materiales	27	46,5	5	62,5
Falta de tiempo	18	31,0	4	50,0
Dificultades en la planificación y organización	25	43,1	3	37,5
Desinterés	6	10,3	2	25,0
Temor a complicaciones o resultados insatisfactorios	36	62,1	5	62,5

El Cuadro 4 expone que 67,2 % de los MGI y 75,0 % de los cirujanos consideraron las habilidades como uno de los factores clave en su desempeño, esto pudo conducir a que 62,1 % y 62,5 % de ellos respectivamente, refiriera que el temor a complicaciones o resultados insatisfactorios también define la actitud del especialista de atención primaria ante el paciente quirúrgico.

Tapia Jurado³⁷ explica que estas maniobras no deben condicionar temor al ejecutarlas, aunque sí deben verse con el debido respeto, pues algunas complicaciones de las mismas pueden generar morbilidad importante e inclusive mortalidad.

Pese a que en el presente estudio solo 31,0 % de los MGI consideró la falta de tiempo como factor que influye en su desempeño, el 50,0 % de los cirujanos opina que el incremento de la carga asistencial incide negativamente en su práctica quirúrgica.

La presión asistencial es una de las causas por las que el paciente pasa a ser tratado, incluso para pequeñas intervenciones, por el especialista en cirugía general. Cierta literatura⁶⁵ indica que la planificación de la agenda debe dedicar al menos de 5 horas semanales, repartidos en dos jornadas en días distintos, por lo que debe contar con ese tiempo para esas actividades.

Por otra parte, una adecuada organización interna, que tenga en cuenta los propios recursos humanos y materiales para brindar al paciente la mejor atención, de conjunto con una buena planificación del tiempo para poder llevar a cabo un mínimo de actos quirúrgicos, son factores que pueden incidir positiva o negativamente en el desempeño

de los profesionales y que pueden conllevar a su desmotivación.

Tárrega Felip⁵⁸ comentaba que la principal limitación que percibían los médicos de familia a la hora de incorporar la CM en su centro de salud fue la sobrecarga de trabajo (50,0 %). En segundo lugar se encontraban la falta de apoyo por parte del sistema y el propio desinterés (18,2 %).

Según ellos, la adecuación del medio y materiales disponibles (49,2 %) y la adecuación del horario laboral (33,8 %) constituyeron las premisas imprescindibles para implantar y desarrollar un programa de CM en condiciones. De hecho, más de la mitad de los MF (61,7 %) asumiría la CM dentro de su horario laboral si existieran las condiciones de espacio, material y personal sanitario auxiliar adecuados.⁵⁸

Otros autores, como Beneyto Castelló⁹² en España, consideran que la realización de estas técnicas, práctica habitual de los antiguos médicos de cabecera, se ha perdido en las últimas décadas, debido principalmente a la masificación, burocratización y abandono formativo de la medicina general.

En la práctica, el tipo de lesiones que se abordan en el contexto de la CM depende en gran medida del equipo que la realiza, de su experiencia, así como de las posibilidades técnicas y materiales de que dispone.⁸⁰

En Castilla y León, las intervenciones de CM forman parte de la actividad habitual de los equipos de Atención Primaria, aun cuando su organización deba adaptarse localmente a cada contexto en cada una de las Áreas de Salud.³⁶

Rodríguez Sánchez⁵⁰ al reflexionar sobre el tema, planteaba que a pesar de la existencia de un modelo de sistema y servicios de salud integrados, muestran fenómenos que debilitan la capacidad de respuesta a las necesidades de salud de la población, particularmente en el primer nivel de atención. Consideró también que persisten deficiencias en la Atención Primaria de Salud como: deterioro infraestructural de los consultorios, la carencia de materiales e insumos de trabajo; la inestabilidad de los servicios, elevados tiempos de espera en la atención, la ausencia o inestabilidad del médico o la enfermera por estar en cumplimiento de otras funciones.⁵⁰

En el estudio realizado por Cruz Rodríguez⁷⁹ en Villa Clara, 84,2 % de los cirujanos manifestó como algunos de los factores condicionantes de la calidad actual del proceso el poco dominio de la actividad quirúrgica ambulatoria por parte de los médicos de la APS y la carencia de materiales que atenta contra el óptimo desarrollo del proceso asistencial.

Cepero Franco⁹⁴ comentó que según criterios de los especialistas de MGI de la Zona Urbana de las Áreas de Salud Norte y Sur de Morón, los aspectos más importantes que incidieron en la calidad de su trabajo fueron la elaboración de muchos documentos (100,0 %), y el 45,8 % lo atribuyó a malas condiciones del consultorio.

Johnson Bruns⁹⁵ citaba otros elementos, como la falta de educación médica continua, así como ausencia de búsqueda de la auto-mejora profesional, tan imprescindible para el mantenimiento de los conocimientos y habilidades. Hizo alusión además a la necesidad de preparación de enfermeras, técnicos, administradores y personal paramédico, que realizan el cuidado clínico en curso, así como administra el centro de atención.

Elías Armas⁹⁶ identificó que la atención médica aplicada por una parte de los MGI, principalmente ante las urgencias médicas, no siempre alcanza la calidad requerida, y lo atribuyó a que la formación teórica y práctica que recibieron, no favoreció del todo su preparación para esta exigencia profesional.

Pérez Naranjo⁷⁴ en Venezuela, obtuvo como respuestas por parte de los médicos, que estos, se sentían capaces de realizar algunas de las maniobras en cuanto a conocimientos teóricos, sin embargo no hubo correspondencia entre la percepción de estos y las habilidades que demostraron, por lo que fue un factor que afectó el desempeño.

Las necesidades de aprendizaje se definen como la desviación real entre el desempeño práctico del individuo y el que el sistema de salud tiene previsto en esa función o puesto de trabajo, siempre que esta diferencia obedezca a falta de conocimientos, preparación o entrenamiento.²¹

En la presente investigación se determinó como factor principal la falta de habilidades. Un aspecto favorable es que todos los profesionales que formaron parte del estudio son jóvenes y muestran disposición para el aprendizaje e interés en elevar su competencia, y por lo tanto su desempeño, esto conllevará al dar solución a cualquier problema médico que se les presente.

Este estudio reveló que los MGI manifestaron carencias en los modos de actuación en CM en atención primaria, por lo que puede afirmarse, luego de valorar todos los aspectos involucrados que, de manera general, muy pocos MGI son competentes en el campo quirúrgico de APS. Esto en parte podría explicarse por la falta de sistematización en la formación continuada y la superación profesional, al demostrarse que uno de los

factores limitantes para la excelencia en la cirugía menor fue la capacitación técnica de los profesionales de salud.

El conjunto de actividades teórico-prácticas puede permitir a los interesados adquirir los conceptos básicos sobre técnicas quirúrgicas, así como desarrollar las habilidades prácticas que se debe de tener para realizar cualquier procedimiento de cirugía menor. El objetivo no es la obtención de un nuevo título, sino mejorar las competencias en una actividad que estos profesionales ya podrían ejercer.

Propuesta de superación.

FUNDAMENTACIÓN

La necesidad de aplicar tratamientos quirúrgicos se presenta en múltiples situaciones en la práctica diaria del médico de familia, tanto en la consulta programada como en urgencias o atención continuada. El MGI debe estar preparado para valorar y asumir, o remitir estas patologías.

Es conveniente que determinadas técnicas quirúrgicas sean conocidas y aplicadas por los MGI, por ser motivo de atención frecuente, por presentar en ocasiones riesgos graves y porque se trata de técnicas asumibles en este nivel asistencial, por no requerir, en la mayoría de los casos, de un material sofisticado disponible en casi todos los dispositivos de urgencias.

Internacionalmente, en los últimos años se aprecia un interés creciente por la CM en publicaciones, reuniones científicas y actividades de formación continuada de APS. Esta ampliación de la función profesional del Médico General Integral (MGI) significa realmente la recuperación de una práctica habitual que puede ser llevada a cabo por este.

En Cuba se registra una actividad quirúrgica menor con tendencia al incremento. Así lo demuestra el Anuario Estadístico de Salud,⁹⁷ que reportó 507 928 CM en 2015, que aumentaron anualmente hasta llegar a 667 874 en 2019. La provincia Holguín específicamente, en 2015 alcanzó las 38 451 CM, ya en 2019 ocupaba el segundo lugar en el país con 48 809 cirugías, solo superada por La Habana.

El mayor porcentaje de estas intervenciones, al menos en el municipio Mayarí, fue realizado por especialistas del segundo nivel de atención. Si se lograra involucrar a los médicos generales en esta actividad, tanto los pacientes, los profesionales, como el propio sistema de salud se beneficiarían en varios sentidos, lo que conllevaría al fortalecimiento de la APS orientado hacia esa dirección.

Pese a todo, la Cirugía menor, es aún una actividad minoritaria en la APS. Muchas son las ventajas e inconvenientes que los autores han encontrado en la realización de CM en este nivel de atención. Su transcendencia depende, en gran medida, de quien juzgue la actividad.

Este posgrado pretende contribuir al perfeccionamiento o la iniciación del médico de APS en los aspectos prácticos de la CM. Muchas de las consideraciones organizativas que se recogen, aunque procedan de publicaciones foráneas, han sido adaptadas a la experiencia de varios equipos de atención primaria.

Así mismo, y por las deficiencias de estructura y dotación de muchos centros de salud de Cuba, se han seleccionado procedimientos que instrumentalmente son practicables en casi cualquier entorno. Igualmente, se han intentado recopilar aquellas intervenciones técnicamente asumibles para la mayoría de médicos de APS interesados y con un entrenamiento mínimo.

El fortalecimiento del primer nivel de atención es la estrategia que hasta el momento ha demostrado mejores resultados en todo el mundo, tanto en países desarrollados como en aquellos aún en vías de desarrollo. En los países donde la APS es la base del sistema sanitario, los centros de salud primaria pueden resolver la mayoría de las demandas de salud, tienen menores gastos y mejores niveles de salud poblacional.⁵⁶

La Medicina Familiar en Cuba constituye actualmente la especialidad más importante del país y de ella depende el perfeccionamiento que paulatinamente pueda ocurrir en la Atención Primaria de Salud.

No obstante, existen brechas entre la formación del profesional de medicina y los resultados que se esperan de él en la solución de problemas; por otra parte, la velocidad en la producción de conocimientos de los últimos años, hace que la obsolescencia de técnicas y procederes sea cada vez más rápida.

A ello se debe que las tendencias actuales en la educación de posgrado se centran en transmitir conocimientos y habilidades, para desarrollar la capacidad de utilizarlos y aplicarlos en la práctica clínica, además de articular estrechamente el trabajo con el estudio, a lo largo de toda la vida profesional.⁵⁷

El especialista en Medicina General Integral debe tener las habilidades necesarias para realizar durante el proceso de atención a sus pacientes, todas las acciones que el mismo requiera de las diferentes especialidades médicas que se tratan en el nivel primario y que están enunciadas en el Plan de Estudio.

El entrenamiento propuesto por el autor permitirá que el MGI desarrolle las habilidades quirúrgicas que forman parte de las competencias profesionales específicas que están descritas para este especialista, y propiciará que los servicios médicos del municipio cuenten con un profesional más competente.

ENTRENAMIENTO

Título: Tratamiento a las lesiones superficiales y de urgencias en Cirugía menor en APS.

Profesor principal: Dr. Leandros Alberto Pérez Garcia

Claustro: Cirujanos del Hospital General Mártires de Mayarí

Nivel: municipal

Municipio: Mayarí

Forma organizativa: entrenamiento

Modalidad de dedicación: tiempo completo (8h de Lunes a Viernes)

Grado de comparecencia: presencial

Tiempo de duración: 398 horas (13 semanas).

Sistema de créditos: 13 (1 crédito cada 30 horas)

Profesionales a los que va dirigido: Especialistas en Medicina General Integral.

Sede: Policlínico Universitario "26 de Julio"

Total de plazas: 6 en cada edición.

Objetivo General: Adiestrar a los médicos generales integrales en la realización de procedimientos quirúrgicos menores para un mejor manejo de la cirugía menor en el área de salud de Mayarí.

No	Unidades	Horas de Teoría	Horas de Práct.	Horas de Eval.	Horas Est. Indep.	Total de horas	Sem	Crédito
1	Introducción al desarrollo del entrenamiento	6	0	4	20	30	1	1
2	Preoperatorio	2	12	2	14	30	1	1
3	Anestesia local	2	16	2	10	30	1	1
4	Diéresis y síntesis de los tejidos	2	32	2	24	60	2	2
5	Escisión-biopsia de piel y	2	12	4	10	30	1	1

	mucosas							
6	Cirugía menor programada en APS	2	40	4	16	62	3	2
7	Cirugía menor urgente	2	40	4	16	62	3	2
8	Cuidados postoperatorios y posibles complicaciones de la Cirugía menor	2	12	4	12	30	2	1
9	Seguimiento postoperatorio al paciente intervenido en Cirugía mayor	2	12	4	12	30	2	1
-	Examen final	0	0	8	24	32	1	1
	Total	22	180	38	162	398	19	13

Distribución de las horas:

El entrenamiento constará de un total de 398 horas, distribuidas en 22 teóricas (5,5 % del total de horas), 180 prácticas (45,2 %), 38 de evaluación (9,5 %) y 162 de estudio independiente (40,7 %) a lo largo de 19 semanas. Está organizado en nueve unidades. La duración teórica y práctica de cada unidad está en relación con la complejidad y extensión de los temas a abordar.

Actividades teóricas:

El contenido teórico se impartirá en el primer encuentro de cada nueva Unidad. La Unidad 2 (Preoperatorio) será impartida a través de conferencia. A partir de la tercera hasta la novena unidad, las actividades se realizarán a modo de talleres, en los cuales se comenzará con la proyección de videos cortos (de 5 a 10 minutos, estilo tutoriales) en correspondencia con las temáticas a tratar, lo que dará lugar a debates y discusión. Tendrán lugar en el escenario docente de la Filial de Ciencias Médicas Lidia Doce.

Actividades prácticas:

Para realizar estas actividades es de carácter obligatorio haber asistido a las sesiones teóricas. Cada jornada laboral iniciará con una charla donde se expliquen los objetivos específicos del encuentro y se retroalimenten brevemente los aspectos de mayor interés.

Unidad 1- Se impartirá en el escenario docente de la Filial de Ciencias Médicas Lidia Doce.

Unidad 2 - Tendrá lugar en la consulta externa de Cirugía en el Policlínico 26 de Julio, y se complementará en el salón de CM de dicha institución.

Unidades 3, 4, 5, 6, 8 - Se realizarán en el salón de CM del Policlínico 26 de Julio. Para la planificación de las intervenciones en las unidades 5 y 6, se tomará como referencia para la duración de una CM un máximo de 45 minutos, los que se prolongarán hasta una hora, pues se valora que inicialmente la destreza será menor, por lo que para comenzar se citarán alrededor de 6 casos diarios, lo cual podrá incrementarse en dependencia de la adquisición de habilidades.

Unidad 7 - Se desarrollará en la consulta de urgencias del Hospital General Mártires de Mayarí. Se planificarán guardias individuales de 8 horas de duración. A esta unidad se dedicará más tiempo por tratarse de la CM de urgencia, además de que en esta consulta la afluencia de pacientes no es predecible.

Unidad 9 - Se desarrollará en la consulta externa de Cirugía en el Policlínico Universitario "26 de Julio"

Estudio independiente:

Está programado el tiempo correspondiente al trabajo independiente o estudio individual orientado por los profesores y verificado en cada encuentro de estricto cumplimiento, para no iniciar ningún tema si no existe dominio del precedente.

Sistema de evaluación:

Evaluaciones parciales - La evaluación de las unidades 2 al 4, se realizará de manera teórica mediante la aplicación de un examen de dos horas de duración que tendrá lugar en el escenario docente. La evaluación práctica de estas unidades se realizará de manera conjunta a partir de la unidad 5, donde se requiere realizar todas estas maniobras obligatoriamente, por lo que las unidades 5 a 8 constarán de evaluación práctica que integrará todos los aspectos estudiados en los primeros temas, la cual se realizará en el salón de CM del Policlínico Universitario 26 de Julio y la consulta de urgencias del Hospital General Mártires de Mayarí.

Evaluación final - Constará de una evaluación práctica que consistirá en una jornada de CM programada de 6 horas que contemplará la realización de los distintos procedimientos. El examen teórico se realizará de forma oral por boletas, con duración de 2 horas. Ambas modalidades se realizarán de manera individual.

La nota final se emitirá mediante el análisis de la trayectoria demostrada, asistencia y evaluación final.

Medios de enseñanza:

Se proyectarán presentaciones digitales desarrolladas en Power Point, pues con estas se logra una mayor flexibilidad en el pensamiento, permite la utilización de esquemas, gráficos e imágenes, además permite enfatizar en la información deseada. La presentación digital se puede intercalar con el uso de la pizarra, ya que puede ser usada en cualquier momento sin el menor obstáculo y la máxima comodidad.

Métodos:

El entrenamiento se basa principalmente en actividades prácticas, donde predominen los niveles productivo y creativo. Específicamente se propone utilizar métodos problémicos, que son los que estimulan la actividad productiva, la independencia cognoscitiva y el pensamiento creador.

Para solucionar el problema, el cursista selecciona los conocimientos que ya posee del asunto en cuestión con vistas a utilizarlos convenientemente y, al comprobar que dichos conocimientos le son insuficientes para resolverlos, intentará buscar los elementos que le permitan hacerlo mediante el estudio independiente.

Dentro de las categorías de la enseñanza problémica se propone utilizar las tareas problémicas, que se seleccionarán a partir de casos reales que se presenten durante la guardia médica. Este es un método de búsqueda docente cognoscitiva para la solución de la cual se requiere encontrar el método de acción necesario o descubrir qué datos son insuficientes y donde están las contradicciones. El estudiante debe determinar el vínculo entre lo conocido y lo buscado y encontrar datos y métodos para cumplir el objetivo propuesto.

Contenido:

Unidad 1. Introducción al desarrollo del entrenamiento.

- Tema 1. Cirugía y Atención Primaria de Salud. Actividad quirúrgica del médico general integral.
- Tema 2. Inflamación.
- Tema 3. Agentes infecciosos en cirugía. Defensa del huésped contra la infección. Formas clínicas.
- Tema 4. Proceso de curación de heridas. Regeneración, reparación y cicatrización.
- Tema 5. Respuesta metabólica al traumatismo quirúrgico.

Objetivos:

- Relacionar las actividades de Cirugía y Atención Primaria de Salud con el MGI.

- Conocer los aspectos básicos de inflamación, infección, cicatrización y respuesta metabólica.

Unidad 2. Preoperatorio:

- Tema 1. Preoperatorio mediato. Valoración de pacientes de riesgo. Remisión a segundo nivel de atención.
- Tema 2. Preoperatorio inmediato. Exámenes complementarios. Uso de medicamentos en Cirugía.
- Tema 3. Área quirúrgica.
- Tema 4. Técnica aséptica. Bioseguridad. Lavado quirúrgico de las manos. Vestido de mesa Mayo. Lavado y antisepsia de la piel. Campo estéril. Precauciones universales.

Objetivos:

- Enumerar las diferentes actividades a llevar a cabo antes de la CM.
- Proporcionar al paciente toda la información sobre la CM.
- Evaluar e interpretar los resultados de laboratorio para la toma de decisiones.
- Valorar adecuadamente al paciente que se someterá a CM.
- Conocer los cuidados prequirúrgicos y el control de infecciones a través de la asepsia y antisepsia.
- Cumplimentar con la documentación requerida.

Unidad 3. Anestesia local:

- Tema 1. Anestesia locorregional. Aspectos generales.
- Tema 2. Tipos de anestésicos locales. Anestesia tópica.
- Tema 3. Técnicas de anestesia local infiltrativa.
- Tema 4. Complicaciones intraoperatorias producidas por la anestesia local.

Objetivo:

- Aplicar la anestesia locorregional.
- Tratar las complicaciones producidas por la inducción anestésica.

Unidad 4. Diéresis y síntesis de los tejidos:

- Tema 1. Instrumental y materiales.
- Tema 2. Incisión de la piel y disección de tejidos. Tipos de incisiones. Líneas de Langer. Tipos de escisiones. Hemostasia.
- Tema 3. Cierre tisular. Tipos y materiales de suturas. Técnicas de anudado. Tipos de puntos. Suturas estéticas.

Objetivo:

- Conocer y manejar de forma adecuada el instrumental básico.
- Adquirir destreza y seguridad en el manejo del instrumental y en las maniobras y técnicas quirúrgicas mediante su práctica paso a paso.

Unidad 5. Escisión-biopsia de piel y mucosas:

- Tema 1. Muestras de tejidos. Generalidades. Tipos de biopsias.
- Tema 2. Escisiones tangenciales. Escisiones fusiformes. Toma y manejo de las muestras para estudios anatomopatológicos.

Objetivo:

- Obtener, preparar y preservar muestras para análisis anatomopatológico.

Unidad 6. Cirugía menor programada en APS:

- Lipomas
- Quistes
- Queloides
- Cicatrices
- Ganglios

Objetivo:

- Identificar las lesiones básicas de la piel susceptibles de CM.
- Desarrollar desde el punto de vista práctico las técnicas quirúrgicas según las lesiones diagnosticadas.

Unidad 7. Cirugía menor urgente:

- Extracción de cuerpos extraños
- Heridas. Clasificación según causa, profundidad y estado bacteriológico. Manejo de las heridas.
- Laceraciones.
- Abscesos
- Forúnculos
- Hidradenitis
- Desbridamiento de tejidos necróticos

Objetivo:

- Establecer prioridades en los tratamientos de urgencias.
- Realizar los tratamientos pertinentes según diagnóstico.

Unidad 8. Cuidados postoperatorios y complicaciones de las heridas en Cirugía menor:

- Tema 1: Cuidados de la herida.
- Tema 2: Complicaciones más frecuentes de la CM básica. Prevención y tratamiento: Sangrado de la herida. Hematomas. Infección. Seromas. Granulomas. Reapertura de la herida y dehiscencia de la sutura. Cicatriz hipertrófica. Pigmentaciones anómalas en la cicatriz.
- Tema 3: Retirada de la sutura.

Objetivo:

- Indicar a los pacientes los autocuidados posoperatorios.
- Identificar y manejar adecuadamente los riesgos y posibles complicaciones en el proceso quirúrgico.

Unidad 9. Seguimiento postoperatorio al paciente intervenido en Cirugía mayor.

Objetivo:

- Brindar seguimiento de APS al paciente operado en Cirugía mayor.

Bibliografía básica:

- Arribas Blanco JM. Cirugía menor: y procedimientos de Medicina de Familia Volumen 1. España: Editorial Académica Española; 2021. 308 p.
- Bellido Vallejo JC. Cuaderno Enfermero sobre Cirugía Menor, Heridas y Suturas. 2018. España, Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaén. 77p
- García Montes CM. Manual de Cirugía menor para enfermería. Bubok Publishing; 2018. 28 p.
- Grupo de Cirugía menor y dermatología de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Manual práctico de Cirugía menor. 2012. Valencia, Diazotec SA. 255p
- Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 6ta Edición. 2018. Elsevier, España. 1101p
- Julián Jiménez A. Manual de protocolos y actuación en urgencias. 5ta Edición. 2021. España, Saned. 1898p
- Junta de Castilla y León. Guía de práctica clínica de cirugía menor en Atención Primaria. España, Gerencia regional de salud. 81p
- Márquez Martín R, Márquez Maldonado GE. Cirugía general para el médico general. 2da Edición. 2011. México DF: McGraw-Hill Interamericana Editores SA. 281p

- Tapia Jurado J. Manual de procedimientos médico-quirúrgicos para el médico general. 2005. México DF. Editorial Alfil. 503p
- Tarraga López P. Manual de Cirugía menor en Atención Primaria. España: Editorial Académica Española; 2019. 152 p
- Universidad Industrial de Santander. Manual de procedimientos quirúrgicos menores. 2019.

Aspectos a tener en cuenta para la implementación de las acciones.

- Acreditación de las actividades de posgrado en las diferentes modalidades de superación.
- Coordinación con la dirección de ambas instituciones de salud (Policlínico Universitario 26 de Julio y Hospital General Mártires de Mayarí) para garantizar las afectaciones de los participantes.
- Incorporar las actividades en la estrategia de superación docente en los meses correspondientes para garantizar las afectaciones de los participantes.
- Coordinación con los especialistas en Cirugía General la organización de los entrenamientos.
- Colegiar con los administrativos la disponibilidad de recursos para la ejecución de las actividades.
- Inclusión de las modalidades de postgrado en el plan de superación profesional y profesoral, previa coordinación con la dirección de las instituciones y con las Vice direcciones docentes.
- Coordinación con la Vicedirección de asistencia médica de las instituciones la participación de los profesores en las actividades planificadas.
- Debe existir un proceso de intercambio, diálogo y reflexión entre los profesores del colectivo de la asignatura y con los demás profesionales que interactúan con los estudiantes en el proceso de enseñanza sobre la problemática identificada.
- Deben abordarse los elementos de la propuesta, su marco teórico conceptual, objetivos y acciones para evaluar su funcionamiento en la práctica, así como conocer criterios para el rediseño o perfeccionamiento.

La fundamentación de las acciones está basada en las siguientes bibliografías:

1. Pichs Herrera BM. La educación superior en los municipios: Un cambio revolucionario hacia el desarrollo local. Revista Congreso Universidad [Internet].

- 2015 [citado 28 Feb 2021];4(3):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/rcu/article/view/935/874>
2. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educ Méd Super [Internet]. 2018 Mar [citado 28 Feb 2021]; 32(1):130-140. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1188/614>
 3. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. Propuesta de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 [citado 2022 Ene 30];16(6):973-984. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000600013&lng=es.
 4. Salas Perea R, Salas Mainegra A. Los modos de actuación profesional y su papel en la formación del médico. Rev Edumecentro [Internet]. 2014 ago. [citado 28 Feb 2021];6(2):6-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742014000200002&lng=es
 5. Solís Solís S, Pupo Poey Y, Rodríguez Gómez A, Hernández Muñoz VS, Olivares Paizán G, López Banteurt A. Competencias y desempeño profesional desde la educación médica. Facultad de Tecnología de la Salud [Internet]. 2019 [citado 28 Feb 2021];10(1):70-81. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/download/1382/960>
 6. Valcárcel Izquierdo N, Díaz Díaz AA. Evaluación de los procesos formativos desde la educación médica. Estudio de casos [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/evaluación-de-procesos-formativos-desde-la-educacion-medica-estudio-de-casos/>
 7. Salas Perea RS, Salas Mainegra L, Salas Mainegra A. Las competencias y la educación médica cubana; [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/lascompetencias-y-la-educacion-medica-cubana>

CONCLUSIONES

- Se fundamentó teóricamente el proceso de desarrollo de las competencias específicas en Cirugía menor de los médicos generales integrales.
- Según la percepción de los médicos generales integrales sobre su nivel de conocimientos acerca de la Cirugía menor, predominó el nivel bajo, con las mayores dificultades en las técnicas de incisión.
- Los médicos generales integrales remitieron al segundo nivel de atención gran parte de las lesiones que les corresponde tratar.
- Tanto los médicos generales integrales como los cirujanos consideraron que el principal factor asociado al desempeño en las actividades quirúrgicas fueron las habilidades.
- De manera general, el nivel de competencias específicas en Cirugía de los médicos generales integrales fue bajo.
- Se diseñó un entrenamiento sobre tratamiento a las lesiones superficiales y de urgencias en Cirugía menor en Atención primaria de salud.

RECOMENDACIONES

- Implementar el entrenamiento y evaluar sus resultados.
- Extender el entrenamiento a enfermeras y técnicos que participarán junto al médico en las actividades quirúrgicas menores como parte del equipo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Borges Oquendo LC, Añorga Morales JA. Dimensiones de la evaluación de impacto del posgrado académico desde la óptica de la Educación Avanzada en la Educación Médica. Educación Médica Superior [Internet]. 2015 [citado 2020 Oct 14];29(2):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/440/256>
2. Casas Gross SM, Vega Veranes F, Ramos Hernández L. Tendencias históricas en el proceso de dirección académica de la Facultad de Medicina No. 1 de Santiago de Cuba. Medisan [Internet]. 2021 [citado 15 Ene 2022];25(6):1492. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v25n6/1029-3019-san-25-06-1492.pdf>
3. Triviño Ronquillo LE, Cabrera García CC, Barberán Cevallos JP. Competencias profesionales: Desafíos en el proceso de formación profesional. Opuntia Brava [Internet]. 2019 [citado 28 Ago 2020];11(1):1-12. Disponible en: <http://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuniabrava/article/download/653/615>
4. Sariol Martínez E, Travieso Ramos N, Urbina Laza O, Vergara Vera I, Llosa Santana M. La sistematización en el desempeño como eje dinamizador en el desarrollo de competencias profesionales específicas. Revista cubana de Tecnología de la salud [Internet]. 2019 [citado 23 Oct 2021];10(3):88-96. Disponible en: <http://revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/viewFile/1564/1189>
5. Cabrera Diéguez L, Díaz Rojas PA, Gutiérrez Quiñones D, Pérez Carralero L, Quintana Velázquez DB. Caracterización genérica de competencias laborales para la preparación de los profesionales de enfermería. CCM [Internet]. 2018 [citado 2020 Nov 20];(4):79-89. Disponible en: <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/2273/1238>
6. Esteves Fajardo ZI, Maldonado Ríos I, Avilés Pazmiño MI, Matamoros Dávalos AA. Una visión de la educación de posgrado en la Educación Superior. Revista Científica de Investigación actualización del mundo de las Ciencias [Internet]. 2018 [citado 11 Nov 2020];2(2):184-198. Disponible en: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/708/1077>
7. Cabrera Marrero I, Crespo Zafra L, Portuondo Padrón R. El diseño curricular desde la perspectiva de la actividad profesional. Transformación [Internet]. 2017 [citado 2020 Dic 18];13(3):406-415. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552017000300010&lng=es&tlng=es

8. López Espinosa GJ, Valcárcel Izquierdo N, Lemus Lago ER, Valdés Mora M. Principios de las ciencias médicas o ciencias de la educación médica en educación de posgrado. Edumecentro [Internet]. 2018 [citado 2021 Oct 30];10(4):197-204. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742018000400014&lng=es
9. Fernández Oliva B, Espín Falcón JC, Oliva Martínez DB. El diseño curricular de cursos en Educación Médica. Educ Méd Super [Internet]. 2017 [citado 2020 Feb 27];31(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76449>
10. Hatim Ricardo A, Gómez Padrón I. Literatura básica. Módulo de Postgrado. Material de estudio de la Maestría de Educación Médica. La Habana: MES; 2002.
11. Fernández Martín J. La investigación en Atención Primaria de Salud. Rev Clin Med Fam [Internet]. 2018 [citado 2021 Dic 12];11(1):1-4. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2018000100001&lng=es
12. Serra Valdés M. La investigación en la formación de profesionales y en el profesorado de las ciencias médicas. Educación Médica Superior [Internet]. 2018 [citado 03 Dic 2021];31(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1194>
13. Perdomo Victoria I, Salazar Morales MR, Segredo Pérez AM, León Cabrera P. Desarrollo de investigaciones en salud pública desde programas docentes de posgrado. Revista Cubana de Salud Pública [Internet]. 2017 [citado 2020 Nov 22];43(2):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=76449>
14. Saura Llamas J, Astier Peña MP, Puntos Felipe B. La formación en seguridad del paciente y una docencia segura en atención primaria. Atención Primaria [Internet]. 2021 [citado 02 Feb 2022];53(1):[aprox. 11 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S021265672100233X>

15. Ministerio de Educación Superior. Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba. Resolución Ministerial No. 132/2004. Gaceta Oficial de la República de Cuba, edición extraordinaria. 2004:51-8.
16. Contreras Gutiérrez O, Urrutia Aguilar ME. Trascendencia de un programa de posgrado en sus egresados. Revista Iberoamericana de Educación. [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 18];74(1):59-74. Disponible en: <https://pdfs.semanticscholar.org/d809/2192a63e6c3a0a2be7369cb38aa53839c769.pdf>
17. Martínez Torres MR, Andaya Rodríguez D, Díaz Castillo R. Acciones didácticas para el diagnóstico precoz de las patologías quirúrgicas de urgencia mediante la asignatura Cirugía General. Opuntia brava [Internet]. 2021 [citado Dic 15];13(2):248-259. Disponible en: <https://index.pkp.sfu.ca/index.php/record/view/4136467>
18. Salas R, Salas A. Modelo Formativo del Médico Cubano, bases teóricas y metodológicas. [Internet] La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas; 2017. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros_texto/modelo_formativo_medico_cubano/modelo_formativo.pdf
19. Rodríguez Jiménez C, Franco Zarate NC, Ruido Taboada AM, Valverde Léis J, Gulín González R, Fontao Paradela M. Cirugía menor en Atención Primaria. Dos años de experiencia y evolución en el tiempo. Cad. Aten. Primaria [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 2018];25(1):10-14. Disponible en: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2019/05/Agamfec-25_Orixinais_2.pdf
20. Solís Solís S, Pupo Poey Y, Rodríguez Gómez A, Hernández Muñoz VS, Olivares Paizán G, López Banteurt A. Competencias y desempeño profesional desde la educación médica. Revista cubana de Tecnología de la Salud [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 19];10(1):70-89. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubtecsal/cts-2019/cts191i.pdf>
21. López Espinosa JG, Lemus Lago ER, Valcárcel Izquierdo N, Torres Manresa OM. La superación profesional en salud como modalidad de la educación de posgrado. Edumecentro [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 19];11(1):202-217.

- Disponible en:
http://www.revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1180/html_415
22. Valcárcel N, Díaz Díaz AA. Epistemología de las ciencias de la educación médica: sistematización cubana [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021. 265p. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/epistemologia-de-las-ciencias-de-la-educacion-medica-sistematizacion-cubana-2/>
23. Febles Rodríguez JP. La educación de posgrado, importante indicador de la calidad universitaria. UCE Ciencia. Revista de postgrado [Internet]. 2017 [citado 2021 Ene 19];5(1):1p. Disponible en: <http://uceciencia.edu.do/index.php/OJS/article/view/93/86>
24. López Espinosa GJ, Valcárcel Izquierdo N, Lemus Lago ER, Yera Alós IB, González Ramírez EE, Quintana Mugica R. Estrategia de superación profesional para la atención médica integral a la salud del trabajador. Edumecentro [Internet]. 2021 [citado 2021 Ene 19];13(3):22-41. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/edu/v13n3/2077-2874-edu-13-03-22.pdf>
25. Luzbet Gómez FR, Laurencio Leyva A, García Hernández A. La educación de posgrado y sus principales proyecciones en la educación superior cubana. Revflacso [Internet]. 2020 [citado 2021 Ene 19];8(2):225-232. Disponible en: www.revflacso.uh.cu/index.php/EDS/article/view/445
26. Fernández Oliva B, Espín Falcón JC, Oliva Martínez DB. El diseño curricular de cursos en Educación Médica. Educación Médica Superior [Internet]. 2017 [citado 2020 Nov 28];31(2):1-11. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/educacion/cem-2017/cem172q.pdf>
27. Jiménez Martínez M, García Milian AJ, Sosa Palacios O. Conocimientos en médicos generales integrales del diagnóstico y tratamiento de asma en pediatría. Horiz. sanitario [Internet]. 2020 [citado 2021 Jun 23];19(3):427-440. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592020000300427&lng=es
28. Bravo Hernández N, Elias Armas KS, Elias Sierra R. La preparación del médico general para la atención al paciente con urgencias médicas. AMC [Internet]. 2021 [citado 2022 Ene 03];25(2):e7804. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552021000200007&lng=es

29. Farray Álvarez O, Díaz Fernández G. Sistema de superación profesional para contribuir al impacto de la utilización de las tecnologías informáticas como medios en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Serie Científica de la Universidad de las Ciencias Informáticas [Internet]. 2020 [citado 2021 Ene 19];13(8):30-46. Disponible en: <https://publicaciones.uci.cu/index.php/serie/article/view/620>
30. Vela Valdés J, Salas Perea RS, Quintana Galende ML, Pujals Victoria N, González Pérez J, Díaz Hernández L, et. al. Formación del capital humano para la salud en Cuba. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 15 Dic 2021];(42):e33. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.33>
31. Bernaza Rodríguez GJ, de la Paz Martínez E, del Valle García M, Borges Oquendo LC. La esencia pedagógica del posgrado para la formación de profesionales de la salud: una mirada teórica, crítica e innovadora. Educ Med Super [Internet]. 2017 [citado 2021 Oct 30]; 31(4):1-15. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412017000400020&lng=es
32. Ministerio de Educación Superior. Resolución No. 140/2019. Reglamento de la Educación de Posgrado de la República de Cuba. Gaceta Oficial de la República de Cuba (13) 13-25. 2019
33. Rubio Olivares DY, Borges Oquendo, LC. Estrategia de cambio. Departamento de investigación y posgrado. Facultad de Ciencias Médicas “General Calixto García”. Rev Panorama. Cuba y Salud [Internet]. 2019 [citado 2021 Ene 19];14(3):26-31. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/cubaysalud/pcs-2019/pcs193e.pdf>
34. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educ Med Super [Internet]. 2018 [citado 2022 Ene 30]; 32(1):130-140. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412018000100013&lng=es.

35. Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. Propuesta de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 [citado 2022 Ene 30];16(6):973-984. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000600013&lng=es.
36. Blanco Franco MP, Bruzos González E, Canedo Canedo LE, González Fernández MA, Martínez Quiroga MF, Martínez Villanueva AI, et al. Guía de práctica clínica de cirugía menor en atención primaria; [Internet]. Valladolid: Gerencia Regional de Salud, 2020. 79 p. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/institucion/en/publicaciones-consejeria/buscador/guia-practica-clinica-cirugia-menor-atencion-primaria.files/327684-cirugia%20menor%20en%20Atencion%20primaria%28%20pdf%20en%20wed%29.pdf>
37. Tapia Jurado J, Pérez Castro JA, Castañeda Solís AK, Soltero Rosas P. El cirujano, la sincronización entre la mente y las habilidades manuales. UNAM [Internet]. 2018 [citado 21 Dic 2021];61(1):44-61. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/facmed/un-2018/uns181e.pdf>
38. Ramos Hernández R. Modelo pedagógico de competencias profesionales específicas para la formación del especialista de Medicina General Integral. [Tesis doctoral]. La Habana: Universidad de Ciencias Médicas “Enrique José Varona”; 2018. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php/index.php?P=DownloadFile&Id=736>
39. León Bórquez R, Lara Vélez VM, Abreu Hernández LF. Educación médica en México. FEM [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 24];21(3):119-128. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2014-98322018000300003&lng=es
40. Torres MP, Marulanda MI, Durán CM. Educación médica en América Latina: Venezuela. Educ Med [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 24];19(1):60-65. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300330>

41. Penny E, Collins J. Educación médica en el Perú. Educ Med [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 24];19(1):47-52. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1575181318300317>
42. Di Fabio JL, Gofin R, Gofin J. Análisis del sistema de salud cubano y del modelo atención primaria orientada a la comunidad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2020 [citado 14 Dic 2021];46(2):e2193. Disponible en: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2020.v46n2/e2193/>
43. Naranjo Ferregut JA. Formación de habilidades profesionales en los estudiantes de medicina en la Atención Primaria de Salud. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 24];22(3):523-533. Disponible en: <http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3401>
44. Izquierdo Palau S, Almira Cisnero AD, Izquierdo Palau Y, Ramírez Wong D. Antecedentes históricos de la Medicina General Integral en Cuba. Edumedholguín2021 [Internet]. 2021 [citado 2021 Nov 24]. Disponible en: <https://edumedholguin2021.sld.cu/index.php/edumedholguin/2021/paper/viewFile/432/194>
45. González Cárdenas LT, Cuesta Mejías L, Pérez Perea L, Presno Labrador MC, Fernández Díaz IE, Pérez Díaz TC, et. al. El Programa del médico y enfermera de la familia: desarrollo del modelo de atención médica en Cuba. Rev Panam Salud Pública [Internet]. 2018 [citado 2021 Nov 24];(42):e31. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2018.v42/e31>
46. García Núñez R, San Juan Bosch M, García San Juan C. Reseña histórica sobre la evolución de la especialidad Medicina General Integral en Cienfuegos. Medisur [Internet]. 2021 [citado 2021 Oct 14];19(3):399. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5026>
47. Castro Ruz F. Discurso pronunciado en la inauguración del combinado textil de Santiago de Cuba "Celia Sánchez Manduley", 27 de julio de 1983 [Internet]. La Habana: Consejo de Estado; 1983. [citado 2021 Oct 14] Disponible en: <http://www.cuba.cu/gobierno/discursos>
48. Clouet Huerta DE, González B, Correa K. Especialización médica en Chile: tipos, mecanismos y requisitos de postulación. Una actualización de los procesos para los médicos generales. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 [citado 2021 Nov 24];145(11):1454-1462. Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017001101454&lng=es

49. Hierrezuelo Rojas N, Fernández-Gonzales P, Girón Pérez E. Satisfacción de médicos especialistas en Medicina General Integral con el curso de superación en inglés. Edumecentro [Internet]. 2021 [citado 24 Nov 2021];13(1):60-74. Disponible en: <http://revedumecentro.sld.cu/index.php/edumc/article/view/1655>
50. Rodríguez Sánchez Y, Gómez Figueroa D, Diéguez Matellán D, de León Rosales D, Hernández Nariño D. Análisis de la capacidad de un servicio de urgencia de la Atención Primaria de Salud, mediante simulación. Revista Médica Electrónica [Internet]. 2020 [citado 28 Nov 2021];42(5):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/3588>
51. Ministerio de Salud Pública. Plan de estudios de la especialidad Medicina General Integral. La Habana: MINSAP; 2018.
52. Salas Perea RS, Salas Mainegra L, Salas Mainegra A. Las competencias y la educación médica cubana; [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/lascompetencias-y-la-educacion-medica-cubana>
53. Valcárcel N, Díaz Díaz AA. Evaluación de los procesos formativos desde la educación médica. Estudio de casos [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2021. 232 p. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/evaluacion-de-procesos-formativos-desde-la-educacion-medica-estudio-de-casos/>
54. Toledo Méndez MA, Cabrera Ruiz II. Formación laboral en atención médica integral desde las tareas docentes de la asignatura Psicología I. Educ Med Super [Internet]. 2016 [citado 12 Dic 2021];30(3):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S086421412016000300017&lng=es&nrm=iso&tlng=es
55. Salas Perea RS, Díaz Hernández L, Pérez Hoz G. Evaluación y certificación de las competencias laborales en el Sistema Nacional de Salud en Cuba. Educ Méd Super [Internet]. 2014 [citado 14 Dic 2021];28(1):50-64. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/398>
56. García Montes CM. Manual de Cirugía menor para enfermería. Bubok Publishing; 2018. 28 p.

57. Ní Riain A, Maguire N, Collins C. Minor surgery in general practice in Ireland- a report of workload and safety. BMC Fam Pract [Internet]. 2020 [citado 2022 Ene 22];23,21(1):1-15. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7310463/>
58. Tárrega Felip C. Protocolo asistencial de cirugía menor en atención primaria. [Tesis] Castellón de la Plana: Universidad "Jaime I de Castellón"; 2017. Disponible en: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/169843/TFG_2017_TarregaFelip_Celia.pdf?sequence=1
59. Cruz Rodríguez Javier. Brief Notes for the Necessity of Bringing Ambulatory Major Surgery Closer to Primary Health Care. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2018 [citado 2022 Ene 22]; 34(3):1-4. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252018000300001&lng=es.
60. Newsome K, McKenny M, Elkbuli A. Major and minor surgery: Terms used for hundreds of years that have yet to be defined. Ann Med Surg (Lond) [Internet]. 2021 [citado 2022 Ene 22];25(66):102409. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8178080/>
61. Fisher R, Alderwick H. New plan for supporting general practice in England. BMJ [Internet] 2021 [citado 2022 Ene 22];22(375):n2585. Disponible en: <https://www.bmj.com/content/375/bmj.n2585.long>
62. Zelada Pérez MM. Modelo curricular para el desarrollo de competencias informacionales en los profesores de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. [Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Educación Médica]. [Internet] La Habana: Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas "Manuel Fajardo". 2018 [citado 8 Ene 2021]. Disponible en: <http://tesis.sld.cu/index.php?P=FullRecord&ID=681>
63. Morales N, Serrano Calvo J, Orozco Montoya A. Bloqueos con anestesia local en cirugía menor. Revista Ciencia Y Salud [Internet]. 2021 [citado 14 Dic 2021];5(1):37-46. Disponible en: <http://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/216/342>
64. McCormack D, Frankel A, Gallagher J. Minor surgery in primary care has reduced minor surgery waiting lists: a 12-month review. Ir J Med Sci [Internet]. 2022

- [citado 2022 Feb 5];191(1):1-3. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8816307/>
65. Pérez Vega FJ, Domínguez Romero MD, Galiana Martínez JA, Lorenzo Peñuelas JR. Programa de Cirugía menor en Atención Primaria. Informe técnico. [Internet]. 2008 [citado 12 Ago 2021]; DCM0408. 88 p. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/281345102_Programa_de_cirugia_menor_en_atencion_primaria
66. Rodríguez Jiménez C, Franco Zarate NC, Ruido Taboada AM, Valverde Léis J, Gulín González R, Fontao Paradela M. Cirugía menor en Atención Primaria. Dos años de experiencia y evolución en el tiempo. Cad. Aten. Primaria [Internet]. 2019 [citado 15 Jun 2021];25(1):10-14. Disponible en: https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2019/05/Agamfec-25_Orixinais_2.pdf
67. Ministerio de Salud Pública. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana. Comisión Nacional de Carrera. Plan de estudio "D". Carrera de Medicina. La Habana: MINSAP; 2016.
68. Laureiro Toledo TM, Gómez Verano MR, Villamil Fumero K. Intervención educativa para elevar el nivel de conocimientos sobre urgencias quirúrgicas en especialistas de Medicina General Integral y Licenciados en Enfermería. Mediciego [Internet]. 2011 [citado 14 Dic 2021];17(1):[aprox. 8p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/1915>
69. Castillo Parada BN. Niveles de bioseguridad practicadas por profesionales de salud en atención a pacientes en consultorios de Juliaca 2016. [Tesis] Juliaca, Perú: Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez. 2017. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/249337212.pdf>
70. González Rodríguez R, Cardentey García J, Dans Blanco K. Propuesta de perfeccionamiento de tarjeta de habilidades específicas para la especialización en Medicina General Integral. Rev cub med gen integr [Internet]. 2020 [citado 14 Dic 2021];36(3):e1094. Disponible en: <http://revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1094>
71. Méndez Celis CA, Valderrama Treviño AI, Millán Hernández M, García Parra C, Martínez Quesada JM, Barrera Mera B, et. al. Evaluación de competencias quirúrgicas con un simulador híbrido para el cierre de una herida superficial.

- Investigación en educación médica [Internet]. 2018 [citado 14 Dic 2021];7(28):27-34. Disponible en: <http://riem.facmed.unam.mx/index.php/riem/article/view/31>
72. Palpa Landa AC. Nivel de conocimiento y prácticas sobre medidas de bioseguridad del personal de enfermería medicina E. Hospital del Niño-Lima 2020. [Tesis de maestría] Lima, Perú: Universidad César Vallejo. 2021. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/55024?show=full>
73. Tamariz Chavarria FD. Nivel de conocimiento y práctica de medidas de bioseguridad: Hospital San José, 2016. Horiz Med [Internet]. 2018 [citado 14 Dic 2021];18(4):42-49. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330021365_Nivel_de_conocimiento_y_practica_de_medidas_de_bioseguridad_Hospital_San_Jose_2016/fulltext/5c2a65f992851c22a35186cb/Nivel-de-conocimiento-y-practica-de-medidas-de-bioseguridad-Hospital-San-Jose-2016.pdf
74. Pérez Naranjo ME. Conocimiento de procedimientos médicos-quirúrgicos y obstétricos en egresados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Carabobo. Salus [Internet]. 2008 [citado 18 Ago 2021];12(1):23-29. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375938986007>
75. Samaniego Ruiz MJ. La importancia del conocimiento. Rev ROL Enferm [Internet]. 2022 [citado 18 Feb 2022];45(2):74. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8297856>
76. Hrdalo JC, Fiorentini JO, Schiaffi AL, Portillo BS, Santos CA, Serrano MR, et. al. Síntesis: Instrumental básico y materiales de sutura. [Internet]. 2020 [citado 14 Dic 2021]. Disponible en: <https://rehip.unr.edu.ar/xmlui/bitstream/handle/2133/18101/Etica%20Quir%C3%BAgica.pdf?sequence=2>
77. Rodríguez Villamizar LA, Vera Cala LM, Rivera R, Rojas OA, Uribe LM. Evaluación de percepción de competencias de trabajadores respecto del Modelo Integral de Atención en Salud Revista de la Universidad Industrial de Santander. Salud [Internet]. 2017 [citado 14 Dic 2021];49(2):302-311. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343851211005>
78. Z Zhou, C Wang, J Wang, H Yang, C Wang, W Liang. The knowledge, attitude and behavior about public health emergencies and the response capacity of

- primary care medical staffs of Guangdong Province, China. BMC Health Serv Res [Internet]. 2012 [citado 14 Dic 2021];12:338. Disponible en: <https://doaj.org/article/bf03dd4ea53f4a43839d371742a77035>
79. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez A, Zurbano Fernández J, Álvarez Guerra 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 2022 Ene 30];16(1):20-28. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2018000100005&lng=es
80. Delgado Díaz AM, Camacho Anguiano AY. Cirugía menor para enfermería. Un enfoque práctico. España: Grupo Editorial Círculo Rojo SL; 2019. 324 p.
81. Igarza Milian GM, González Ortega AM. Necesidades de aprendizaje en Caumatología del médico general integral desde el nivel primario de salud. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2018 [citado 14 Dic 2021];22(3):[aprox 10 p.]. Disponible en: www.revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3483
82. García Ávalos D, Pérez Milena A. Cambios del programa “cirugía menor” en un centro de salud tras 10 años. Diferencias en las técnicas, diagnósticos, cobertura y eficiencia en el proceso. Actualidad Médica [Internet]. 2019 [citado 14 Dic 2021];808:164-169. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/62180>
83. Tarraga López P. Manual de Cirugía menor en Atención Primaria. España: Editorial Académica Española; 2019. 152 p
84. Castillo VT, Olivares JF, Troc A, Ferrando M. Cirugía menor: experiencia en atención primaria. REMS [Internet]. 2005 [citado 14 Dic 2021];1(1):34-37. Disponible en: <http://rems.ufro.cl/index.php/rems/article/view/65>
85. Ameneiro Romero L, Arantón Areosa L, Sanmartín Castrillón R. Actualización clínica en heridas traumáticas de partes blandas. Enferm Dermatol [Internet]. 2019 [citado 14 Dic 2021];13(37):11-24. Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/10>
86. Flores R, Villarroel JL, Valenzuela F. Enfrentamiento de las infecciones de piel en el adulto. Rev. Med. Clin. Condes [Internet]. 2021 [citado 14 Dic 2021];32(4):429-441. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-enfrentamiento-infecciones-piel-el-adulto-S0716864021000754>

87. Fitch MT, Manthey DE, McGinnis HD. ¿Cómo se hace? Tratamiento quirúrgico de los abscesos. NEJM [Internet]. 2007 [citado 14 Dic 2021];357:e20. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoid=54254>
88. Moreno Alfaro M. Lo importante en Cirugía menor. España: Diego Marín Librero Editor SL; 2020. 60 p.
89. Pérez Unanua MP, Alonso Sacristán P, Roiz Fernández JC. Evaluación de las actividades de cirugía menor realizadas en el centro de salud. Medifam [Internet]. 2002 [citado 14 Dic 2021];12(1):100-102. Disponible en: <https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=13120024&r=27>
90. Arribas Blanco JM. Cirugía menor: y procedimientos de Medicina de Familia Volumen 1. España: Editorial Académica Española; 2021. 308 p.
91. Castro Galvis CA, Sánchez Flores LC, Herrera Novoa YJ, Vargas Cortés MC, Arévalo Jaimes L. Anestésicos locales en urgencias y no urgencias. S&EMJ [Internet]. 2021 [citado 05 Ene 2022];3:78-94. Disponible en: <https://medicaljournal.com.co/index.php/mj/article/download/57/111/151>
92. Beneyto Castelló F, Senán Sanz MR, Ortiz Díaz F. Cirugía menor en Atención primaria. Convocatoria a la 6ta edición del posgrado. Semfyc [Internet]. 2020 [citado 14 Dic 2021]. Disponible en: <https://campusvirtual.semfyc.es/course/info.php?id=231>
93. Baboudjian M, Mhatli M, Bourouina A, Gondran-Tellier B, Anastay V, Perez L, et al. Is minor surgery safe during the COVID-19 pandemic? A multi-disciplinary study. PLoS One [Internet]. 2021 [citado 14 Dic 2021];16(5):e0251122. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8112651/>
94. Cepero Franco S, Valdivia Parra L, Hernández Guzmán B, González Sánchez MC, Fernández Fernández AR. Valoración de la satisfacción del profesional con la especialidad como criterio para evaluar el desempeño profesional en especialistas de Medicina General Integral. Mediciego [Internet] 2004 [citado 14 Dic 2021];10(1):[aprox. 5p.]. Disponible en: <http://www.revmediciego.sld.cu/index.php/mediciego/article/view/2560/0>
95. Johnson T. El médico familiar rural en la sala de emergencia. PFR [Internet]. 23 de noviembre de 2016 [citado 2 de noviembre de 2021];1(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: <https://www.practicafamiliarrural.org/index.php/pfr/article/view/66>

96. Elias Armas KS, Bravo Hernández N, Elias Sierra R. La preparación del médico general para la atención al paciente con urgencias médicas. Arch méd Camagüey [Internet]. 2021 [citado 14 Dic 2021];25(2):e7804. Disponible en: <http://www.revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/viewFile/7804/3964>
97. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. Cuba. [Internet] 2020 [citado 14 Dic 2021]. Disponible en: <https://temas.sld.cu/estadisticassalud/2021/08/11/anuario-estadistico-de-salud-2020/>
98. Clerc PGB, Arneja JS, Zwimpfer CM, Behboudi A, Goldman RD. A randomized controlled trial of virtual reality in awake minor pediatric plastic Surgery Procedures. Plast Reconstr Surg [Internet]. 2021 [citado 14 Dic 2021];1;148(2): 400-408. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34398091/>

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Márquez M, Sansó Soberats FJ, Alonso Galbán P. Medicina General. Medicina Familiar. Experiencia internacional y enfoque cubano. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011.
- Pichs Herrera BM. La educación superior en los municipios: Un cambio revolucionario hacia el desarrollo local. Revista Congreso Universidad [Internet]. 2015 [citado 28 Feb 2021];4(3):[aprox. 16 p.]. Disponible en: <http://www.congresouniversidad.cu/revista/index.php/rcu/article/view/935/874>
- Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N, Ramírez Hernández BM. Las competencias profesionales específicas en la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Educ Méd Super [Internet]. 2018 Mar [citado 28 Feb 2021];32(1):130-140. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1188/614>
- Ramos Hernández R, Díaz Díaz AA, Valcárcel Izquierdo N. Propuesta de competencias profesionales específicas para la formación de los especialistas en Medicina General Integral. Rev haban cienc méd [Internet]. 2017 [citado 2022 Ene 30];16(6):973-984. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2017000600013&lng=es
- Rojas Fernández JC, Favier Torres MA. Por el rescate de los principios del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia. Rev Inf Cient [Internet]. 2020 [citado May 08 2021];99(2):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://www.revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2755>
- Ruiz Hernández JR. El ejercicio profesional de la medicina en Cuba. Legado villaclareño (1510-1985) [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas; 2021. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/el-ejercicio-profesional-de-la-medicina-en-cuba-legado-villaclareño-1510-1985>
- Salas Perea RS, Salas Mainegra L, Salas Mainegra A. El profesor en la educación médica contemporánea. Educ Med Super [Internet] 2018 [citado 2022 Ene 30];32(4):[aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://www.ems.sld.cu/index.php/ems/article/view/1570/730>
- Salas Perea RS, Salas Mainegra L, Salas Mainegra A. Las competencias y la educación médica cubana; [Internet]. La Habana: Editorial Ciencias Médicas;

2022. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/lascompetencias-y-la-educacion-medica-cubana>
- Salas Perea R, Salas Mainegra A. Los modos de actuación profesional y su papel en la formación del médico. Rev Edumecentro [Internet]. 2014 ago. [citado 28 Feb 2021];6(2):6-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S207728742014000200002&lng=es
 - Solís Solís S, Pupo Poey Y, Rodríguez Gómez A, Hernández Muñoz VS, Olivares Paizán G, López Banteurt A. Competencias y desempeño profesional desde la educación médica. Facultad de Tecnología de la Salud [Internet] 2019 [citado 28 Feb 2021];10(1):70-81. Disponible en: <http://www.revtecnologia.sld.cu/index.php/tec/article/download/1382/960>
 - Valcárcel Izquierdo N, Díaz Díaz AA. Evaluación de los procesos formativos desde la educación médica. Estudio de casos [Internet]. La Habana: Editorial de Ciencias Médicas, 2021. 232p. Disponible en: <http://www.bvscuba.sld.cu/libro/evaluación-de-procesos-formativos-desde-la-educacion-medica-estudio-de-casos/>

ANEXO 1

Cuestionario dirigido a los MGI

Estimado colega:

Se realiza una investigación como trabajo final de la maestría en Educación Médica para la obtención del título de máster. El objetivo este cuestionario es conocer el grado de desarrollo de las habilidades quirúrgicas y dominio teórico que usted considera que posee. Se garantiza el carácter anónimo de su respuesta y se agradece su participación y sinceridad en la investigación. Todas las respuestas se considerarán correctas.

Muchas Gracias

Preguntas generales:

Edad_____ Sexo _____

-¿Cuántos años de graduado tiene usted como especialista de EGI?

___ Menos de cinco años de graduado ___ 5 a 10 años ___ Más de 10 años

-¿Es usted Especialista de Segundo Grado? Sí_____ No_____

-¿Cómo consideras la preparación recibida durante la especialidad?

Excelente ___ Buena___ Regular ___ Mala_____

-¿Cómo evalúa su motivación hacia la especialidad en el momento actual?

Muy motivado___ Motivado___ Poco Motivado ___ Desmotivado _____

Los procedimientos quirúrgicos menores comprenden una serie de maniobras básicas, superficiales y por lo general no conllevan a complicaciones. ¿Cómo usted considera su preparación al respecto? Marque con una **X** según corresponda con la siguiente escala:

Excelente (5), Bien (4), Regular (3) y Mal (2).

No	Procedimientos	5	4	3	2
1	Medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad				
	Lavado quirúrgico de las manos				
	Uso de soluciones antisépticas				
	Enguantado y uso de medios de protección				
	Manipulación de instrumental y materiales				
2	Cura y vendaje de heridas				

	Lavado de la herida				
	Aplicación de medicamentos según tipo de herida				
	Hemostasia				
	Sutura				
3	Incisión y drenaje de abscesos				
	Localización del sitio de incisión				
	Eliminación de esfacelo y tejido necrótico				
4	Preparación de la piel y el campo operatorio				
	Uso de soluciones antisépticas				
	Mantenimiento de la antisepsia del sitio				
5	Anestesia tópica y local infiltrativa				
	Selección del anestésico				
	Sitio de punción				
	Dosificación				
	Área que abarca la técnica				
	Manejo de las complicaciones				
6	Técnicas de incisión				
	Tipos de incisión				
	Seguimiento de líneas de Langer				
	Márgenes quirúrgicos				
7	Técnicas de sutura				
	Selección del material				
	Tipos de nudos				

ANEXO 2

Cuestionario dirigido a los MGI

Estimado colega:

Se realiza una investigación como trabajo final de la maestría en Educación Médica para la obtención del título de máster. El objetivo de este cuestionario es identificar los elementos que influyen en el desempeño actual de los MGI en cuanto a las entidades quirúrgicas que deberían tratarse en APS. Se garantiza el carácter anónimo de su respuesta y se agradece su participación y sinceridad en la investigación. Todas las respuestas se considerarán correctas.

Muchas Gracias

El especialista en Medicina General Integral es un profesional de perfil amplio con un poder de resolutivez en la atención primaria. En los servicios médicos tanto de urgencias como de consulta existen dificultades con el desempeño de estos profesionales. Marque con una X las causas (no hay límite para la selección) que a su consideración como MGI propician estos resultados. En los espacios en blanco puede poner otra causa que usted considere y no aparezca reflejado.

Factores	
Recursos materiales	
Dificultades en la planificación y organización	
Falta de tiempo	
Preparación teórica	
Habilidades	
Desinterés	
Temor a complicaciones o resultados insatisfactorios	
Otros:	

ANEXO 3

Cuestionario a los profesores

Estimado(a) profesor(a):

Usted ha sido seleccionado como especialista para emitir su criterio acerca de la propuesta de acciones diseñadas con el objetivo de contribuir al desarrollo de las habilidades quirúrgicas del MGI, específicamente en Cirugía menor.

En la tabla que se presenta, marque con una “x” la evaluación que usted considere que tienen los aspectos que se señalan a continuación:

Estructura y valor científico metodológico: Si la propuesta permite una fácil comprensión de su organización y contenido que posibilite que los MGI se apropien de las habilidades quirúrgicas básicas.

Pertinencia: Si las acciones pueden fortalecer la actuación de los MGI en las habilidades quirúrgicas menores.

Utilidad: Si las acciones responden a la problemática identificada en la calidad del desempeño, que necesita ser solucionada por su relevancia y actualidad.

Factibilidad: Si existen las posibilidades de ser aplicadas de acuerdo a los recursos humanos y tecnológicos disponibles en el Hospital General Mártires de Mayarí.

Aspectos	2	3	4	5
Estructura y valor científico metodológico.				
Pertinencia.				
Utilidad.				
Factibilidad.				

ANEXO 4

Guía para la observación del desarrollo de habilidades quirúrgicas del MGI durante su desempeño.

Objetivo: compilar información sobre el **desempeño del MGI en cuanto a habilidades, técnicas y patologías quirúrgicas a tratar en APS.**

Parte I

Se valoran los **problemas a resolver por el MGI** según su nivel de actuación.

1. Se marcará con "X" la conducta asumida por el MGI ante cada una de las afecciones siguientes:

No.	Lesiones quirúrgicas	Diagnost icó	Trató	Indicó complem entarios	Observó evolució n	Remitió	Remitió inicialme nte
1	Lesiones superficiales						
	Cicatrices						
	Lipomas						
	Quistes						
	Ganglios						
2	Urgencias						
	Heridas						
	Laceraciones						
	Abscesos						
	Abscesos calientes (por picaduras de insectos)						
	Forúnculos						
	Hidradenitis						
	Cuerpos extraños						

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA PARTE I DEL MODELO DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

Criterios:

1. Diagnosticó:

Realizó una exhaustiva anamnesis:

- Cumplió con las etapas del interrogatorio
- Se evidenciaron habilidades comunicativas
- Identificó los factores de riesgo

Realizó correcto examen físico:

- Identificó correctamente los signos clínicos

2. Trató:

Estableció y ejecutó el plan de tratamiento en correspondencia con el diagnóstico

- Siguió las normas de bioseguridad
- Anestesió
- Realizó incisión en caso de ser necesario o extrajo cuerpo extraño.
- Suturó

3. Indicó complementarios:

Indicó química sanguínea:

- Hemograma completo con eritro
- Coagulograma completo
- Glicemia

4. Observó evolución:

Indicó consulta evolutiva a los pacientes atendidos para su próxima guardia.

5. Remitió:

Remitió si después del tratamiento consideró que el paciente no mejoró o presentó alguna complicación (dehiscencia de la herida, hematoma u otros)

6. Remitió inicialmente:

En caso de que solo diagnosticara y luego remitiera, o cuando remitió inmediatamente sin siquiera diagnosticar la lesión.

Parte II

Se valoran las **técnicas quirúrgicas realizadas por el MGI**

2. Se marcará con “X” la destreza del MGI al realizar las técnicas siguientes*:

No.	Técnicas	Bioseguridad		Selección del instrumental		Asepsia e higiene quirúrgica		Técnica		Manejo de complicaciones**	
		A	I	A	I	A	I	A	I	A	I
1	Anestesia										
	Tópica										
	Local infiltrativa										
2	Heridas y laceraciones										
	Reparación										
	Sutura										
3	Incisión y drenaje										
4	Plastias										
5	Escisiones										
	Tangenciales										
	Fusiformes										
6	Desbridamiento y resección de tejidos necróticos										

Abreviaturas:

A: Adecuado

I: Inadecuado (Incumple con alguno de los criterios)

* El especialista podrá presentar alguna imprecisión y obtener calificación de adecuado, siempre y cuando el error no sea grave, se dejará a consideración del observador.

** Este criterio se mide solo en los casos que proceda, por tanto se colocará un guión “-” cuando no exista ninguna complicación.

INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA PARTE II DEL MODELO DE LA GUÍA DE OBSERVACIÓN

Criterios:

1. Bioseguridad

- Exige condiciones higiénicas adecuadas del local
- Lavado quirúrgico de las manos con uso de soluciones antisépticas
- Colocación de los guantes
- Uso de gorro, nasobuco, espejuelos o pantalla facial, sobrebata y botas
- Manipulación del instrumental

2. Selección del instrumental

- Conocimiento de las funciones y modo de uso de cada instrumento
- Selección del anestésico
- Selección del material de sutura

3. Asepsia e higiene quirúrgica

- Manipulación del anestésico y de la jeringa
- Uso de soluciones antisépticas en el sitio quirúrgico
- Colocación del paño hendido
- Manipulación del instrumental

4. Técnica:

- Anestesia local infiltrativa:
Sitio de punción, dosificación del anestésico, inducción del anestésico, efectividad
- Reparación y sutura de heridas y laceraciones:
Hemostasia, limpieza de los bordes, retirada de cuerpos extraños si presentara, reparación con seguimiento adecuado de la anatomía, uso de sutura según la región (si requiere estética, si son hemostáticos o no)
- Incisión y drenaje:
Localización de la zona más declive y fluctuante, evacuación de la mayor cantidad de contenido, esfacelo y tejido necrótico, uso de solución antiséptica
- Plastias:
Reparación del defecto de piel
- Escisiones:

Margen suficiente de los bordes, hemostasia, retirada de otras lesiones circundantes semejantes a la lesión principal

- Desbridamiento y resección de tejidos necróticos:

Uso de soluciones antisépticas, eliminación del tejido desvitalizado, no dañar estructuras vecinas, hemostasia

5. Manejo de complicaciones:

- Anestesia:

Reacciones adversas ocasionales: prurito, erupción cutánea, visión borrosa, náuseas, vómitos, ansiedad, sensación de frialdad.

En elevadas dosis o por administración intravenosa: depresión cardiovascular, arritmias, convulsiones

- Para el resto de las técnicas: dehiscencia, hematoma, hemorragia
- En el caso del desbridamiento y resección de tejidos necróticos se valora también el daño a estructuras vecinas

Parte III

Se valoran los **aspectos generales de la actuación del MGI en el campo quirúrgico**.

3. Se marcará con "X" si el MGI demuestra o no tener dominio de los aspectos siguientes:

No.	Aspectos a evaluar	Sí	No
1	Realiza un adecuado examen físico		
2	Demuestra conocimiento teórico		
3	Diagnostica correctamente		
4	Establece el plan de tratamiento en correspondencia con el diagnóstico		
5	Realiza el tratamiento con dominio de la técnica establecida		
6	Resuelve los problemas de salud del área quirúrgica que corresponden a APS.		

Observaciones:

ANEXO 5

Consentimiento informado.

Yo: _____ conozco que, en el Hospital General Mártires de Mayarí, se realiza una investigación que tiene el objetivo de proponer un entrenamiento para contribuir al desarrollo de las habilidades quirúrgicas en los médicos generales integrales del área de salud de Mayarí.

Se me ha informado que los resultados del estudio solo serán conocidos por los investigadores y no se revelarán sin autorización. Conozco que mi participación será útil para el perfeccionamiento de mi perfil.

Conocido lo antes planteado en este documento y aclaradas todas las dudas, expreso mi disposición de participar en esta investigación, con todos los datos que me soliciten.

Para que así conste, firmo el presente documento:

Nombre y Apellidos _____ Firma _____

ANEXO 6

Tabla 1. Nivel de conocimiento teórico de APS en Cirugía de los MGI. Mayarí. 2020

Indicadores	Alto		Medio		Bajo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Medidas de asepsia, antisepsia y bioseguridad	10	17,2	44	75,9	4	6,9
Preparación de la piel y del campo operatorio	13	22,4	19	32,8	26	44,8
Anestesia tópica y local infiltrativa	6	10,3	25	43,1	27	46,6
Técnicas de incisión	9	15,5	12	20,7	37	63,8
Incisión y drenaje de abscesos	7	12,1	19	32,8	32	55,2
Cura y vendaje de heridas	6	10,3	16	27,6	36	62,1
Técnicas de sutura	7	12,1	29	50,0	22	37,9

Fuente: Cuestionario 1 (Anexo 1)

Código Orcid del autor:

<https://orcid.org/0000-0003-2149-1913>