Machine Translated by Google
RCMSD - Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

La continuidad asistencial para pacientes quirúrgicos y la transición del hospital al hogar como estrategia de seguridad en el periodo postoperatorio.

Continuidad asistencial en pacientes quirúrgicos y la transición del hospital al domicilio como estrategia de seguridad en el periodo postoperatorio.

Continuidad de la atención al paciente quirúrgico y la transición del hospital al domicilio como estrategia de seguridad en el período postoperatorio.

María Luiza Gonçalves Tabacchi Assis
Médico egresado de la Universidad de Cuiabá (UNIC), con residencia en Cirugía General por la Municipalidad de São Paulo y especialización en Cirugía Dermatológica y Estética Avanzada por las Facultades de BWS.

RESUMEN

La seguridad del paciente quirúrgico no termina con la finalización del procedimiento quirúrgico o el alta hospitalaria. La transición de la atención del entorno hospitalario al domicilio constituye una etapa clínica particularmente vulnerable, caracterizada por una menor supervisión profesional continua, la transferencia de responsabilidades a pacientes y cuidadores, y la necesidad de integración entre los diferentes niveles y equipos de atención. Este artículo analiza críticamente la continuidad de la atención en el periodo postoperatorio, con énfasis en la transición hospital-domicilio, la planificación del alta, la comunicación clínica, la conciliación de la medicación, la educación del paciente, la identificación temprana de complicaciones y la gobernanza de los procesos de atención. Se trata de una revisión narrativa basada en literatura científica indexada y documentos de referencia institucionales. La evidencia demuestra que las intervenciones de transición estructuradas pueden reducir los reingresos y el uso no planificado de los servicios de salud, aunque la magnitud de los efectos varía según la población, la complejidad clínica y los componentes empleados. En poblaciones quirúrgicas, la planificación del alta, la educación individualizada, el seguimiento tras procedimientos de alto riesgo y ciertas modalidades de visitas domiciliarias muestran resultados favorables, pero la heterogeneidad metodológica impide la adopción de un modelo universal. Se argumenta que la seguridad postoperatoria debe entenderse como una característica integral del sistema de atención y no exclusivamente como un resultado técnico del acto quirúrgico. Por lo tanto, la integración entre la práctica clínica, los protocolos, la comunicación, la gestión de riesgos y la participación activa del paciente se presenta como un elemento central para una atención quirúrgica segura y continua.

Palabras clave: Seguridad del paciente. Continuidad de la atención. Cuidados postoperatorios. Alta hospitalaria. Atención domiciliaria. Gestión sanitaria.

ABSTRACTO

La seguridad del paciente quirúrgico no termina con la finalización del procedimiento operatorio ni con el alta hospitalaria. La transición de la atención del hospital al domicilio constituye una etapa clínica particularmente vulnerable, caracterizada por una menor supervisión profesional continua, la transferencia de responsabilidades a los pacientes y sus cuidadores, y la necesidad de integración entre los diferentes niveles y equipos de atención. Este artículo analiza críticamente la continuidad de la atención durante el periodo postoperatorio, con énfasis en la transición del hospital al domicilio, la planificación del alta, la comunicación clínica, la conciliación de la medicación, la educación del paciente, la identificación temprana de complicaciones y la gobernanza de los procesos asistenciales. Se trata de una revisión narrativa basada en literatura científica indexada y documentos de referencia institucionales. La evidencia indica que las intervenciones estructuradas de atención transicional pueden reducir los reingresos y la utilización no planificada de servicios de salud, aunque la magnitud del efecto varía según la población, la complejidad clínica y los componentes de la intervención. En poblaciones quirúrgicas, la planificación del alta, la educación individualizada, el seguimiento tras procedimientos de alto riesgo y las estrategias seleccionadas de visitas domiciliarias han demostrado resultados favorables, si bien la heterogeneidad metodológica impide la adopción de un modelo universal. Por lo tanto, la seguridad postoperatoria debe entenderse como un proceso longitudinal.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google
RCMSD - Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

La atención quirúrgica es una característica inherente al sistema asistencial, más que un resultado exclusivamente técnico del acto quirúrgico. La integración entre la práctica clínica, los protocolos, la comunicación, la gestión de riesgos y la participación activa del paciente se erige como un elemento central de la atención quirúrgica segura y orientada a la continuidad.
Palabras clave: Seguridad del paciente. Continuidad de la atención al paciente. Cuidados postoperatorios. Alta del paciente. Servicios de atención domiciliaria. Gestión de la salud.

1. INTRODUCCIÓN

La evolución de la cirugía moderna ha cambiado profundamente la capacidad de los sistemas de salud para...
Para tratar enfermedades agudas y crónicas, traumatismos, neoplasias y afecciones potencialmente incapacitantes.
desarrollo de técnicas menos invasivas, anestesia más segura, protocolos perioperatorios y
Los mecanismos de control de infecciones han permitido un mayor acceso y han reducido los riesgos asociados.
numerosos procedimientos. Sin embargo, la expansión de la capacidad técnica no ha eliminado la
Vulnerabilidad inherente en la atención quirúrgica. Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023)
Según el informe, anualmente se realizan más de 300 millones de intervenciones quirúrgicas en todo el mundo.
y que aproximadamente el 10% de los daños prevenibles relacionados con la atención se observan en contextos
eventos quirúrgicos, una parte significativa de los cuales ocurren antes o después de la operación.
Por este motivo, la comprensión contemporánea de la seguridad quirúrgica debe ir más allá de los límites establecidos.
El éxito técnico de una operación representa solo un paso en el proceso.
Curso terapéutico. Tras el procedimiento, persisten los riesgos relacionados con la infección.
sangrado, eventos tromboembólicos, cambios en la herida quirúrgica, dolor inapropiado
interacciones farmacológicas controladas, descompensación de enfermedades preexistentes y fallos en
Interpretación de los signos clínicos. Informe mundial sobre seguridad del paciente 2024 de la Organización Mundial de la Salud.
Los funcionarios de salud refuerzan esta perspectiva al estimar que las complicaciones pueden afectar hasta al 25% de los pacientes.
pacientes sometidos a cirugía durante la hospitalización, y una parte significativa del daño quirúrgico es potencialmente
evitable (OMS, 2024).
Esta transferencia de responsabilidad convierte la transición del hospital al hogar en un fenómeno.
simultáneamente clínico y organizacional. Dusek et al. (2015), al revisar las prácticas de transición de
Con cuidado, describen este período como un cambio que requiere coordinación y continuidad entre
Condiciones clínicas, necesidades de atención, profesionales y lugares de atención. La definición es...
especialmente relevante para la cirugía, en la que participan anestesiólogos, cirujanos, personal de enfermería, atención primaria,
Los servicios de atención domiciliaria y los cuidadores pueden participar en el mismo episodio terapéutico.
La fragmentación de este proceso crea oportunidades para la pérdida de información y la discontinuidad.
Las recetas pueden malinterpretarse y pueden producirse cambios en la medicación durante el transcurso del tratamiento.
Es posible que la hospitalización no se comprenda adecuadamente y que se identifiquen síntomas potencialmente relevantes.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

Estos pueden ser subestimados por el paciente. Rennke et al. (2013), en una revisión sistemática sobre
Las intervenciones de transición iniciadas en el hospital han demostrado que el período posterior al alta debe ser
analizado como una cuestión de seguridad del paciente y no simplemente como un problema administrativo o de otra índole.
utilización de camas.

La importancia de este debate también radica en el cambio en el perfil de los pacientes sometidos a...
procedimientos. Envejecimiento de la población, multimorbilidad, polifarmacia y mayor capacidad para
Las intervenciones en personas con enfermedades complejas aumentan la necesidad de planes postoperatorios.
Individualizado. Una misma cirugía puede generar necesidades de atención muy diferentes dependiendo de...
reserva funcional, apoyo familiar, capacidad cognitiva, condiciones socioeconómicas y presencia de
comorbilidades.

Ante este panorama, el presente artículo tiene como objetivo analizar la continuidad de la atención al paciente.
Atención quirúrgica durante la transición entre el hospital y el hogar, abordando los fundamentos de la seguridad postoperatoria.
atención operatoria, planificación del alta, comunicación clínica, educación del paciente, gestión
medicación, atención domiciliaria, gobernanza clínica y el papel de los indicadores en la evaluación.
de los resultados. La propuesta no es establecer un protocolo universal, sino examinar críticamente los resultados.
componentes capaces de hacer este paso más seguro y más acorde con las necesidades
Individuos.

2. METODOLOGÍA

El estudio se desarrolló como una revisión bibliográfica narrativa crítico-analítica, un enfoque apropiado.
a la integración de evidencia proveniente de diferentes diseños de investigación y documentos técnicos.
Se priorizaron los estudios institucionales. Estudios indexados en PubMed/MEDLINE, revisiones sistemáticas,
metaanálisis, ensayos clínicos y documentos producidos por la Organización Mundial de la Salud,
Ministerio de Salud y Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria en relación con la seguridad del paciente,
Cirugía segura, continuidad asistencial, planificación del alta y cuidados domiciliarios.
La estrategia de búsqueda conceptual consideró combinaciones de los términos seguridad del paciente, pacientes quirúrgicos,
continuidad de la atención, atención de transición, alta hospitalaria, atención postoperatoria, reingreso hospitalario,
Cuidado del hogar y expresiones correspondientes en portugués. Se han incorporado obras clásicas.
cuando sea necesario para comprender la evolución de los modelos de transición, mientras que las publicaciones
En el análisis de la evidencia contemporánea se priorizaron los hallazgos recientes.
La síntesis se organizó en áreas temáticas, evitando la interpretación aislada del reingreso hospitalario.
como único indicador de calidad. Resultados relacionados con el uso de
servicios, eventos adversos, comunicación, experiencia del paciente, continuidad e implementación de

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

procesos de atención.

Para preservar el rigor interpretativo, los resultados de las revisiones sistemáticas se describieron según las poblaciones y las intervenciones realmente estudiadas. Por lo tanto, la evidencia producida en poblaciones Se utilizaron prácticas clínicas generales para analizar los mecanismos de transición, mientras que las inferencias Específicamente, los estudios quirúrgicos se basaron principalmente en estudios de pacientes sometidos a procedimientos.

El análisis también incorporó documentos normativos brasileños debido a su relevancia para el contexto. Sistema nacional de salud. Protocolo para Cirugía Segura, desarrollado por el Ministerio de Salud y Anvisa. Se utilizaron como referencias Fiocruz y los materiales del programa Better at Home. Directrices institucionales para la seguridad quirúrgica y la atención domiciliaria.

Dado que se trata de una revisión narrativa basada exclusivamente en literatura y documentos públicos, no Se realizaron intervenciones sobre los participantes, se utilizaron historiales médicos o se recopiló información. identificable. Por consiguiente, este trabajo no constituye un estudio clínico original ni pretende serlo. para establecer relaciones causales más allá de las respaldadas por los estudios analizados.

3. La seguridad quirúrgica como un proceso longitudinal

La concepción tradicional de la seguridad quirúrgica ha centrado gran parte de su atención en los riesgos. directamente relacionado con el procedimiento, como identificación incorrecta del paciente, error del sitio Fallos quirúrgicos y anestésicos, hemorragias, infecciones y problemas de comunicación dentro del equipo. operativo. Estos riesgos siguen siendo fundamentales. En Brasil, el Ministerio de Salud, Anvisa y el Fiocruz (2013) estableció el Protocolo para Cirugía Segura con el propósito explícito de reducir Los incidentes, los eventos adversos y la mortalidad quirúrgica pueden mitigarse mediante medidas de seguridad estructuradas. Sin embargo, la distribución temporal de los daños en sí demuestra que la seguridad no puede... confinadas al quirófano. La OMS (2023) informa que se realizan más de 300 millones de cirugías. Se realizan anualmente y la mayoría de los eventos adversos asociados con daños quirúrgicos son prevenibles. Ocurre en los periodos pre y postoperatorio. En el informe global de 2024, la organización también destaca En pacientes hospitalizados, pueden producirse complicaciones durante la cirugía hasta en el 25% de los casos. Esta perspectiva conduce al concepto de seguridad longitudinal. El resultado quirúrgico depende de una cadena de decisiones que se inició antes del procedimiento y continuó durante toda la recuperación. Valoración preoperatoria, decisión terapéutica, ejecución técnica, anestesia, recuperación inmediata, alta. El cumplimiento de las directrices, la monitorización y la detección de complicaciones forman parte del mismo proceso. continuo, aunque se produzcan en lugares diferentes.

La fragmentación organizacional puede interrumpir este continuo. Cuando el profesional que recibe el

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

El paciente no tiene la información necesaria, o cuando el propio paciente no entiende la
Esto ocurre durante la hospitalización, creando una brecha entre la decisión clínica y su posterior implementación.
La literatura sobre traspasos perioperatorios describe estos pasajes como puntos vulnerables porque
La información debe seguir siendo precisa a pesar de los cambios en el equipo, el entorno y las responsabilidades.
En este contexto, la estandarización funciona como un mecanismo para reducir la variabilidad no deseada.
Las listas de verificación, los resúmenes estructurados, los criterios de alta y los mecanismos formales de transferencia pueden...
para evitar que la información crítica dependa únicamente de la memoria individual. El Ministerio de
Salud (2026) caracteriza los protocolos básicos de seguridad como instrumentos sistémicos y
Prácticas de gestión que promueven la comunicación, el trabajo en equipo y la gestión de riesgos.
Sin embargo, la estandarización no debe confundirse con la uniformidad clínica. Los protocolos definen
Existen requisitos mínimos y puntos de control, pero los pacientes presentan diferentes riesgos y capacidades.
autocuidado. La seguridad surge precisamente de la combinación de una estructura confiable y la
capacidad profesional para individualizar las decisiones dentro de ella.

4. El alta hospitalaria como intervención clínica y organizativa

El alta suele tratarse como un trámite administrativo determinado por la estabilidad clínica.
y debido a la ausencia de una necesidad inmediata de hospitalización. Esta interpretación es insuficiente. Alta
Modifica el entorno en el que se realizará el tratamiento y redistribuye las responsabilidades entre...
hospital, profesionales externos, paciente y familia. Por lo tanto, debe entenderse como un
intervención clínica planificada.
El ensayo aleatorio realizado por Jack et al. (2009), que evaluó un programa rediseñado de
Alta hospitalaria, se convirtió en una referencia en este campo. La intervención reunió la organización del seguimiento,
conciliación de medicamentos, educación individualizada y contacto con el farmacéutico después del alta.
hospital. Entre 749 adultos hospitalizados, los autores observaron una menor utilización del hospital en el 30
días posteriores en el grupo que participó en el programa en comparación con la atención habitual.
Aunque Jack et al. (2009) no estudiaron exclusivamente a pacientes quirúrgicos, sus principios
Estos principios son aplicables al debate sobre la transición. Un alta segura requiere que el plan de tratamiento sea...
traducido en pasos prácticos. Esto incluye comprender qué medicamentos se utilizarán, qué
fueron suspendidos, cómo cuidar la herida, qué restricciones deben observarse, cuándo regresar y
¿Ante qué síntomas debería un paciente buscar atención médica antes de su cita programada?
La literatura específica sobre cirugía refuerza esta necesidad. Jones et al. (2016), en una revisión sistemática
que identificaron tres ensayos aleatorios y siete estudios observacionales en poblaciones quirúrgicas,
Descubrieron que las reducciones de reingreso estaban asociadas con programas de planificación del alta y educación de

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

paciente, seguimiento en atención primaria después de cirugías de alto riesgo y ciertas
Estrategias de visitas domiciliarias. Los propios autores destacaron, sin embargo, la cantidad limitada y la
heterogeneidad de los estudios.

Otro aspecto clave es la preparación anticipada. Planifique el alta solo cuando se haya tomado la decisión de...
El alta del paciente ya se ha realizado, lo que reduce el tiempo disponible para identificar barreras. Necesidad de
Cuidador, dificultades de movilidad, acceso a medicamentos, capacidad para volver al trabajo,
Es posible prever de antemano las directrices y la disponibilidad de asistencia profesional.
desde el momento de la partida.

Por lo tanto, los criterios fisiológicos de estabilidad deben coexistir con los criterios funcionales y los relacionados con la atención.
La cuestión ya no es solo si el paciente puede abandonar el hospital, sino que empieza a incluir bajo qué condiciones.
El tratamiento puede continuar de forma segura fuera de él. Este cambio aparentemente semántico
Esto se traduce en una importante transformación de la alta dirección.

5. Comunicación clínica y transferencia de responsabilidad

La comunicación es un componente clínico de la seguridad. Incompleta, contradictoria o...
Las transmisiones realizadas sin una definición clara de responsabilidad pueden tener consecuencias muy significativas.
así como fallas técnicas. La transición postoperatoria aumenta este riesgo porque implica diferentes
distintos equipos y, a menudo, instituciones.

Dusek et al. (2015), al sistematizar las prácticas de transición, destacaron la coordinación entre
entornos y profesionales como elemento central de continuidad. Esta lógica es particularmente
Relevante en el período postoperatorio, cuando se dispone de datos sobre el procedimiento, las complicaciones, los dispositivos, la herida,
Los medicamentos y la atención de seguimiento deben seguir siendo accesibles para quienes asumen la responsabilidad del cuidado.

Las notificaciones de alta tienen al menos tres destinatarios diferentes. El primero es el paciente, quien
uno necesita comprender su propio plan terapéutico. El segundo es el miembro de la familia o cuidador, cuando
El tercero es el profesional o el servicio que proporcionará continuidad.
para dar seguimiento. La misma información puede tener que presentarse de diferentes maneras.
cada uno de ellos.

También es necesario distinguir entre la transferencia de información y la transferencia de responsabilidad.
El envío de un resumen no garantiza que haya un profesional realmente responsable del mismo.
Seguimiento. Los sistemas fragmentados pueden generar situaciones en las que diferentes equipos asumen...
¿Qué otra entidad asumirá la vigilancia, creando zonas de incertidumbre precisamente durante el período en que
Pueden empezar a surgir complicaciones.

Rennke et al. (2013) observaron que las intervenciones de transición iniciadas en el hospital son complejas y

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google
RCMOS – Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

a menudo compuesto de múltiples elementos. Esta característica ayuda a explicar por qué un
Una única solución de comunicación rara vez es suficiente: documentación, acceso, seguimiento, formación.
La rendición de cuentas y la gestión deben funcionar de manera coordinada.
En este sentido, una comunicación de calidad debe responder no solo a lo que sucedió, sino también a...
¿Qué sucederá? El diagnóstico, el procedimiento realizado y la evolución son fundamentales, pero deben ser...
acompañado de un plan, riesgos, problemas pendientes, seguimiento previsto y criterios de escalamiento.
La comunicación retrospectiva sin una orientación prospectiva es insuficiente para garantizar la continuidad.

6. Conciliación de la medicación y prevención de efectos adversos

La transición del hospital al hogar a menudo altera el régimen de medicación. Medicamentos
Los medicamentos que se utilizaban antes de la hospitalización pueden suspenderse, las dosis pueden modificarse y pueden introducirse nuevos fármacos.
Introducción. Analgésicos, anticoagulantes, antibióticos y medicamentos relacionados con afecciones.
En el periodo postoperatorio pueden coexistir afecciones crónicas, lo que aumenta la complejidad del tratamiento.
La OMS (2023) estima que la mitad de los daños prevenibles relacionados con la atención médica están asociados con
medicamentos e informes que indican que los daños relacionados con los medicamentos afectan aproximadamente a uno de cada 30 pacientes.
en la atención médica. Por lo tanto, la conciliación de medicamentos no debe considerarse una actividad
burocrático, pero un proceso de comparación sistemática entre los esquemas utilizados antes, durante y después de la implementación.
después de la hospitalización.
Jack et al. (2009) incorporaron la reconciliación y la revisión farmacológica entre los componentes de su
Intervención de alto nivel. El resultado general favorable del programa no nos permite atribuir el efecto.
Esto no se relaciona con la reconciliación de forma aislada, sino que demuestra que la gestión de medicamentos integra modelos de
transiciones capaces de reducir el uso posterior de los servicios hospitalarios.
En pacientes quirúrgicos, el riesgo puede aumentar por la coexistencia de prescripciones temporales.
con tratamientos crónicos. Guía que simplemente indica que se deben mantener los medicamentos habituales, para
Por ejemplo, puede resultar inadecuado cuando se han producido cambios durante la hospitalización. La lista de alta debe
para representar el régimen realmente previsto para ese momento clínico.
La comunicación también debe tener en cuenta la alfabetización en salud. Los términos técnicamente correctos no son...
Garantizan la comprensión. Horarios, duración, instrucciones, precauciones principales y diferencias en relación con
La información relativa a tratamientos previos debe presentarse de forma inteligible, sin pérdida de precisión clínica.
La reconciliación se convierte así en un claro ejemplo de la interacción entre la toma de decisiones médicas y la organización.
cuidado. Puede que se haya recetado el medicamento correcto y aún así puede ocurrir daño si el
La transición no garantiza que el paciente comprenda qué régimen debe seguir.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

7. Educación del paciente y detección temprana de complicaciones

La educación del paciente no es un complemento opcional al alta. Al salir del hospital, el paciente se somete a... ser uno de los principales observadores de su evolución. Su capacidad para reconocer cambios y Comunicar los síntomas puede determinar la rapidez con la que se evalúa una complicación.

Jones et al. (2016) encontraron reducciones en las tasas de reingreso en estudios de poblaciones quirúrgicas. asociados con intervenciones educativas específicas, aunque no todos los resultados han sido alcanzó significación estadística. Esta heterogeneidad sugiere que la educación no debe ser tratada como intervención homogénea: contenido, momento, método de comunicación, refuerzo y perfil de Los pacientes modifican su eficacia.

La guía debe distinguir entre los síntomas esperados y los signos que justifican una evaluación. Dolor, edema, Los cambios en las deposiciones, las limitaciones funcionales y las características de las heridas varían según El procedimiento y el período de recuperación. Las listas demasiado amplias y genéricas pueden provocar... La ansiedad, por otro lado, y la falta de orientación precisa pueden retrasar que las personas busquen ayuda.

Además, recibir información no es lo mismo que comprenderla. Dolor, efecto residual de los anestésicos, La ansiedad y el volumen de información recibida en el momento del alta pueden comprometer la retención. La participación del cuidador y el uso de materiales escritos o digitales pueden servir como... Mecanismos de redundancia de información.

Jack et al. (2009) incorporaron la educación individualizada en el diseño de su intervención, mientras que Jones et al. (2016) identificaron la educación del paciente entre los componentes evaluados. específicamente en poblaciones quirúrgicas. La convergencia entre estos estudios respalda la importancia transformar la información en habilidades prácticas de autocuidado, sin exceder los límites de evidencia disponible.

Estos resultados demuestran que la participación activa no implica una transferencia indebida de Responsabilidad. El paciente necesita recibir las herramientas para participar en su propia seguridad, pero El sistema sigue siendo responsable de proporcionar los canales adecuados para la comunicación, el seguimiento y el acceso. cuando ocurren eventos imprevistos.

8. Cuidados en el hogar y continuidad postoperatoria

La atención domiciliaria ocupa una posición particular en el continuo posterior a la hospitalización. Para ciertos Para los pacientes, la atención domiciliaria puede permitir la continuidad de la atención con una menor exposición al entorno. hospitalización y mayor proximidad a la rutina familiar. Para otros, la complejidad clínica puede requerir Institución institucional u otra forma de atención. La decisión debe basarse en criterios.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google
RCMOS - Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

capacidad clínica y de apoyo.

En Brasil, el Ministerio de Salud diferencia las modalidades de atención domiciliaria según la estabilidad del paciente.
Aspectos clínicos, dificultad de movilidad, frecuencia de atención y necesidad de recursos. La modalidad
AD1 abarca situaciones que requieren cuidados menos intensivos, mientras que AD2 y AD3 están destinados a...
usuarios que requieren atención, recursos y seguimiento más frecuentes.
(BRASIL, 2024).

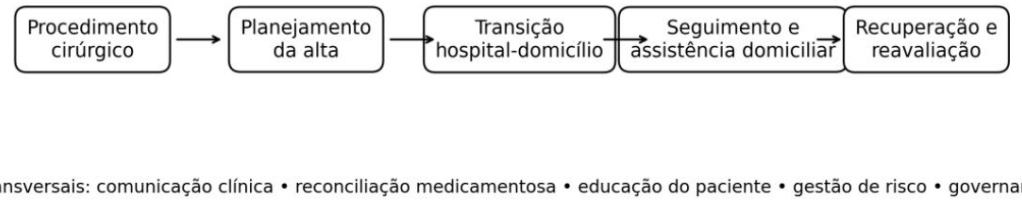
Esta estratificación es importante porque la atención domiciliaria no representa una única intervención. Puede
significa seguimiento periódico, cuidado de heridas, rehabilitación, manejo de dispositivos, administración
de terapias o asistencia multidisciplinaria más intensiva. La indicación debe estar relacionada
Necesidad clínica y capacidad operativa.

Los materiales del programa Better at Home incluyen herramientas de evaluación de elegibilidad y
La complejidad de la atención domiciliaria exige criterios específicos, lo que refuerza la necesidad de la transferencia al domicilio.
y planificación. Esta estructura institucional se alinea con la literatura sobre la transición al reconocer que
La continuidad depende de la adecuación entre las necesidades del paciente y la capacidad del entorno.
asistencia.

En pacientes quirúrgicos, la atención domiciliaria debe seguir vinculada a la posibilidad de...
Ajustes graduales. Algunos cambios se pueden gestionar en casa; otros requieren evaluación.
Citas presenciales, exámenes o visitas al hospital. Un modelo seguro requiere establecer los requisitos con antelación.
límites operativos y flujos de trabajo para situaciones que superen la capacidad de ese entorno.

Por lo tanto, la atención domiciliaria y hospitalaria no debe entenderse como estructuras.
competidores, pero como diferentes puntos en una red. La calidad de la transición depende de
La capacidad de preservar la información, la rendición de cuentas y el acceso durante todo este proceso de cambio.

Figura 1 – Continuidad de la atención en el proceso quirúrgico y ejes transversales de seguridad.



Fuente: elaboración propia, basada en la OMS (2023; 2024), Jack et al. (2009), Dusek et al.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

(2015) y Jones et al. (2016).

9. Gobernanza clínica, protocolos y gestión de riesgos

La seguridad postoperatoria depende de las decisiones clínicas individuales, pero también de la calidad de la...
El sistema en el que se implementan estas decisiones. La gobernanza clínica puede entenderse, en este contexto, como...
contexto, como la creación de estructuras capaces de respaldar la rendición de cuentas, la evaluación de resultados,
Estandarización de procesos críticos y mejora continua.
Los protocolos constituyen una de estas estructuras. El Ministerio de Salud (2026) caracteriza su
Protocolos básicos de seguridad como instrumentos sistémicos y gestionados, asociados a la mejora.
Desde la comunicación hasta el trabajo en equipo y la gestión de riesgos. El valor de un protocolo,
Sin embargo, no se trata solo de su existencia documental, sino también de su adhesión y capacidad de producción.
comportamiento de cuidado constante.
La experiencia internacional con la Lista de Verificación de Seguridad Quirúrgica ilustra esta lógica.
El protocolo brasileño para una cirugía segura, basado en la iniciativa de la OMS, utiliza controles.
estructurado para reducir incidentes y mortalidad. La relevancia de este modelo radica en transformar
acciones reconocidas como importantes en pasos deliberados y reproducibles (BRASIL; ANVISA;
FIOCRUZ, 2013).
El mismo principio se puede aplicar a los precios altos. Los criterios estructurados pueden incluir estabilidad,
revisión de medicamentos, comprensión de las instrucciones, programación de citas de seguimiento, necesidades
de cuidado de heridas, dispositivos, movilidad, apoyo en el hogar e identificación de señales de advertencia. La lista no
Sustituye el criterio médico, pero reduce la probabilidad de omisiones previsibles.
La gobernanza también implica examinar los fallos sin restringir el análisis al individuo. Una readmisión
Las pérdidas potencialmente evitables pueden resultar de una orientación insuficiente, dificultades de acceso o retrasos en...
seguimiento, problemas con la medicación o la inevitable progresión de la propia enfermedad.
La investigación debería intentar distinguir estos mecanismos.
Este enfoque permite sustituir una cultura puramente reactiva por una gestión proactiva.
riesgos. Cuanto más predecibles sean los puntos de vulnerabilidad, mayor será la posibilidad de construir
Se pueden establecer barreras antes de que ocurra un evento adverso.

10 indicadores, readmisión y evaluación de la calidad

El reingreso hospitalario se ha convertido en uno de los resultados más utilizados para evaluar las transiciones.
La relevancia es evidente: un regreso no planificado puede indicar una complicación, una interrupción del tratamiento o...

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

necesidad de atención no resuelta. Sin embargo, usar "reingreso" de forma aislada como sinónimo
La mala calidad conlleva interpretaciones inadecuadas.

Jones et al. (2016) encontraron reducciones en los reingresos asociados con diferentes estrategias en
Poblaciones quirúrgicas. Los programas de planificación del alta mostraron reducciones del 11,5%, 12,5% y
23% en los estudios incluidos; las intervenciones educativas mostraron reducciones del 14% y del 23,5%;
El seguimiento en atención primaria después de cirugías de alto riesgo redujo los reingresos en un 8,3%; y
Las visitas a domicilio mostraron reducciones del 7,69% y del 4%. No todos los resultados fueron
estadísticamente significativo, lo que refuerza la necesidad de interpretar la magnitud y el contexto.
juntos.

Rennke et al. (2013), al analizar las intervenciones de transición hospitalaria como estrategia de seguridad,
Observaron evidencia variable en todos los modelos y componentes. La conclusión es metodológicamente
Importante: la existencia de beneficios en ciertos programas no autoriza la suposición de que cualquier
Una intervención transitoria producirá el mismo resultado.

El ensayo de Jack et al. (2009) agrega otro punto relevante. Al combinar múltiples componentes,
El estudio demostró una reducción en el uso de los servicios hospitalarios después del alta, pero no permite identificar una...
El único elemento responsable del efecto. En sistemas complejos, los resultados a menudo siguen
a partir de la interacción entre diversas barreras de seguridad.

Por lo tanto, la evaluación de la calidad debe combinar indicadores. Reingreso, visita a la sala de emergencias,
complicaciones, eventos relacionados con medicamentos, infección, adherencia al seguimiento, contacto no planificado,
La experiencia del paciente y la mortalidad pueden proporcionar dimensiones complementarias. Indicadores de
proceso, como por ejemplo la proporción de pacientes con conciliación de medicamentos o seguimiento.
programados, también ayudan a identificar dónde está fallando la cadena.

El objetivo no debe ser eliminar todos los reingresos. Algunos reingresos son clínicamente necesarios y
Representan una respuesta apropiada a una complicación. El objetivo es reducir los eventos prevenibles y garantizar
De manera que, cuando se produzca un deterioro, este sea reconocido y tratado en el momento oportuno.

11. INTEGRACIÓN ENTRE LA PRÁCTICA QUIRÚRGICA, LA GESTIÓN Y LA FORMACIÓN MÉDICA

La complejidad de las transiciones pone de relieve que la excelencia técnica individual, si bien es indispensable,
Esto no basta para crear sistemas seguros. El médico contemporáneo trabaja dentro de redes.
compuesto por procesos, equipos, tecnologías y diferentes niveles de asistencia. Entender esto
La estructura se ha convertido en una parte relevante de la práctica clínica.

En cirugía, esta integración es particularmente evidente. El cirujano toma decisiones que tendrán
consecuencias después de que el paciente abandona el centro quirúrgico y, posteriormente, el hospital.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

calidad de la prescripción, registro de datos, orientación y comunicación con quienes continuarán el tratamiento.
El cuidado influye en la capacidad del sistema para ejecutar correctamente estas decisiones.
La gestión clínica aporta herramientas para transformar el conocimiento médico en procesos.
Reproducible. Auditoría, análisis de eventos, desarrollo de protocolos, indicadores y revisión de
Los diagramas de flujo nos permiten identificar las diferencias entre la atención planificada y la atención que realmente se presta.
Los protocolos del Ministerio de Salud (2026) explicitan esta relación al vincular la seguridad con
Comunicación, trabajo en equipo y gestión de riesgos.
La formación médica también desempeña un papel crucial. Enseñar seguridad del paciente únicamente como una herramienta no es suficiente.
Prevenir los errores técnicos no es suficiente. Los futuros médicos necesitan comprender la comunicación.
Continuidad, transición, trabajo multiprofesional y factores organizativos como elementos.
directamente relacionado con los resultados clínicos.
El Informe Mundial sobre la Seguridad del Paciente 2024 de la OMS refuerza la dimensión sistémica del problema al demostrar
que el daño relacionado con la asistencia sigue siendo relevante a nivel internacional y que esa parte
Es posible evitar daños sustanciales. En el ámbito quirúrgico, el informe describe la magnitud de...
complicaciones derivadas de la necesidad de intervenciones de seguridad en diferentes etapas de la ruta
atención sanitaria (OMS, 2024).
La formación de profesionales capaces de desenvolverse entre el razonamiento clínico y la comprensión sistémica.
Por lo tanto, constituye una estrategia de seguridad. No se trata de convertir a los médicos en...
administradores, pero reconocer que las decisiones clínicas son implementadas por organizaciones y que
La calidad de estas organizaciones influye en el resultado terapéutico.

CONSIDERACIONES FINALES

El análisis de la bibliografía lleva a la conclusión de que es fundamental comprender la seguridad del paciente quirúrgico.
como un proceso longitudinal. El procedimiento constituye un momento central, pero no
autosuficiente, con una trayectoria que comienza antes de la operación y continúa durante la recuperación, alta
y seguimiento. La calidad técnica de la cirugía y la calidad de la transición de la atención pertenecen a,
por lo tanto, al mismo sistema de seguridad.
La transición del hospital al hogar representa una de las etapas más delicadas de este proceso.
El paciente abandona un entorno caracterizado por la supervisión profesional continua y comienza a realizar parte de su actividad.
La importancia del tratamiento en un contexto donde el reconocimiento de los cambios depende, en mayor medida...
Este cambio requiere cierto grado de autoconocimiento y la participación de los familiares o cuidadores.
Debe planificarse como una intervención clínica.
La evidencia disponible sugiere que las estrategias de transición estructuradas pueden reducir

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google
RCMOS – Revista Científica Multidisciplinaria El Conocimiento.
ISSN: 2675-9128. São Paulo-SP.

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

Los reingresos y el uso no programado de los servicios no respaldan la idea de una intervención.
aislado o universalmente efectivo. Jones et al. (2016) demostraron los beneficios de diferentes
componentes en poblaciones quirúrgicas, mientras que Rennke et al. (2013) enfatizaron la heterogeneidad
de las intervenciones y la necesidad de cautela al definir modelos universales.

Este hallazgo tiene importantes implicaciones prácticas. La búsqueda de la seguridad no debería guiarse por...
no mediante la multiplicación indiscriminada de protocolos, sino mediante la identificación de los riesgos predominantes en cada caso.
población y mediante la construcción de barreras proporcionales a esos riesgos. Los protocolos son más útiles
cuando definen estándares mínimos de seguridad y permiten la individualización clínica.

La comunicación ocupa una posición transversal en todas estas estrategias. Dusek et al. (2015) demuestran
que la continuidad depende de la coordinación entre entornos y profesionales, mientras que Jack et al. (2009)
Demuestran que los programas estructurados pueden integrar educación, medicación y seguimiento. Uno
Un plan de tratamiento técnicamente correcto pierde efectividad cuando no sigue el progreso del paciente entre [diversas etapas].
diferentes entornos.

La atención domiciliaria, a su vez, debe entenderse como parte de una red y no como un servicio independiente.
Sustitución automática de la infraestructura hospitalaria. Su indicación depende de la elegibilidad.
complejidad, capacidad operativa y la existencia de flujos de escalada cuando el marco
excediendo lo que se puede realizar de forma segura en casa. Las modalidades brasileñas AD1,
AD2 y AD3 encarnan esta necesidad de estratificación.

También es necesario calificar el uso de indicadores. Los reingresos son relevantes, pero no
Representan el fracaso o el éxito de forma aislada. Una evaluación adecuada debe incorporar los resultados clínicos.
Uso en situaciones de emergencia, eventos adversos, experiencia del paciente e indicadores propios.

Procesos de transición. La atención segura no es aquella en la que nadie regresa al hospital, sino
Aquello que es capaz de evitar devoluciones prevenibles y reconocer rápidamente cuándo es necesario realizar una devolución.

Desde la perspectiva de la gobernanza clínica, la transición del hospital al hogar demuestra cómo la atención...
y la gestión se vuelven inseparables. Las decisiones individuales requieren sistemas que garanticen
Continuidad, comunicación, documentación, rendición de cuentas y evaluación. La seguridad surge de...
Interacción entre la competencia profesional y la fiabilidad organizacional.

Finalmente, reconocer el alta como parte del tratamiento modifica la propia definición de resultado.
quirúrgico. El éxito no se puede medir únicamente por la ejecución técnica inmediata, sino por la capacidad
para guiar al paciente de forma segura durante todo el período de recuperación. La cirugía finaliza en
En un momento dado, la responsabilidad de la continuidad de la atención debe mantenerse.
organizado hasta que el paciente alcance un estado compatible con la autonomía y la estabilidad clínica.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.

Machine Translated by Google

Año VII, vol. 2, 2026 | Envío: 28 de abril de 2026 | Aceptación: 7 de mayo de 2026 | Publicación: 22 de mayo de 2026

REFERENCIAS

BRASIL. Ministerio de Salud; AGENCIA NACIONAL DE VIGILANCIA SANITARIA; FUNDACIÓN OSWALDO CRUZ. Protocolo para cirugía segura. Brasilia, DF, 2013.

BRASIL. Ministerio de Salud. Modalidades de atención domiciliaria. Brasilia, DF, actualizado en 2024.

BRASIL. Ministerio de Salud. Protocolos básicos de seguridad del paciente. Brasilia, DF, actualizado en 2026.

BRASIL. Ministerio de Salud. Publicaciones del Programa Mejor en Casa. Brasilia, DF, actualizado en 2026.

DUSEK, B.; PEARCE, N.; HARRIPAUL, A.; LLOYD, M. Transiciones asistenciales: una revisión sistemática de las mejores prácticas. Journal of Nursing Care Quality, vol. 30, n.º 3, págs. 233-239, 2015. DOI: 10.1097/NCQ.0000000000000097.

JACK, BW et al. Un programa de alta hospitalaria rediseñado para disminuir la rehospitalización: un ensayo aleatorizado. Annals of Internal Medicine, vol. 150, n.º 3, págs. 178-187, 2009. DOI: 10.7326/0003-4819-150-3-200902030-00007.

JONES, CE et al. Intervenciones de cuidados de transición y reingresos hospitalarios en poblaciones quirúrgicas: una revisión sistemática. The American Journal of Surgery, vol. 212, n.º 2, págs. 327-335, 2016. DOI: 10.1016/j.amjsurg.2016.04.004.

RENNKE, S. et al. Intervenciones de atención transicional iniciadas por el hospital como estrategia de seguridad del paciente: una revisión sistemática. Annals of Internal Medicine, vol. 158, n.º 5 Pt 2, págs. 433-440, 2013.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Seguridad del paciente. Ginebra: OMS, 2023.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Informe mundial sobre la seguridad del paciente 2024. Ginebra: OMS, 2024.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Directrices de la OMS para una cirugía segura 2009: La cirugía segura salva vidas. Ginebra: OMS, 2009.

Este artículo se publica en acceso abierto bajo la licencia Creative Commons Attribution, que permite el uso, la distribución y la reproducción sin restricciones en cualquier medio, siempre que se cite correctamente la obra original.