

Estado actual de la Cirugía Mayor Ambulatoria

J. M.^a Capitán Vallvey

Introducción

La implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestros días es un hecho incuestionable y con una progresiva tendencia a su incremento; en la actualidad asistimos a una clara «ambulatorización» de los procedimientos quirúrgicos, aumentando el tipo y la complejidad de los mismos y ampliando los criterios de susceptibilidad de los pacientes que pueden ser candidatos a tal modalidad de gestión de la cirugía.

La aceptación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el momento actual es plena, tanto por el colectivo médico como por la sociedad, puesto que el número de casos es tan elevado que tal proceder quirúrgico ha demostrado por sí solo su utilidad, en el contexto de los probados beneficios para los diversos Sistemas de Salud y para el propio paciente.

Diversas definiciones intentan describir esta cirugía realizada de un modo ambulatorio. Sin embargo, conviene delimitar claramente términos que conceptualmente definen actuaciones distintas, tales como Cirugía Mayor Ambulatoria, Cirugía con Hospitalización Mínima, Cirugía de Corta estancia, Cirugía de Alta Precoz, Cirugía sin Hospitalización, Cirugía Mínimamente Invasiva, Cirugía de Día, Cirugía Sin Ingreso, Cirugía Ambulatoria Menor, y otros. Pese a los

distintos matices que cada definición encierra, el nexo común de todas ellas lo constituye la existencia de procedimientos quirúrgicos que se realizan con criterios de permanencia en el Hospital distintos a los tradicionales y ello supone una filosofía del manejo quirúrgico distinta a la convencional.

DAVIS determina, en 1987, distintos niveles de intensidad en los procedimientos quirúrgicos (7), y son estos niveles los que van a determinar los cuidados postoperatorios, (Cuadro I).

El término Cirugía Mayor Ambulatoria define la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizados con anestesia general, regional, local con sedación o local, que requieren cuidados postoperatorios poco intensos y de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario y pueden ser dados de alta pocas horas después del procedimiento (Nivel II de Davis). Por ejemplo, cirugía estándar de la hernia inguinal.

El término Cirugía de Corta Estancia define la atención a procesos subsidiarios de cirugía realizados con anestesia general, regional, local con sedación o local que requieren hospitalización entre 1 y 3 días (Nivel III de Davis). Por ejemplo, cirugía habitual del reflujo gastroesofágico.

El término Cirugía Ambulatoria, también llamado Cirugía Menor Ambulatoria, hace referencia a procedimientos breves que no

Palabras clave: Cirugía Mayor Ambulatoria

Fecha de recepción: Abril 2003

Seminario Médico

Año 2003. Volumen 55, N.º 2. Págs. 57-74

Cuadro I. Niveles de intensidad para procedimientos quirúrgicos (DAVIS, 1987)

- * Nivel I: Procedimientos realizados en Consulta Externa con anestesia local y que no requieren cuidados especiales postoperatorios.
- * Nivel II: Procedimientos de Cirugía Mayor que precisan cuidados postoperatorios específicos pero que no precisan para ello ingreso hospitalario.
- * Nivel III: Cirugía que precisa ingreso hospitalario.
- * Nivel IV: Cirugía que precisa cuidados muy especializados o críticos.

requieren observación postoperatoria, por lo que pueden ser dados de alta tras el procedimiento (Nivel I de Davis). Por ejemplo, cirugía de la uña encarnada.

Antecedentes históricos

Podemos decir que la cirugía ambulatoria existe desde los comienzos de la cirugía, y por tanto desde los comienzos del hombre. Los enfermos se operaban en su hogar. Pero la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) como sistema organizado y funcional nace a mitad del siglo XX en Inglaterra por iniciativa del Sistema Público de Salud para dar respuesta a las demoras existentes en los procesos quirúrgicos.

En 1907, BOLDT (8) describe series de pacientes intervenidas sin ingreso hospitalario y con deambulación precoz por parte de diversos ginecólogos (McDOWELL en 1817, SPENCER en 1883 y RIES en 1899).

El propio CUSHING utiliza (9) y recomienda el empleo de anestesia local para las intervenciones por hernia inguinal con la finalidad de no ingresar a los pacientes en el hospital pues *«este es el foco más concentrado de infecciones y de miseria»*.

VANCE, también en 1907, efectúa un estudio comparando dos grupos de pacientes laparotomizados; en el primer grupo sigue las pautas tradicionales de manejo postoperatorio con reposo en cama durante 3 ó 4 semanas; al segundo grupo le obliga a deambulación precoz a partir de las 24 horas de la intervención. Observa cómo este segundo grupo presenta menos complicaciones y una más rápida recuperación.

En Inglaterra, NICOLL publica en 1909 los buenos resultados en 8988 niños sometidos a cirugía y con el alta hospitalaria entre las 12 y las 48 horas tras la intervención (1). Este estudio pasa bastante desapercibido en la comunidad quirúrgica, tanto europea como norteamericana, donde ya surgían voces que insistían en la yatrogenia hospitalaria y en la reducción de las complicaciones postoperatorias cuando se practicaba cirugía ambulatoria.

En tal sentido llaman la atención las experiencias de LEITHAUSER (10), quién en contra de la práctica habitual, obligaba a pasear a sus pacientes a las 24 horas de la intervención. Pese a sus buenos resultados, este cambio de mentalidad que implicaban sus tesis (beneficios de la deambulación precoz postoperatoria) no se produjo en los ambientes quirúrgicos.

En 1955, FARQUHARSON interviene a casi 500 pacientes de hernia inguinal sin ingreso, recomendando además su deambulación precoz (2), actitud claramente opuesta a la postura tradicional, que mantenía estancias hospitalarias de más de 10 días para dicho proceso; pero ni sus buenos resultados ni los obtenidos por TRICE (11) consiguieron ese cambio de mentalidad en los cirujanos.

En 1961, STEPHENS ya describe cómo debe organizarse la cirugía en pacientes no hospitalizados (12).

En EE.UU. estos procesos de cirugía sin ingreso se incorporan y desarrollan rápidamente en la década de los 60, siendo su masiva aceptación una consecuencia de las

características del sistema de salud americano, de modo que las compañías aseguradoras y los hospitales privados ven en esta forma de gestionar la cirugía una importante fuente de reducción de gastos. Debemos destacar las experiencias pioneras de COHEN y DILLON en 1962 en la Universidad de California (3), quienes enfatizan que la seguridad de los pacientes no depende del ingreso o no en el Hospital, sino de la adecuada actuación quirúrgica y anestésica. Un año antes el Butterwoth Hospital de Michigan llevó a cabo experiencias similares. La creación del *Surgicenter* de Phoenix (Arizona) en 1969 por REED y FORD constituye una innovación decisiva en la asistencia sanitaria, al demostrar que una institución independiente del Hospital puede proporcionar igual calidad en la asistencia y con un menor coste. Constituye un punto de inflexión a partir del cual se modificará sustancial y conceptualmente la asistencia quirúrgica a los pacientes. A partir de entonces sucede una auténtica eclosión de este tipo de *freestanding day surgery units*.

En 1972, DAVIS y DETMER describen (13) un programa protocolizado de Cirugía Mayor Ambulatoria y años más tarde analizan sus resultados (14). Es este cirujano, DAVIS, quien acuña en término de Cirugía Mayor Ambulatoria al publicar en 1986 un libro con dicho título (4).

En 1974 se constituye la Federated Ambulatory Surgery Association (F.A.S.A.); en 1984 se crea la Society for Ambulatory Anesthesia (S.A.M.B.A.); en 1990 se constituye la British Association of Day Surgery (B.A.D.S.). La Federated Ambulatory Surgery Association actualmente agrupa a más de 3.300 Centros de Cirugía Ambulatoria en los EE.UU. que realizan al año alrededor de unos 6 millones de intervenciones quirúrgicas. El coste de los procedimientos realizados en los Centros de Cirugía Ambulatoria es casi un 50% menor que en los hospitales convencionales, según estudios de las compañías aseguradoras (17).

En nuestro país la CMA se desarrolla a partir de la década de los 80, y en especial en

la década de los 90, siendo la primera publicación de la RIVERA y GINER, en 1988 (5). En esa década se asientan las primeras Unidades de Cirugía Mayor ambulatoria en Viladecans, Granada, Toledo, Denia, Sevilla, etc. En 1992 el Ministerio de Sanidad y Consumo publica la Guía de Organización y Funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria (6) y en 1994 se crea en nuestro país la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (A.S.E.C.M.A.), que es miembro de la International Association for Ambulatory Surgery (I.A.A.S.) creada en 1995.

Ventajas de la Cirugía Mayor Ambulatoria

El porqué de la enorme expansión y aceptación de la Cirugía Mayor Ambulatoria se nos hace evidente si analizamos las distintas ventajas que tal modalidad de gestión de procesos conlleva. La resolución de procesos quirúrgicos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria ha demostrado tener, en base a la amplia experiencia mundial, innegables ventajas tanto para el paciente, la sociedad y el sistema sanitario, independientemente de las características de este (Cuadro II).

En definitiva el éxito de su tremenda expansión radica en que, a través de una asistencia especializada de calidad, contribuye

Cuadro II. Ventajas de la Cirugía Mayor Ambulatoria

- Mínima alteración de los hábitos del paciente.
- Atención más individualizada.
- Disminución riesgo infección nosocomial.
- Disminuye ansiedad paciente.
- Disminuye costos sanitarios.
- Disminuye incapacidad/baja laboral.
- Permite desarrollar agilidad burocrática.
- Aumenta eficiencia utilización de recursos.

a la disminución de las listas de espera quirúrgicas, a la disminución de los costos sanitarios y sociales y a la disminución de los efectos nocivos del ingreso hospitalario, tanto para el paciente como para la familia.

El paciente es el primer beneficiario de la cirugía sin hospitalización, cuando esta es posible. Así vemos como la ausencia de ingreso hospitalario disminuye los efectos nocivos del mismo, hoy bien conocidos. La disminución de ansiedad de paciente y familiares y la mínima alteración de los hábitos del paciente y de su entorno familiar son beneficios, a veces de difícil medición, que constituyen una de las claves de la expansión de la Cirugía Mayor Ambulatoria. La ausencia de ingreso hospitalario condiciona consecuencias clínicas beneficiosas, fundamentalmente una disminución de la tasa de infecciones postoperatorias. Recientemente, SEWONOU y cols (18) correlacionan la tasa de infecciones del sitio quirúrgico con los factores perioperatorios y el procedimiento en cada paciente, llegando no solo a la conclusión de que el riesgo de infección es menor en cirugía ambulatoria —lo que ya sabíamos por estudios previos—, sino que además dicho riesgo de infección en procedimientos ambulatorios no se asocia con diversos factores hasta ahora íntimamente relacionado con la infección del sitio quirúrgico, tales como cirugía urgente, edad avanzada, riesgo ASA, clasificación de Altemeier y la duración de la cirugía.

VILAR-COMPTE y cols encuentran una tasa de infección 2.8%, inferior a la presentada en pacientes de cirugía con ingreso (19). En el mismo sentido publican sus experiencias ZOUTMAN y cols, quienes presentan una tasa de infección 4.62%, que es menos de la mitad de sus pacientes ingresados y apuntan como una de las causas probables la relativa ausencia de factores de riesgo en estos pacientes de cirugía ambulatoria (20). En 2002, MYLES y cols (22) publican los resultados de sus estudios acerca de la relación del tabaco con las complicaciones respiratorias y la infección de la herida quirúrgica en cirugía ambulatoria, encontrando

que la tasa de las complicaciones respiratorias en fumadores respecto a no fumadores es del 32.8% vs 25.9% y que el porcentaje de infección de la herida quirúrgica es de 3.6% vs 0.6%.

Pese a estas y otras numerosas experiencias que demuestran la menor tasa de infecciones quirúrgicas en los pacientes sometidos a Cirugía Mayor Ambulatoria no podemos pasar por alto las dificultades que conlleva el seguimiento del paciente no ingresado y ello puede sesgar los resultados. En tal sentido, KENT y cols afirman que un programa de seguimiento postoperatorio efectivo incrementa significativamente la tasa de infecciones quirúrgicas e insisten en la necesidad de protocolizar el control domiciliario de las posibles infecciones (21). En la actualidad la tendencia a altas hospitalarias más precoces y el incremento de los procesos resueltos de modo ambulatorio está condicionando que la mayoría de las infecciones quirúrgicas estén siendo diagnosticadas tras el alta hospitalaria (24). La identificación de los factores de riesgo de modo preoperatorio mediante la aplicación de la metodología apropiada (índices SENIC y NNIS) debe condicionar la adopción de las medidas preventivas adecuadas y el control domiciliario pertinente (23).

Se han publicado numerosos estudios acerca de las complicaciones de la cirugía mayor ambulatoria y los reingresos hospitalarios que estas condicionan, pues este ha sido uno de los grandes inconvenientes que han frenado el desarrollo de la cirugía ambulatoria. El temor a qué hacer ante un complicación postoperatoria ha sido un condicionante tanto para cirujanos y médicos de cabecera como para el paciente y familiares. Los numerosos estudios existentes al respecto, demuestran que la Cirugía Mayor Ambulatoria no conlleva mayor tasa de complicaciones que la cirugía con hospitalización convencional, y la falsa seguridad que da el ingreso hospitalario se va sustituyendo progresivamente por el mejor seguimiento domiciliario del paciente por parte de los equipos de Atención Primaria.

Los siguientes son ejemplos de la reducida tasa de complicaciones postoperatorias tras Cirugía Mayor Ambulatoria.

La morbilidad y la mortalidad de la Cirugía Mayor Ambulatoria fueron estudiadas por WARNER y cols (29) sobre un total de 38.598 pacientes. La tasa de complicaciones fue del 0.08% (infarto agudo de miocardio, ictus, embolia pulmonar) y murieron 4 pacientes en el mes siguiente a la cirugía (infartos de miocardio y accidentes de tráfico). MEZEI y CHUNG (30) realizan un estudio prospectivo sobre 17.638 pacientes para analizar las causas de las visitas a urgencias tras la cirugía y la tasa de readmisiones durante el mes siguiente a la cirugía. La tasa global de readmisiones es del 1.1%. Mientras que los reingresos debidos a complicaciones quirúrgicas fueron el 0.15%.

Recientemente, COLEY y cols (31) encuentran que sobre un total de 20.817 pacientes sometidos a cirugía mayor ambulatoria, el 5.7% acuden a Urgencias o son reingresados a los largo del mes siguiente a la cirugía. El 1.5% se debe a complicaciones directamente relacionadas con el procedimiento quirúrgico, mientras que el dolor es la principal causa de las consultas y reingresos, constituyendo el 38% de los mismos e incrementando enormemente los costes por proceso.

Diversos estudios encuentran el manejo domiciliario del dolor postoperatorio como causa frecuente, aunque no la única, de consultas y reingresos postoperatorios. Así, LINARES y cols (32) encuentran que los factores que más inciden en el ingreso hospitalario tras cirugía mayor ambulatoria son las complicaciones quirúrgicas y anestésicas, el dolor, la cirugía proctológica, la anestesia raquídea y un tiempo quirúrgico mayor de 40 minutos. Otros autores (26, 34, 35) encuentran que el dolor postoperatorio, junto con las náuseas y los vómitos, son los principales factores que impiden el alta hospitalaria tras la cirugía y que condicionan la mayor frecuencia de reingresos.

Un reciente metaanálisis de HUANG y cols (33) refiere que la incidencia de dolor pos-

operatorio moderado tras procedimientos ambulatorios es superior al 25%. El ensayo clínico de PAVLIN y cols (36) obtiene resultados similares que condicionan importantes retrasos en el alta hospitalaria, que se mejora cuando se emplean antiinflamatorios no esteroideos y anestésicos locales de modo intraoperatorio.

NILSSON y cols (37) han estudiado si factores externos al acto quirúrgico, como la música o la sugestión, pueden influir en la ansiedad y el dolor postoperatorios, y por tanto, sobre el alta hospitalaria en pacientes intervenidos en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Sus hallazgos corroboran los obtenidos por WANG y cols (38) del Departamento de Anestesiología de la Universidad de Yale, en el sentido de que la audición de música en el período perioperatorio tiene un efecto beneficioso sobre la ansiedad y el dolor postoperatorio.

Hoy parece claro que la satisfacción del paciente está en relación directa con el manejo correcto del dolor postoperatorio (27).

La Cirugía Mayor Ambulatoria permite disminuir los costos sanitarios. En Cirugía Infantil, el costo medio de una intervención es de 48.000 ptas. Mientras que el costo medio de una intervención con ingreso es de 172.000 ptas. Procesos tan frecuentes como una intervención por hernia inguinal presentan una variación de 55.000 ptas. si se realiza de modo ambulatorio a 170.000 ptas. Si es con ingreso hospitalario. La diferencia en una amigdalectomía es de 51.000 ptas. De modo ambulatorio a 210.000 si se realiza con ingreso (43).

Factores que dificultan el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria

Es cierto que en nuestro medio se impone de modo progresivo la práctica de procedimientos quirúrgicos ambulatorios. Pese al cambio de mentalidad que tal desarrollo implica, persisten diversos factores, arraigados en nuestra cultura y sistema sanitario que suponen trabas a una expansión

uniforme de la Cirugía Ambulatoria (44) (Cuadros III, IV y V).

Gran parte de estos factores que tradicionalmente han frenado el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, han sido transformados gracias al desarrollo que se ha experimentado en Atención Primaria respecto al control y seguimiento postoperatorios. Es el equipo de Atención Primaria, quien en primera instancia debe decidir si el paciente concreto, en base a sus condiciones personales, familiares, culturales, sociales, laborales y económicas, es un candidato adecuado para marchar al domicilio tras la intervención. También es el equipo

Cuadro III. Factores que dificultan el desarrollo de la C.M.A.

1. Paciente y Familia

- Nivel socioeconómico, equipamiento vivienda y malas condiciones familiares (paro...).
- Hospital como bien que hay que consumir.
- Consideración como enfermo de 2.ª clase.
- Posibilidad de larga baja laboral.

Cuadro IV. Factores que dificultan el desarrollo de la C.M.A.

2. Profesionales Sanitarios

- Motivación. Pensamiento funcionarial.
- Hospitalización = mayor seguridad.
- Descoordinación entre A. Primaria y A. Especializada.
- Temor a complicaciones postoperatorias.
- Temor a reclamaciones y demandas jurídicas.
- No implicación de profesionales en la gestión de recursos.
- Dificultades de desarrollo correcto de las UCMA's.

Cuadro V. Factores que dificultan el desarrollo de la C.M.A.

3. Sistema Sanitario

- Sistema obsoleto de financiación de hospitales.
- Sistema retributivo inadecuado.
- Necesidad de inversión inicial en la creación de la U.C.M.A.
- Falta de directrices estables y a largo plazo.

de Atención Primaria quien, una vez dada el Alta del Hospital al paciente, efectuará el control del dolor, de la adecuada ingesta oral, de la adecuada diuresis y hábito intestinal, del grado de actividad y reposo del paciente, de sus constantes vitales, de la herida quirúrgica y, en definitiva, de la posible aparición de complicaciones y del postoperatorio sin incidencias. Por tanto una de las líneas maestras del futuro debe ser el fomento de la interrelación entre ambos niveles asistenciales y la protocolización de las actuaciones en función de cada proceso susceptible de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Estructura de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

Las características de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria deben estar definidas por determinadas variables (15), tales como:

- 1) Análisis demográfico del entorno y estudio de la demanda teórica de CMA. Es clave el estudio del binomio edad-sexo. Los pacientes con edades superiores a 65 años tienen mayores posibilidades de presentar procesos intercurrentes que requieran hospitalización convencional. Por otra parte el análisis de la tendencia demográfica de nuestro entorno debe ser contemplado a la hora de planificar la Unidad, para tener previstas las necesidades de ampliación, si esta es la evolución demográfica previsible.
- 2) Análisis de la capacidad de producción.

3) Análisis de las necesidades de personal y equipamiento. Debe contemplarse el perfil de los profesionales que integren la Unidad, puesto que hay especialidades que tienen un mayor porcentaje de procesos que pueden ser subsidiarios de Cirugía Mayor Ambulatoria.

4) Análisis de la estructura arquitectónica, valorando la conveniencia o no de utilizar los recursos hospitalarios existentes o de realizar un nuevo diseño.

Clásicamente se admite la existencia de cuatro tipos distintos de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, en función de su grado de integración en el Hospital. Sus principales características de recogen en la Tabla I.

La Unidad Integrada es aquella en la que los pacientes hospitalizados y los ambulatorios utilizan la misma área quirúrgica. Suelen existir allá donde sobra espacio en el área quirúrgica o cuando está infrautilizada. Igualmente las encontramos en las fases iniciales de la puesta en marcha de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria y cuando el volumen de la misma es escaso.

La Unidad Separada es aquella en la que los pacientes ambulatorios y los hospitalizados utilizan distintas áreas quirúrgicas, pero dentro del mismo Hospital. Las encontramos cuando el área quirúrgica convencional está saturada o cuando se aprovecha un rediseño o nueva construcción.

La Unidad Satélite es aquella independiente arquitectónicamente del Hospital, pero con dependencia administrativa del mismo.

Sea cual se el tipo de Unidad, en todas ellas deben existir tres tipos de espacios diferentes y bien diferenciados:

A) Espacios de Actividad.

Los factores condicionantes de tales espacios son diversos, destacando lo tipos de procedimientos a realizar, el volumen de procedimientos al año, la duración media de cada intervención y los horarios de funcionamiento de la Unidad. Los distintos espacios de actividad deben localizarse en plantas con acceso al mismo nivel que el exterior de la Unidad y con diferentes entradas para pacientes, acompañantes, así como estar próximas y con fácil acceso a las áreas de

Tabla I. Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

Tipo de Unidad	Inconvenientes	Ventajas
INTEGRADA	<ul style="list-style-type: none"> -Conflictos de prioridad con los pacientes hospitalizados. -Mayor tasa de infección. -Diseño subordinado al espacio ya existente. 	<ul style="list-style-type: none"> -Inversión inicial pequeña. -Rápida puesta en marcha. -Mínimo riesgo financiero. -Respaldo hospitalario inmediato.
SEPARADA	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor inversión. -Dificultad de reconversión si la Unidad desaparece. -Duplicidad de áreas de cirugía, personal y materia. 	<ul style="list-style-type: none"> -Espacio exclusivo para ambulantes. -Respaldo hospitalario inmediato.
SATÉLITE	<ul style="list-style-type: none"> -Igual que las Unidades separadas. -Mayor coste e inversión que las Unidades separadas. 	<ul style="list-style-type: none"> -Igual que las Unidades separadas. -Mejor ubicación.
FREE-STANDING	<ul style="list-style-type: none"> -Mayor inversión inicial -Riesgo de ubicación geográfica inadecuada. -Precisa hospital de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> -Igual que U. separadas y satélites. -Más competitivas. -Menor coste por proceso. -Servicios de hostelería contratados.

diagnóstico, sin que exista interferencia con el funcionamiento general del Hospital.

Los principales espacios de actividad son:

* Área de diagnóstico: Consultas externas.

* Área quirúrgica.

* Áreas de tratamiento específico, en las que destaca la Unidad de Recuperación postanestésica y la Sala de Readaptación al medio. Las características físicas y funcionales de cada una de estas áreas debe venir determinada por la demanda asistencial y los procedimientos que la Unidad realice.

B) Espacios de Soporte:

* Controles de Enfermería

* Sala de espera

* Aseos y vestuarios

* Central de esterilización

* Almacenes, etc.

C) Espacios Administrativos, entre los que destacan:

* Recepción.

* Área administrativa, con la tecnología necesaria para realizar sus funciones (teléfono, fax, ofimática, informática, etc.).

* Archivo de Historias clínicas.

La adecuada estructura arquitectónica es fundamental para disponer de una Unidad moderna y actual. Pero el buen funcionamiento de la misma va a depender, en mayor medida, de los aspectos organizativos que determinarán la calidad asistencial que se le preste al paciente y a su familia. No podemos olvidar que la Cirugía Mayor Ambulatoria no debe entenderse como una carrera veloz para operar muchos enfermos, sino como una filosofía de tratamiento quirúrgico diferente, cuya finalidad principal es el bienestar del paciente en la resolución óptima de su proceso patológico.

Selección de enfermos

La correcta selección de los pacientes es una de las claves del éxito de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

En general, los procedimientos susceptibles de ser realizados deben estar en función de que el tiempo operatorio sea inferior a 90 minutos y de las condiciones previsibles de

la recuperación postoperatoria, es decir, previsión del dolor, náuseas/vómitos, hemorragia, estabilidad metabólica y estabilidad cardiorrespiratoria y ausencia de drenajes de alto débito.

Esto hoy abarca procedimientos que se enmarcan en todas las especialidades quirúrgicas y así se contemplan procedimientos de la especialidad de Cirugía General y Digestiva, Cirugía Vasculor, Traumatología y Cirugía Ortopédica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Urología, Odontología, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Infantil, Tocoginecología y Dermatología. Igualmente se contemplan procedimientos diagnósticos y terapéuticos de otras especialidades, tal como Aparato Digestivo.

Los procedimientos contemplados por el Servicio Andaluz de Salud durante el año 2002 y su codificación CIE-9 se muestran en las Tablas número II al X.

Como criterios de inclusión en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria se establece de modo universal una única premisa: son susceptibles de ser realizados todos aquellos procesos que sin hospitalización no conlleven un riesgo adicional. La información exhaustiva al paciente, tanto verbal como por escrito, así como la aceptación del proceso y el consentimiento informado, son claves que garantizarán la correcta resolución del procedimiento.

Sin embargo, sí existen criterios de exclusión, que deberemos descartar en cada paciente, pues la existencia de factores de riesgo no corregidos, será fuente de complicaciones postoperatorias (Cuadro VI)

De la misma manera el Alta Hospitalaria debe estar sustentada en unos criterios objetivos que, por encima de todo, garanticen la seguridad del paciente (Cuadro VII).

Futuro de la CMA

La estancia media de los hospitales está en progresiva disminución desde hace más de una década en numerosos países. En este sentido actualmente una intervención no se valora por los días de estancia hospitalaria que conlleva, sino por sus resultados, inde-

Tabla II. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía General, Digestiva y Vasculat

EXCISIONES TIROIDEAS PARCIALES	
06.2	LOBECTOMÍA TIROIDEA UNILATERAL
06.31	EXCISIÓN DE LESIÓN DE TIROIDES
VARICES DE MIEMBROS INFERIORES	
38.59	LIGADURA Y EXTIRPACIÓN DE VARICES DE MIEMBROS INFERIORES
39.92	INYECCIÓN DE AGENTE ESCLEROSANTE EN VENA
ACCESO VASCULAR PARA HEMODIÁLISIS	
39.27	ARTERIOVENOSTOMÍA PARA DIÁLISIS RENAL
39.93	INSERCIÓN DE CÁNULA DE VASO A VASO
FISURA Y FÍSTULA ANAL	
49.04	OTRA EXCISIÓN DE TEJIDO PERIANAL
49.11	FISTULOTOMÍA ANAL
49.12	FISTULECTOMÍA ANAL
49.39	OTRA EXCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO ANAL
49.51	ESFINTEROTOMÍA ANAL LATERAL IZQUIERDA
49.52	ESFINTEROTOMÍA ANAL POSTERIOR
49.59	OTRA ESFINTEROTOMÍA ANAL
49.73	CIERRE DE FÍSTULA ANAL
HEMORROIDES	
49.43	CAUTERIZACIÓN DE HEMORROIDES
49.46	EXCISIÓN DE HEMORROIDES
49.47	EVACUACIÓN DE HEMORROIDES TROMBOSADAS
COLECISTECTOMIA	
51.23	COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA
51.24	COLECISTECTOMÍA PARCIAL LAPAROSCÓPICA
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL UNILATERALES Y SIN INJERTO NI PRÓTESIS	
53.0X	REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA INGUINAL
53.2X	REPARACIÓN UNILATERAL DE HERNIA CRURAL (FEMORAL)
53.4X	REPARACIÓN DE HERNIA UMBILICAL
53.5X	REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR (SIN INJERTO NI PRÓTESIS)
HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL BILATERALES O CON INJERTO O PRÓTESIS	
53.1X	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA INGUINAL
53.3X	REPARACIÓN BILATERAL DE HERNIA CRURAL
53.6X	REPARACIÓN DE OTRA HERNIA DE PARED ABDOMINAL ANTERIOR CON INJERTO O PRÓTESIS
HERNIA DIAFRAGMÁTICA	
53.7	REPARACIÓN HERNIA DIAFRAGMÁTICA, ACCESO ABDOMINAL
TUMORES BENIGNOS DE MAMA	
85.12	BIOPSIA ABIERTA DE MAMA
85.20	EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE TEJIDO DE MAMA, N. E. O. M.
85.21	EXTIRPACIÓN LOCAL DE LESIÓN DE MAMA
QUISTE PILONIDAL	
86.21	EXCISIÓN DE QUISTE O SENO PILONIDAL

Cuadro VI. Cirugía Mayor Ambulatoria. Criterios de exclusión

- Negativa de paciente o familia a participar en el programa.
- Ausencia de acompañante responsable.
- Hábitat inadecuado (escaleras, no teléfono, etc.).
- Distancia al Hospital > 1 hora.
- Alergias (medicamentos, látex...).
- Trastornos psiquiátricos (comprensión, instrucciones...).
- Drogodependencias.
- Trastornos de coagulación.
- Obesidad importante (IMC > 30).
- ASA III-IV.

pendientemente de si la hemos realizado con hospitalización convencional, en régimen de corta estancia o de modo ambulatorio. Es una evidencia que los Sistemas Nacionales de Salud cada día ponen más énfasis en los aspectos económicos y de eficiencia de la asistencia quirúrgica y todos reconocen que la cirugía mayor ambulatoria es una prestación sanitaria que, además del beneficio económico, conlleva una menor tasa de infecciones postoperatorias y una mayor satisfacción del paciente. Por otro lado, el progresivo auge de la cirugía mayor ambulatoria es consecuencia de las innovaciones tecnológicas que permiten disminuir la agresión quirúrgica y los progresos anestésicos, así como de los avances en el control del dolor postoperatorio. Todo ello ha posibilitado un importante cambio conceptual en lo que se refiere a la cama hospitalaria como elemento terapéutico y este cambio, enmarcado en un entorno de mayor educación sanitaria, de mayor desarrollo de la red asistencial primaria, y la limitaciones económicas del sistema, constituye la clave del desarrollo de la cirugía ambulatoria.

Del importante auge que progresivamente adquiere la Cirugía Mayor Ambulatoria en

Cuadro VII. Cirugía Mayor Ambulatoria. Criterios de alta hospitalaria

- Signos vitales estables.
- Sensibilidad y orientación íntegras.
- Habilidad para movimientos.
- Herida quirúrgica normal; no complicaciones.
- Comprensión recomendaciones.
- Recomendaciones escritas.
- Acompañante responsable.
- Transporte adecuado.
- Teléfono 24 horas.

nuestro entorno nos dan idea los siguientes datos.

Actualmente los procedimientos realizados en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria suponen el 70% del total de procedimientos electivos realizados en los hospitales norteamericanos (26). En Inglaterra hasta el 65% de las intervenciones se efectúan como Cirugía Mayor Ambulatoria (28). En el Servicio Andaluz de Salud el número de procedimientos resueltos en régimen de CMA se ha triplicado en cinco años (Fig. 1). En la Memoria del Servicio Andaluz de Salud del 2001 se recoge que el número de procedimientos de CMA durante dicho año fue de 99.420, lo que supuso el 21,24% de todas las intervenciones realizadas y nada

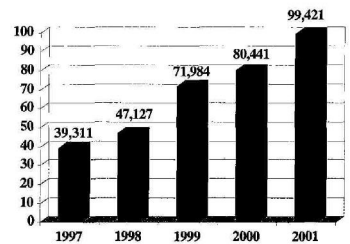


Fig. 1.-Memorias del S.A.S. 2001. Procesos de CMA.

Tabla III. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Traumatología y Cirugía Ortopédica

LIBERACIÓN DE TÚNEL	
04.43	LIBERACIÓN DE TÚNEL CARPIANO
04.44	LIBERACIÓN DE TÚNEL DEL TARSO
HALLUX VALGUS Y OTRAS DEFORMACIONES DE LOS DEDOS DEL PIE	
77.54	EXCISIÓN DE HALLUX-VALGUS
77.56	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN MARTILLO
77.57	REPARACIÓN DE DEDO DE PIE EN GARRA
77.59	OTRA BUNIONECTOMÍA
EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE OSTEOSÍNTESIS	
78.6	EXTRACCIÓN DE DISPOSITIVOS IMPLANTADOS EN EL HUESO
ARTROSCOPIA	
80.2	ARTROSCOPIA
EXCISIÓN DE MENISCO DE RODILLA	
80.6	EXCISIÓN DE CARTÍLAGO SEMILUNAR DE RODILLA
GLANGLIONECTOMÍA Y DUPUYTREN	
82.21	EXCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA DE TENDÓN DE MANO
82.31	BURSECTOMÍA DE MANO
82.33	OTRA TENONECTOMÍA DE MANO
82.35	OTRA FASCIECTOMÍA DE MANO
82.39	OTRA EXCISIÓN DE TEJIDO BLANDO DE MANO
82.91	LISIS DE ADHESIONES DE MANO
83.5	BURSECTOMÍA
OTRAS INTERVENCIONES SOBRE TEJIDOS BLANDOS	
83.31	EXCISIÓN DE LESIÓN DE VAINA DE TENDÓN
83.42	OTRA TENOTOMÍA
83.91	LISIS DE ADHESIONES DE MÚSCULO, TENDÓN, FASCIA Y BOLSA SINOV.

menos que el 31,6% de todas las intervenciones excluidas las de cirugía menor. Esta progresiva tendencia a exteriorizar los procedimientos quirúrgicos de los Hospitales, está llevando a otras experiencias que rompen los moldes tradicionales de la cirugía. Así, la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía ha promovido la realización de intervenciones quirúrgicas de Cirugía Mayor Ambulatoria en algún Centro de Salud, como el de Palma del Río, en Córdoba (16), trasladando el proceso quirúrgico completo al Centro de Salud, con la finalidad

de generar una integración del proceso asistencial total y convertir la continuidad asistencial en el eje de todo el proceso asistencial del paciente.

Por otra parte, los sistemas sanitarios están aplicando estrategias de mercado que han demostrado ser beneficiosas para empresas tan diversas como la fabricación de automóviles o las cadenas televisivas.

El proceso de comparación de lo que se hace con otros de similares características con la finalidad de mejora continua es lo que en el mundo empresarial se conoce como

Tabla IV. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Oftalmología

EXTIRPACIÓN DE LESIÓN IMPORTANTE DEL PÁRPADO O DE CUALQUIER LESIÓN CON RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO	
08.23	EXCISIÓN DE LESIÓN IMPORTANTE DE PÁRPADO, ESPESOR PARCIAL
08.24	EXCISIÓN DE LESIÓN IMPORTANTE DE PÁRPADO, ESPESOR TOTAL
08.20 al 08.22 y 08.25 + asociado (08.61 al 08.74)	EXTIRPACIÓN DE CUALQUIER LESIÓN CON RECONSTRUCCIÓN DEL PÁRPADO (ver códigos asociados)
OPERACIONES SOBRE EL APARATO LACRIMAL	
09.8X	FISTULIZACIÓN DEL TRACTO LAGRIMAL HASTA LA CAVIDAD NASAL
TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR	
12.64	TRABECULECTOMÍA DESDE EL EXTERIOR
CIRUGÍA DEL ESTRABISMO	
15.1X	OPERACIONES SOBRE UN MÚSCULO EXTRAOCULAR CON DESPRENDIMIENTO TEMPORAL DEL GLOBO
15.21	PROCEDIMIENTO DE ALARGAMIENTO SOBRE UN MÚSCULO EXTRAOCULAR
15.22	PROCEDIMIENTO DE ACORTAMIENTO SOBRE UN MÚSCULO EXTRAOCULAR
15.3	OPERACIONES SOBRE 2 O MÁS MÚSCULOS EXTRAOCULARES CON DESPRENDIMIENTO TEMPORAL DEL GLOBO, UNO O AMBOS OJOS
15.4	OTRAS OPERACIONES SOBRE 2 O MÁS MÚSCULOS EXTRAOCULARES, UNO O AMBOS OJOS
15.5	TRANSPOSICIÓN DE MÚSCULOS EXTRAOCULARES
16.91 + asociado 99.57	INYECCIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA RETROBULBAR
CATARATAS	
13.1	EXTRACCIÓN INTRACAPSULAR DE CRISTALINO
13.2	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TÉCNICA EXTRACCIÓN LINEAL
13.3	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR CRISTALINO, TÉCNICA SIMPLE ASPIRACIÓN E IRRIGACIÓN
13.4	EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO, TÉCNICA DE FRAGMENTACIÓN Y ASPIRACIÓN
13.5	OTRA EXTRACCIÓN EXTRACAPSULAR DE CRISTALINO
13.6	OTRA EXTRACCIÓN DE CÁTARATA
13.7X	INSERCIÓN DE CRISTALINO PROTÉSICO (PSEUDOCRISTALINO)

proceso de *benchmarking*. La aplicación del *benchmarking* a los sistemas sanitarios es relativamente reciente. La comparación de un hospital o un Servicio clínico con otros de su nivel y de reconocido prestigio permite conocer no solo los puntos fuertes y las áreas de mejora, sino también los mecanismos para ello. La aplicación del proceso de *benchmarking* tiene una evidente implicación para el personal que trabaja en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, cual es que les permite identificar las formas más adecuadas para solucionar las necesidades de los pacientes quirúrgicos,

y por tanto incrementar su satisfacción con la atención recibida. A su vez el proceso de *benchmarking*, con el conocimiento de la realidad y las necesidades de mejora de la Unidad, aporta satisfacción a los trabajadores y ello trae, sin duda, motivación y espíritu de mejora. En la actualidad su aplicación se extiende en múltiples Centros de Cirugía Ambulatoria en EE.UU. (25). En los últimos años estamos observando el desarrollo de nuevas formas de cuidados perioperatorios más efectivos, dirigidos a conseguir la recuperación inmediata del paciente de forma más rápida y con la mayor

calidad. Esta denominada *Fast-Track* o *vía rápida* de la CMA está condicionada por una serie de factores diversos, tales como la limitación de los recursos sanitarios y la política de contención de costes junto al desarrollo de nuevos fármacos, técnicas y sistemas de monitorización perioperatoria cada vez más efectivos. Teniendo su origen en la cirugía cardiovascular en la década de los 90 para acortar el período de ventilación mecánica y estancias en UVI, el *Fast-Track* o *vía rápida* de recuperación en Cirugía Mayor Ambulatoria se entiende cómo emplear aquellas normas y protocolos destinados a conseguir que el paciente esté com-

pletamente despierto (con criterios de recuperación inmediata) en quirófano, de modo que pueda pasar directamente de quirófano a la sala de readaptación al medio, evitando la Unidad de Reanimación post-anestésica (39). Para conseguir esta más rápida recuperación actuaremos sobre los distintos factores que influyen de modo decisivo sobre la recuperación postoperatoria; estas medidas de actuación son: técnica quirúrgica (técnicas menos agresivas), profilaxis antiemética (mediante una hidratación adecuada, empleando agentes anestésicos menos emetógenos, con el empleo de una analgesia multimodal, evitando la reversión

Tabla V. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Otorrinolaringología

OPERACIONES SOBRE OIDO MEDIO	
19.4	MIRINGOPLASTIA
INTERVENCIONES DE PIRÁMIDE NASAL	
21.5	RESECCIÓN SUBMUCOSA DE TABIQUE NASAL (SEPTOPLASTIAS)
21.88	OTRAS SEPTOPLASTIAS
HIPERTROFIA CRÓNICA DE AMÍGDALAS	
28.2	AMIGDALECTOMÍA SIN ADENOIDECTOMIA
28.3	AMIGDALECTOMÍA CON ADENOIDECTOMIA
28.4	EXTIRPACIÓN RESTO AMIGDALINO
28.5	EXTIRPACION DE AMÍGDALA LINGUAL
28.6	ADENOIDECTOMIA SIN AMIGDALECTOMÍA
28.92	EXCISIÓN DE LESIÓN DE AMÍGDALA Y ADENOIDES
NODULOS DE CUERDAS VOCALES	
30.09	OTRA EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE LARINCE



Tabla VI. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Aparato Digestivo

PROCEDIMIENTOS ENDOSCÓPICOS EN MENORES DE 17 AÑOS	
44.13	OTRA GASTROSCOPIA (SÓLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
44.14	BIOPSIA ENDOSCÓPICA ESTÓMAGO (SÓLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
45.13	DUODENOSCOPIA (SÓLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
45.14	BIOPSIA ENDOSCÓPICA INTESTINO DELGADO (SÓLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
45.16	OTRAS EGD CON BIOPSIA MÚLTIPLE (SÓLO EN MENORES DE 17 AÑOS)
EXTRACCION ENDOSCOPICA DE CALCULOS BILIARES	
51.85	ESFINTEROTOMÍA Y PAPILOTOMÍA ENDOSCÓPICAS
51.88	EXTRACCIÓN ENDOSCÓPICA DE CÁLCULO(S) DEL TRACTO BILIAR

Tabla VII. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Urología

CISTOSTOMIA PERCUTÁNEA	
57.17	CISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA
RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DE LESIÓN DE VEJIGA	
57.33	BIOPSIA (TRANSURETRAL) CERRADA DE VEJIGA
57.4	EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN TRANSURETRAL DE TEJIDO DE VEJIGA
EXCISIÓN ENDOSCÓPICA O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO URETRA	
58.31	EXCISIÓN ENDOSCÓPICA O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO URETRA
LIBERACIÓN DE ESTENOSIS URETRAL	
58.5	LIBERACIÓN DE ESTENOSIS URETRAL
CATETERISMO URETERAL	
59.8	CATETERISMO URETERAL
BIOPSIA CERRADA DE PRÓSTATA	
60.11	BIOPSIA CERRADA (POR AGUJA) (PERCUTÁNEA) DE PRÓSTATA
OPERACIONES SOBRE ESCROTO Y TÚNICA VAGINAL, TESTÍCULOS Y CORDÓN ESPERMÁTICO	
61.2	EXCISIÓN DE HIDROCELE (DE TÚNICA VAGINAL)
61.91	ASPIRACIÓN PERCUTÁNEA DE TÚNICA VAGINAL
62.5	ORQUIDOPEXIA
63.1	EXCISIÓN DE VARICOCELE E HIDROCELE DE CORDON ESPERMATICO
ESTERILIZACIÓN MEDIANTE VASECTOMÍA	
63.7	VASECTOMÍA Y LIGADURA DE CONDUCTO DEFERENTE
FIMOSIS EN EDAD PEDIÁTRICA	
64.0	CIRCUNCISIÓN

Tabla VIII. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Odontología y Cirugía Maxilofacial

EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE	
23.1	EXTRACCIÓN QUIRÚRGICA DE DIENTE
EXCISIÓN DE LESIÓN DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO	
24.4	EXCISIÓN DE LESIÓN DE MAXILAR, DE ORIGEN DENTARIO
REPARACIÓN DE LABIO FISURADO	
27.54	REPARACIÓN DE LABIO FISURADO

de la relajación muscular con los inhibidores de la colinesterasa debido a su potencial emetógeno y mediante la administración de antieméticos como el ondansetrón), analgesia balanceada (empleo conjunto de opiáceos de vida media corta como el alfentanilo y el remifentanilo, anestésicos locales como la bupivacaína y la ropivacaína y los AINES como el metamizol, el ketoro-

laco o el paracetamol), técnica anestésica (con anestésicos de acción rápida y bloqueos nerviosos periféricos), y la monitorización de la profundidad anestésica -BIS (Índice bispectral, derivado de varios parámetros electroencefalográficos) (40, 41, 42). Todo ello constituye un modelo de atención perioperatoria multidisciplinaria encaminada a mejorar la eficiencia de la CMA

Tabla IX. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Tocoginecología

OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (CON EXTIRPACION)	
65.3X	OOFOROTOMÍA UNILATERAL
65.4X	SALPINGO-OOFOROTOMÍA UNILATERAL
65.5X	OOFOROTOMIA BILATERAL
65.6X	SALPINGO-OOFOROTOMÍA BILATERAL
OPERACIONES SOBRE OVARIOS Y TROMPAS (RESTO)	
65.0X	OOFOROTOMÍA
65.11	BIOPSIA POR ASPIRACIÓN DE OVARIO
65.12	OTRA BIOPSIA DE OVARIO
65.13	BIOPSIA LAPAROSCÓPICA DE OVARIO
65.2X	EXCISIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE OVARIO
66.0X	SALPINGOTOMÍA Y SALPINGOSTOMÍA
66.11	BIOPSIA DE TROMPA DE FALOPIO
66.2X	DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN ENDOSCÓPICA BILATERAL TROMPA DE FALOPIO
66.3X	OTRA DESTRUCCIÓN U OCLUSIÓN BILATERAL DE TROMPA DE FALOPIO
66.7X	REPARACIÓN DE TROMPA DE FALOPIO
INTERVENCIONES SOBRE EL CUELLO UTERINO	
67.11	BIOPSIA ENDOCERVICAL
67.12	OTRA BIOPSIA CERVICAL
67.2	CONIZACIÓN
67.3	OTRA EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE CUELLO UTERINO
PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS SOBRE EL ÚTERO Y SUS ESTRUCTURAS DE SOPORTE	
68.15	BIOPSIA CERRADA DE LIGAMENTOS UTERINOS
68.16	BIOPSIA CERRADA DE ÚTERO
MIOMECTOMÍA UTERINA	
68.29	OTRA EXCISIÓN O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN DE ÚTERO
LEGRADO UTERINO	
69.0X	DILATACIÓN Y LEGRADO DEL ÚTERO
69.5X	LEGRADO POR ASPIRACIÓN DE ÚTERO

que, bajo la premisa de mantener un nivel óptimo de seguridad para el paciente (al evitar su estancia en la Unidad de Reanimación postanestésica), disminuye los costes de la asistencia.

El futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria pasa ineludiblemente por la *acreditación* de las Unidades y Centros de CMA. La acreditación, como proceso voluntario por el que un centro sanitario se somete a un procedimiento de verificación externo para evaluar el grado de cumplimiento de estándares

y criterios previamente establecidos, es un concepto relativamente novedoso en nuestro país. EE.UU. posee la más amplia experiencia en sistemas de acreditación de hospitales. En dicho país existen diversos organismos que regulan la actividad de los Centros de Cirugía Ambulatoria, mediante en control y verificación del cumplimiento de estándares; dicho control recae sobre la Joint Comisión on Accreditation of Healthcare Organizations (JACO), la Accreditation Association for Ambulatory He-

Tabla X. Servicio Andaluz de Salud. Contrato-Programa de 2002. Cirugía Mayor Ambulatoria. Dermatología

EXTIRPACIÓN RADICAL DE LESIÓN DE PIEL O EXTIRPACIÓN NO RADICAL DE LESIÓN DE PIEL CON REPARACIÓN PLÁSTICA	
86.3 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89]	OTRA EXTIRPACIÓN LOCAL O DESTRUCCIÓN DE LESIÓN O TEJIDO DE PIEL Y TEJIDO SUBCUTÁNEO + INJERTO CUTÁNEO LIBRE (EXCEPTO PELO) O + INJERTO DE PEDÍCULOS O COLGAJOS (EXCEPTO REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO) (ver códigos asociados)
86.4 + asociado [86.60 al 86.69 (excepto 86.64), 86.70 al 86.74, 86.89]	EXTIRPACIÓN RADICAL DE LESIÓN CUTÁNEA + INJERTO CUTÁNEO LIBRE (EXCEPTO PELO) O + INJERTO DE PEDÍCULOS O COLGAJOS (EXCEPTO REVISIÓN DE INJERTO O COLGAJO) (ver códigos asociados)

Tabla XI. Manual de estándares en Cirugía Mayor Ambulatoria

<p>1. FUNCIONES DIRIGIDAS AL PACIENTE</p> <p>Derechos del paciente y ética de la organización Evaluación y asistencia al paciente Atención continuada</p> <p>2. FUNCIONES DE ORGANIZACIÓN</p> <p>Mejora de la actuación de la organización Seguridad en la práctica y en el entorno Gestión de la información Liderazgo Gestión de los recursos humanos</p> <p>3. ESTRUCTURAS CON FUNCIONES</p> <p>Órganos de Gobierno Dirección Cuadro Médico Enfermería</p>
--

alth Care (AAAHC) y la American Association for Accreditation for Ambulatory Surgery Facilities (AAAASF). En nuestro país, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) publicó en 2001 el Manual de Estándares para la acreditación de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (45, 46). Los distintos capítulos que se contemplan (Tabla XI) constituyen una auténtica guía en las distintas Uni-

dades de CMA para la autoevaluación y la consecución de los estándares asistenciales necesarios e imprescindibles para la acreditación y deben ser un referente para la puesta en marcha de nuevas Unidades. ◀

J. M.ª Capitán Vallvey, Jefe de Servicio de Cirugía Hospital Neurotraumatológico. Complejo Hospitalario de Jaén.

Referencias bibliográficas

1. NICOLL, J.H.: «The surgery of the infancy». *Br. Med. J.* 2: 753-4, 1909.
2. FARQUHARSON, E.: «Early ambulation with special reference to herniorrhaphy as an outpatient procedure». *Lancet* 2: 517-519, 1955.
3. COHEN, D.D.; DILLON, J.B.: «Anesthesia for outpatient surgery». *JAMA* 196: 1114-16, 1966.
4. DAVID, J.E.: *Major Ambulatory Surgery*. Baltimore, Williams & Wilkins, 1986.
5. RIVERA, J.; GINER, M.; SUBH, M.: *Cirugía ambulatoria: estudio piloto*. *Cir. Esp.*, 44: 865-974, 1988.
6. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Cirugía Mayor Ambulatoria: Guía de Organización y Funcionamiento*. Madrid, 1993.
7. DAVIS, J.E.: «Major Ambulatory Surgery». *Surg. Clin. North. Am.*, 67:671-908, 1987.
8. BOLDT, H.J.: «The management of laparotomy patients and their modified after treatment». *NY. Med. J.*, 85: 145-153, 1907.
9. CUSHING, H.: «The employment of local anesthesia in the radical cure of certain cases of hernia, with a note upon the nervous anatomy of the inguinal region». *Ann Surg.* 31: 1, 1900.
10. LEITHAUSER, D.J.: «Confinement to bed for only twenty four hours after operation». *Arch Surg.* 47: 203-215, 1943.
11. TRICE, E.T.: «The application of principles of early ambulation to surgical patients». *Virginia Medical Monthly*, 74: 103-107, 1947.
12. STEPHENS, F.O.: «An organization for outpatient surgery». *Lancet* 1: 1042, 1961.
13. DAVIS, J.E.; DETMER, D.E.: «The ambulatory surgical unit». *Ann Surg* 6: 856-862, 1972.
14. DAVIS, J.E.: «The major ambulatory surgical center and how it is developed». *Surg Clin North Am* 67: 671-692, 1987.
15. GOODSPEED, S.: «Planning developing and implementing a freestanding ambulatory surgery center». *HEALTH CARE STRATEGIC MANAGEMENT*, 4 (2): 18-22, 1986.
16. *Diario Médico*, Sanidad, 16 de Julio, 2001.
17. <http://www.fasa.org/aschistory.html>
18. SEWONOU, A.; RIOUX, C.; GOLLIOT, E.; RICHARD, L.; MASSAULT, P.P.; JOHANET, H.; CHERBONNEL, G.; BOTHEREL, A.H.; FARRET, D.; ASTAGNEAU, P.: «Incidence of the surgical site infection in ambulatory surgery: results of the INCISO surveillance network in 1999-2000». *Ann Chir* 127 (4): 262-267, 2002.
19. VILAR-COMPTÉ, D.; ROLDAN, R.; SANDOVAL, S.; COROMINAS, R.; DE LA ROSA, M.; GORDILLO, P.; VOLKOW, P.: «Surgical site infections in ambulatory surgery: a 5-year experience». *Am J Infect Control*, 29 (2): 99-103.
20. ZOUTMAN, D.; PEARCE, P.; MCKENZIE, M.; TAYLOR, G.: «Surgical wound infections occurring in day surgery patients». *Am J Infect Control*, 18 (4): 277-282, 1990.
21. KENT, P.; McDONALD, M.; HARRIS, O.; MASON, T.; SPELMAN, D.: «Post-discharge surgical wound infection surveillance in a provincial hospital: follow-up rates, validity of data and review of the literature». *ANZ J Surg*, 71 (10): 563, 2001.
22. MYLES, P.S.; IACONO, G.A.; HUNT, J.O.; FLETCHER, H.; MORRIS, J.; MCLROY, D.; FRITSCH, L.: «Risk of respiratory complications and wound infection in patients undergoing ambulatory surgery: smokers versus nonsmokers». *Anesthesiology* 97 (4): 842-847, 2002.
23. CHONG, T.; SAWYER, R.: «Update on the Epidemiology and Prevention of Surgical Site Infections». *Curr Infect Dis Rep* 4 (6): 484-490, 2002.
24. MITCHELL, D.H.; SWIFT, G.; GILBERT, G.L.: «Surgical wound infection surveillance: the importance of infections that develop after hospital discharge». *Aust NZJ Surg* 69 (2): 117-120, 1999.
25. COPP, N.A.: «Benchmarking in ambulatory surgery». *AORN Journal* 76 (4): 643-647, 2002.
26. CREWS, J.C.: «Multimodal pain management strategies for office-based and ambulatory procedures». *JAMA* 288 (5): 629-632, 2002.
27. YELLEN, E.; DAVIS, G.C.: «Patient satisfaction in ambulatory surgery». *AORN Journal* 74 (4): 483-498, 2001.
28. JARRET, P.E.: «Day case surgery». *Eur J Anaesthesiol Suppl* 23: 32-35, 2001.
29. WARNER, M.A.; SHIELDS, S.E.; SHUTE, C.G.: «Major morbidity and mortality within one month of ambulatory surgery and anesthesia». *JAMA* 270: 1437-1441, 1993.
30. MEZEI, G.; CHUNG, F.: «Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery». *Ann Surg* 230 (5): 721-727, 1999.
31. COLEY, K.C.; WILLIAMS, B.A.; DAPOS, S.V.; CHEN, C.; SMITH, R.B.: «Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs». *J Clin Anesth* 14 (5): 349-353, 2002.
32. LINARES, M.J.; ESTEVE, A.; GARRIDO, P.; PELEGRÍ, D.; PI, F.; GOMAR, C.; PRAT, A.: «Factores predictores del ingreso hospitalario en la cirugía ambulatoria de un hospital comarcal». *Med Clin (Barc)* 112 (10): 361-364, 1999.
33. HUANG, N.; CUNNINGHAM, E.; LAURITO, C.E.; CHEN, C.: «Can we do better with postoperative pain

- management?». *Am J Surg* 182 (5): 440-448, 2001.
34. CHUNG, F.; RITCHIE, E.; SU, J.: «Postoperative pain in ambulatory surgery». *Anesth Analg* 85: 808-816, 1997.
35. FORTIER, J.; CHUNG, F.; SU, J.: «Unanticipated admission after ambulatory surgery: a prospective study». *Can J Anaesth* 45: 612-619, 1998.
36. PAVLIN, D.J.; CHEN, C.; PENALOZA, D.A.; POLISSAR, N.L.; BUCKLEY, E.P.: «Pain as a factor complicating recovery and discharge after ambulatory surgery». *Anesth Analg* 95 (3): 627-634, 2002.
37. NILSSON, U.; RAWAL, N.; ENQVIST, B.; UNOSON, M.: «Analgesia following music and therapeutic suggestions in the PACU in ambulatory surgery; a randomized controlled trial». *Acta Anaesthesiol Scand* 47 (3): 278-283, 2003.
38. WANG, S.M.; KULKARNI, L.; DOLEV, J.; KAIN, Z.N.: «Music and preoperative anxiety: a randomized, controlled study». *Anesth Analg* 94 (6): 1498-1494, 2002.
39. BUSTOS, F.: «Fast-Track o vía rápida en Cirugía Mayor Ambulatoria». *Cirugía Mayor Ambulatoria* 5 (2): 59-62, 2000. Editorial.
40. KISSIN, I.: «Depth of anesthesia and bispectral index monitoring». *Anesth Analg* 90: 1114-1117, 2000.
41. WHITE, P.F.; SONG, D.: «New criteria for fast-tracking after outpatient anesthesia: A comparison with the modified Aldrete's scoring system». *Anesth Analg* 88 (5): 1069-1072, 1999.
42. POMFRETTE, C.J.D.: «Heart rate variability, BIS and "depth of anesthesia"». *Br J Anaesth* 82 (5): 659-661, 1999.
43. *Diario Médico*, de 14 de marzo de 2001.
44. LOMAS, M.; PORRERO, J.L.: «Dificultades en la implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria». En: *Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual Práctico*. PORRERO, J.L. Ed. Ediciones Doyma, 1999.
45. Comité de Acreditación de ASECEMA. «Manual de estándares para la acreditación de CMA (primera parte)». *Cirugía Mayor Ambulatoria* 6 (3): 125-153, 2001.
46. COMITÉ DE ACREDITACIÓN DE ASECEMA. «Manual de estándares para la acreditación de CMA (segunda parte)». *Cirugía Mayor Ambulatoria* 6 (4): 201-222, 2001.