

Cirurgía

## Resultados de la unidad de cirugía mayor ambulatoria ginecológica del Hospital Dr. Peset, Valencia

### *Results of outpatient gynecological surgical unit at Dr. Peset, Valencia*

Belén Aparicio<sup>a,c</sup>, Patricia Cañete<sup>a,d</sup>, Ester Ortiz<sup>a</sup>, Antonio Abad<sup>a</sup>, Juan Viñoles<sup>b</sup>

Hospital Universitario Dr. Peset, <sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, <sup>b</sup>Servicio de Anestesia y Reanimación.

#### **Resumen**

*La cirugía mayor ambulatoria se podría definir como una modalidad técnico-organizativa destinada a solucionar determinadas patologías quirúrgicas evitando el ingreso hospitalario de la paciente, lo cual supone un considerable cambio en la visión del esquema clásico de asistencia en cirugía. Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo, cuyo objetivo es describir y analizar la actividad realizada en la unidad de cirugía sin ingreso (UCSI) del Hospital Dr Peset desde su puesta en marcha (Febrero del 2000 hasta Junio del 2009). Un total de 3780 pacientes fueron intervenidas, con una media de 378 mujeres por año [281-478]. La técnica quirúrgica más frecuentemente realizada fue la histeroscopia quirúrgica (1827 pacientes, 48,7% del total de intervenciones), seguida de la laparoscopia quirúrgica (1143 pacientes; 30,2%). Requirieron ingreso hospitalario 222 mujeres, lo que supone un índice de ingreso global de 5,9% durante el período de estudio. La principal tasa de ingresos hospitalarios se produjo en pacientes sometidas a laparoscopias quirúrgicas, con un índice de ingresos del 16%, en comparación con un 1,03% de las histeroscopias quirúrgicas.*

*La Cirugía Mayor Ambulatoria es un proceso adecuado para el tratamiento quirúrgico de diversas patologías ginecológicas, no presentando mayores complicaciones que la cirugía con ingreso hospitalario, siempre y cuando se realice una buena selección de las pacientes candidatas.*

**Palabras clave:** Cirugía mayor ambulatoria. Ginecología. Endoscopia.

#### **Summary**

*Outpatient surgery could be defined as an organizational and technical form to solve certain surgical pathologies avoiding hospital admission of the patient. This means a change in the traditional outline view of assistance in surgery. A descriptive and retrospective trial is presented. The aim is describing*

---

**Correspondencia:** Dra. Belén Aparicio  
Hospital Universitario Dr. Peset  
Servicio de Obstetricia y Ginecología  
Av/ Gaspar Aguilar, 90  
46017 Valencia  
crbelen@comv.es  
dpatricia@comv.es

*and analyzing the activity carried out in the "Outpatient Surgical Unit" since its beginnings (February 2000) until June 2009. A total of 3780 patients had their surgery performed, with a mean of 378 women per year (281-478). The most common skill was surgical hysteroscopy (1827 patients, 48,7% total of underwent surgery), followed by surgical laparoscopy (1143 patients, 30,2% total of underwent surgery). Hospital admission was required in 222 women. This means a global admission index of 5,9% during the period of time which lasted the trial. The main hospital admission rate occurred in women who underwent surgical laparoscopy, with an admission index of 16%, in comparison to a 1,03% of surgical hysteroscopy.*

*Main outpatient surgery is an appropriate process for surgical treatment of different gynaecologic pathologies, without presenting major complications than surgery with hospital admission, as long as a correct selection of the patients is done.*

**Key words:** Outpatient surgery. Gynaecology. Endoscopy.

## INTRODUCCIÓN

La cirugía ambulatoria es una de las tendencias médicas más importantes en la asistencia sanitaria desde finales del siglo XX como método para disminuir las listas de espera quirúrgica y el costo hospitalario por paciente, así como para mejorar la calidad de vida de la población (1). Se define como cirugía mayor ambulatoria aquellas intervenciones quirúrgicas realizadas en pacientes no hospitalizados bajo cualquier tipo de anestesia, en los cuales es necesario o recomendable un período de recuperación u observación postoperatoria del enfermo (2, 3).

La introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) ha supuesto un cambio en la labor asistencial y en el manejo de diversas patologías ginecológicas quirúrgicas permitiendo una adecuada atención a las pacientes, con una seguridad y efectividad similar a la de la cirugía convencional.

Las mejoras en las técnicas anestésicas con el uso de fármacos de vida media más corta y menos efectos secundarios, los avances en las técnicas quirúrgicas con la introducción de procedimientos cada vez menos agresivos, el cambio de mentalidad de los profesionales de la medicina y de los pacientes y las reorganizaciones hospitalarias con la finalidad de reducir los costes han dado lugar al desarrollo de las Unidades de Cirugía Sin Ingreso, que han supuesto una disminución de las listas de espera, unos costes más reducidos y una mayor aceptación por parte de los pacientes.

Todo esto ha generado un cambio en el planteamiento de la labor asistencial. Por una parte el paciente participa más activamente en el proceso, ya que manejará el desarrollo del preoperatorio y colaborará en el seguimiento postoperatorio; por otra parte, el personal sanitario debe realizar una selección adecuada de los pacientes que serán intervenidos en estas unidades (4).

El proceso de selección de cada enfermo tiene lugar en dos consultas sucesivas: la del especialista quirúrgico correspondiente y la del anestesiólogo, tras las cuales el paciente es seleccionado y firma la autorización correspondiente, o bien, es excluido y pasa a la vía tradicional con ingreso. Los elementos que determinan la selección de un paciente son el tipo de patología (deberá estar incluida entre la cartera de procedimientos de la unidad), los factores de tipo social (vivienda adecuada, disponibilidad de ascensor y teléfono, distancia a la unidad inferior a una hora, presencia de acompañantes), los factores psicológicos (estabilidad emocional, aceptación voluntaria, comprensión de las instrucciones) y el estado general (valoración de la patología asociada mediante examen clínico, analítico y radiológico) (5).

Algunas de las ventajas que la CMA aporta a la asistencia y que han ayudado al éxito son:

- Mínima alteración del modo de vida del paciente, al abandonar su medio tan sólo por unas horas.
- Atención individualizada estrechando la relación médico-paciente.
- Disminución de la ansiedad de los enfermos al quitar dramatismo al acto quirúrgico.
- Reducción de los costes por proceso en un porcentaje variable pero que puede superar el 30% en muchos casos.
- Menor riesgo de infección hospitalaria, al disminuir el tiempo de estancia en los hospitales.
- Rápida reincorporación al trabajo.
- Reducción de las listas de espera, al aumentar la actividad quirúrgica de los hospitales, especialmente en aquellas patologías con mayor prevalencia.

En el Hospital Universitario Dr. Peset se inicia la actividad quirúrgica ginecológica ambulatoria en el año 2000.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos un estudio descriptivo retrospectivo de las intervenciones ginecológicas realizadas en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Hospital Universitario Dr Peset, Valencia (España). El período de estudio comprende desde el 1 de Febrero del 2000 hasta el 1 de Junio de 2009.

Las pacientes incluidas fueron todas aquellas intervenidas por el Servicio de Ginecología y Obstetricia en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Los criterios de inclusión fueron (6):

- ASA I o II (Clasificación de la American Society Anesthesiology).
- Compresión adecuada.
- Ausencia de drogo dependencias.
- Domicilio localizado a menos de 30 minutos en coche del hospital.
- Condiciones adecuadas del domicilio de accesibilidad (existencia de ascensor), higiene y disponibilidad de teléfono.
- El paciente debe poder ser atendido el día de la intervención y el día después por una persona responsable.

En nuestro protocolo de CMA se realizan laparoscopias diagnósticas y quirúrgicas incluyendo miomectomías únicas hasta 5 cm, quistectomías y aneختomías por tumoraciones anexiales de hasta 7 cm (teratomas, endometriomas, quistes simple, quistes paraovario...), y esterilizaciones tubáricas; también se realizan histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas (pólipos, miomas, ablación, cuerpos extraños), cerclajes, conizaciones, hidrolaparoscopias, colocación de Essures y cirugía vulvar menor.

Por parte del Servicio de Ginecología se inicia el protocolo de actuación que consiste en la pre-selección de la paciente y el tipo de lesión ginecológica adecuado para la UCSI, y la solicitud del preoperatorio que incluye analítica completa (hemograma, bioquímica, coagulación y serologías) y electrocardiograma. Posteriormente, se remite la paciente a la consulta de anestesia de la UCSI donde es revisado el preoperatorio, las características de la paciente y el entorno social. Una vez informada la mujer y su acompañante del tipo de cirugía, tipo de anestesia, instrucciones preoperatorias y aceptado el proceso ambulatorio, es dado el visto bueno. Las pacientes que no aceptan la ambulatorización de su proceso quirúrgico o no cumplen criterios para ello son clasificadas como "No Apto UCSI" y son intervenidas hospitalizadas en los quirófanos centrales del hospital.

La paciente ingresa en la UCSI el día de la intervención y, tras comprobar que las instrucciones preoperatorias han sido cumplidas (ayuno, enema, acompañante y rasurado) se canaliza vía periférica, se monitoriza y se premedita empleando: ranitidina 50 mg, granisetron 1 mg, nolutil 2 gr (paracetamol 1 gr para alérgicas a AINES), midazolam 2-5 mg según respuesta, antibioterapia con amoxi-clavulánico 2 gr (clindamicina 600 mg en caso de alérgicas). Una vez en quirófano de la UCSI se le realiza una anestesia total intravenosa basada en propofol-remifentanilo en perfusión con bombas Target Controlled Infusion (TCI) con una dosis única de fentanilo a 4 microg/kg. El manejo de la vía aérea se realiza mediante dispositivos extraglótricos que tengan drenaje gástrico tipo Mascarilla Laríngea Proseal® o Supreme® que poseen capacidad de sellado suficiente para la cirugía laparoscópica y permiten el drenaje de la vía digestiva. No se suele utilizar relajantes neuromusculares ni agentes anestésicos inhalatorios. La analgesia postoperatoria se inicia antes de despertar a la paciente infiltrando los portales de la laparoscopia con ropivacaína al 0,2% (entre 10 y 20 cc). En la Unidad de Reanimación Post Anestésica (URPA) y por vía intravenosa se instaura una pauta creciente de analgésicos según el grado de dolor postoperatorio: dexketoprofeno 50 mg + granisetron 1 mg; seguido de paracetamol 1 gr; tramadol 100 mg y finalmente Dolantina® intramuscular a 1 mg/kg. Si aparecen náuseas o vómitos postoperatorios se añade granisetron en bolos de 1 mg hasta 3 como dosis total (incluyendo el preoperatorio); rescate con dexametasona IV 8 mg una sola dosis; haloperidol en bolos de 1 mg (3 mg dosis total).

Dos horas después de la salida del quirófano se realiza un hemograma y coagulación para descartar sangrado oculto y la paciente se traslada en camilla "transfer" a la sala de readaptación al medio (SRM) donde a la media hora se inicia la tolerancia oral con una solución carbonatada de cola ligeramente desvesnada. Cuando se conocen los resultados de la analítica (una hora después de la salida de la URPA) se realiza una sobrecarga con un coloide (Gelafundina® 250 - 500 cc) para aumentar el relleno vascular y se sienta a la paciente en un sillón. Si la paciente al cabo de una hora es capaz de deambular e ir por sí misma al baño a orinar, y cumple el resto de los criterios de alta (criterios PADSS de F. Chung) (10), está lista para ser trasladada a su domicilio para seguir el curso de su recuperación. Antes del alta recibe información detallada por parte del ginecólogo, anestesiólogo y pautas de enfermería (curas, dieta, medicación postoperatoria, pautas higiénicas de duchas, etc). Se entrega la documentación del alta con las instrucciones protoco-

lizadas, día de la próxima consulta en ginecología, números de contacto telefónico rápido, medicación analgésica y material de curas para las primeras 24-48 horas. A las 4 horas la paciente es sometida a control telefónico por enfermería y también al día siguiente.

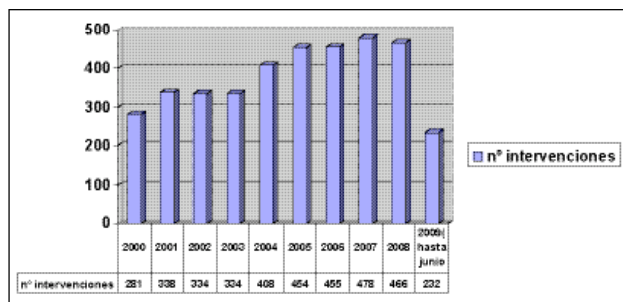
Las variables a estudio en nuestro artículo son:

- Número y tipo de intervenciones ginecológicas.
- Tasa de complicaciones.
- Número de ingresos hospitalarios.
- Número de intervenciones suspendidas y causas.

## RESULTADOS

En el período de tiempo desde Febrero de 2000 hasta Junio de 2009 han sido intervenidas 3780 pacientes, conjuntamente con el Servicio de Anestesiología, por causa ginecológica en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) del Hospital Universitario Dr Peset de Valencia. Durante este mismo período de tiempo, han sido realizadas también otras intervenciones en pacientes con patología ginecológica, incluyendo técnicas de conización con asa de diatermia, histeroscopias diagnósticas y ESSUREs, que al no realizarse junto con el Servicio de Anestesiología no han sido contabilizadas en este estudio.

La distribución de número de cirugía por año estudiado se expone en la gráfica I, observando un crecimiento exponencial del número de cirugías/año.

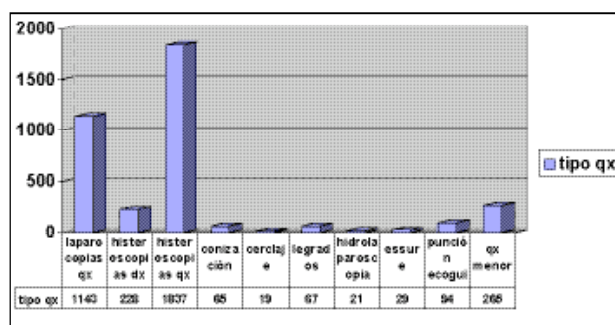


**Gráfico I**

*Nº de intervenciones totales realizadas en la UCSI distribuidas por años*

El tipo de intervenciones realizadas se detalla en la gráfica II.

Se observa que la técnica quirúrgica más frecuentemente realizada fue la histeroscopia quirúrgica (1827 pacientes, 48,7% del total de intervenciones),



**Gráfico II**

*Representación del tipo de intervenciones quirúrgicas realizadas durante todo el periodo de tiempo estudiado, expresadas en número total de actos quirúrgicos de cada una de ellas*

seguida de la laparoscopia quirúrgica (1143 pacientes; 30,2%) y en menor porcentaje otras intervenciones que se presentan en la Tabla 1.

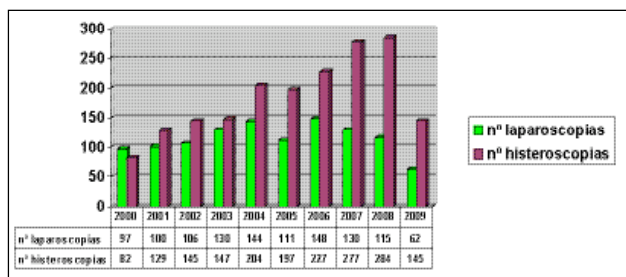
**Tabla 1**

*Tabla que muestra todos los tipos de intervenciones realizadas en la Unidad CMA, detallando el nº total de intervenciones realizadas de cada tipo así como el porcentaje que supone del total de cirugías realizadas*

TIPO DE INTERVENCIÓN	NÚMERO DE INTERVENCIÓNES / (%)
Histeroscopia quirúrgica	1837 / 48,6%
Laparoscopia	1143 / 30,2%
Cirugía vulvar menor	265 / 7,01%
Histeroscopia diagnóstica	228 / 6,03%*
Punción de quistes ecoguiada	94 / 2,5%
Legrado uterino	67 / 1,8%
Conización cervical con bisturí frío	65 / 1,7%
Inserción de Essure	29 / 0,8%*
Hidrolaparoscopia	21 / 0,55%
Cerclaje	19 / 0,5%

\*Técnicas que se realizan habitualmente sin sedación, por lo que aquí únicamente están cuantificadas aquellas en las que ha sido imposible hacerlas sin sedación y requieren de la asistencia del Servicio de Anestesiología.

En la gráfica III se observa que las endoscopias son las técnicas quirúrgicas más frecuentemente realizadas, con un aumento de su realización con el transcurso de los años de implantación de la CMA.



**Gráfico III**

*Diagrama de barras que muestra por años, el número de intervenciones totales laparoscópicas e histeroscópicas*

El número de pacientes que requirió ingreso hospitalario no planificado fue de 222, lo que supone un índice de ingreso global de 5,9% durante el período de estudio. Expresado por años el índice de ingreso por año es el que se muestra en la Tabla 2.

Los motivos de ingreso de las 222 pacientes fueron en primer lugar la inestabilidad hemodinámica (86 casos), generalmente por dolor no controlado,

complicaciones quirúrgicas debidas a hallazgos intraoperatorios que aumentan la agresividad quirúrgica (75 casos), selección inadecuada por negarse las pacientes o sus acompañantes tras la intervención a irse a su domicilio (50 casos), complicaciones anestésicas (5 casos) y otras causas no recogidas (6 casos).

La principal tasa de ingresos hospitalarios se produjo en pacientes sometidas a laparoscopias quirúrgicas, con un índice de ingresos del 16%, en comparación con un 1,03% de las histeroscopias quirúrgicas. La Tabla 3 muestra el número de laparoscopias e histeroscopias quirúrgicas por años y el índice de ingresos debidos a dichas técnicas.

En cuanto a la incidencia de complicaciones quirúrgicas o intraoperatorias, podemos decir que han aparecido en el 16,4% de las laparoscopias (188 complicaciones), cuyas causas se solapan con las causas de ingreso hospitalario, siendo 8 casos por analgesia inadecuada, 4 por complicaciones anestésicas, 53 por complicaciones de la técnica quirúrgica, 74 por inestabilidad hemodinámica, 45 por selección inadecuada y 4 por otros. Entre las 1837 pacientes sometidas a histeroscopia quirúrgica se produjeron 5 ingresos (0,3% de las histeroscopias): 3 por complicaciones quirúrgicas y 2 por selección inadecuada, con un porcentaje total de ingresos del 1,03%. Entre las 228 histeroscopias diagnósticas, 2 acabaron ingresando por

**Tabla 2**

*Tabla que nos muestra por años el número total de intervenciones realizadas, y el porcentaje de ese total de cirugías que requirieron ingreso por año*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Número intervenciones	281	338	334	334	408	454	455	478	466	232
Ingresos %	7,5%	4,1%	7,8%	6,3%	6,1%	6,2%	6,4%	5,6%	4,9%	3,4%

**Tabla 3**

*Presentación de los datos por años de número de laparoscopias e histeroscopias realizadas, junto con el porcentaje de ingresos de cada una de ellas*

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nº laparoscopias	97	100	106	130	144	111	148	130	115	62
Ingresos %	16,5%	11%	23,6%	12,3%	15,2%	18,9%	18,2%	16,9%	19,1%	9,7%
Nº histeroscopias	82	129	145	147	204	197	227	277	284	145
Ingresos %	1,2%	0,8%	0%	2,7%	1,5%	2%	0,4%	1,1%	0%	1,4%

complicación quirúrgica (0,8% de las histeroscopias diagnósticas). Se realizaron 65 conizaciones, ingresando 5 pacientes, 3 por complicaciones quirúrgicas (sangrado) y 2 por selección inadecuada (7,7%). No se produjo ningún ingreso en las siguientes técnicas: 19 cerclajes, 19 ESSURE, 67 legrados, 21 hidrolaparoscopias y 94 punciones ecoguiadas. En cuanto a las 265 pacientes sometidas a cirugía vulvo-vaginal menor se produjeron 6 ingresos: 3 por complicaciones quirúrgicas (2 sangrado, 1 dolor), 2 por inestabilidad hemodinámica, 1 por selección inadecuada, lo que supone un porcentaje de ingresos del 2,3%.

Las complicaciones quirúrgicas secundarias a las histeroscopias fueron el sangrado persistente y la perforación uterina, y en el caso de las laparoscopias quirúrgicas fueron la prolongación del tiempo quirúrgico, el sangrado, la retención urinaria o la lesión vesical.

El número de intervenciones programadas no realizadas fue de 4 pacientes, esto supone un índice de suspensión global de 0,1%. Las causas de suspensión fueron causas médicas intercurrentes y la no comparecencia de la paciente el día de la cirugía.

## DISCUSIÓN

Cada vez son más las intervenciones ginecológicas realizadas en las Unidades de Cirugía Sin Ingreso con excelentes resultados en cuanto a eficacia y seguridad (7). Desde mediados de los años noventa, el Sistema Nacional de Salud Español estableció la Cirugía Mayor Ambulatoria como objetivo prioritario (8).

La Cirugía Mayor Ambulatoria está adquiriendo en todos los sistemas nacionales de salud un gran auge, no sólo debido a los avances médicos y disminución de costes, sino también a la aceptación por parte de los usuarios, al ser un proceso más ágil y humanizado, con una menor desestructuración del núcleo familiar, y disminuir la sensación de angustia y despersonalización que supone un ingreso hospitalario (9).

Para asegurar el éxito de un programa de cirugía ambulatoria debe poder garantizarse una seguridad y calidad de resultados, al menos similares a los de los tratamientos con hospitalización. Para que esto sea posible, se requieren varias condiciones: un personal bien preparado y coordinado; una infraestructura hospitalaria adecuada, con una protocolización de los criterios de selección y exclusión de los pacientes en función de su patología, tipo de intervención, riesgo anestésico o presencia de barreras arquitectónicas. También son necesarios una protocolización de los criterios de ingreso hospitalario, criterios de alta, así como unos adecuados protocolos de seguimiento domiciliario de los pacientes.

En general, los procesos que con mayor frecuencia se realizan en la Unidad de Cirugía Sin Ingreso son histeroscopias diagnósticas y quirúrgicas, legrados, conizaciones con asa de diatermia o bisturí frío, biopsias de mama, esterilizaciones tubáricas laparoscópicas, y laparoscopias diagnósticas y quirúrgicas.

En nuestra serie el procedimiento más frecuentemente realizado fueron las histeroscopias quirúrgicas, seguidas de las laparoscopias quirúrgicas. En cuanto a las esterilizaciones tubáricas laparoscópicas han dejado de ser técnica habitual con la introducción del Essure, que se coloca vía histeroscópica sin necesidad de sedación, por lo que su cuantificación no entra dentro de esta serie. No se realizan biopsias mamarias, pues en nuestro hospital la sección de mama es llevada por el Servicio de Cirugía General. En cuanto a las conizaciones con asa de diatermia, tampoco están cuantificadas, por realizarse fuera de la Unidad de Cirugía Sin Ingreso, únicamente cuantificamos aquellas realizadas con bisturí frío.

El índice de ingresos es uno de los indicadores más importantes a la hora de analizar los resultados de un programa de UCSI. Depende del tipo de cirugía, curva de aprendizaje y del tipo de UCSI. Los datos publicados en la literatura científica cifran este indicador entre 1-11% dependiendo del tipo de cirugía y unidad (10). Nuestro índice de ingresos 5,9% es alto comparado con otras series, pero es necesario tener en cuenta el tipo de cirugía realizado en esta unidad, pues se realizan todo tipo de laparoscopias quirúrgicas con patología anexial uni o bilateral (endometriomas, teratomas, quistes simples, quistes paraovario...), incluso miomectomías de hasta 5 cm. También es importante resaltar la curva de aprendizaje, ya que nuestro centro es un hospital universitario, y las cirugías se realizan por personal en formación (MIR), supervisados en todo momento por personal docente. Todo esto prolonga el tiempo quirúrgico y aumenta el riesgo de complicaciones quirúrgicas, lo que supone la principal causa de ingreso hospitalario.

En cuanto a las complicaciones tenemos un alto porcentaje de ingresos tras laparoscopia, fundamentalmente por complicaciones quirúrgicas de sangrado y prolongación del tiempo quirúrgico, donde se puede plantear una selección inadecuada de la patología a intervenir. También es importante el número de ingresos secundarios a inestabilidad hemodinámica. En cuanto a las histeroscopias quirúrgicas la tasa de ingreso fue baja (5 pacientes), siendo pocas las complicaciones secundarias a esta técnica. Otros procedimientos que requieren ingreso fueron las conizaciones con bisturí frío y la cirugía vulvar menor, fundamentalmente por sangrado.

El índice de suspensión fue bajo debido a una buena selección prequirúrgica, así como un buen programa de citación.

### CONCLUSIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria es un proceso adecuado para el tratamiento quirúrgico de diversas patologías ginecológicas, no presentando mayores complicaciones que la cirugía con ingreso hospitalario, siempre y cuando se realice una buena selección de las pacientes candidatas. Son muchas las intervenciones ginecológicas que reúnen las condiciones necesarias para realizarse en una Unidad de Cirugía Sin Ingreso, como son las que se detalla en nuestra publicación.

### BIBLIOGRAFÍA

1. **White PF, Smith I.:** Ambulatory anaesthesia: past, present and future. *Int Anesth Clin* 1996; 32: 1-16.
2. **Davis JE.:** Centro de cirugía mayor ambulatoria y su desarrollo. *Clin Quir Norteam* 1987; 67 (4): 685-91.
3. **Paredes Díaz JCH.:** Cirugía mayor ambulatoria del paciente máxilo facial. II parte. *Rev Cubana Estomatol* 1991; 28 (2): 112-7.
4. **Parado JF, Crespo J, Viñoles J, Izquierdo D, Soliveres J, Pellicer A.:** Cirugía mayor ambulatoria: su repercusión en la asistencia ginecológica. *Ginecología Clínica y Quirúrgica* 2001; 2(2): 78-81.
5. **Jiménez A.:** Aspectos clínicos y organizativos de la Cirugía Mayor Ambulatoria. *El Médico: informe y gestión* [Internet]. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/informes/informe/cirurgiamayor.htm>.
6. **Maestre Alonso JM.:** Puesta en marcha de un programa de cirugía mayor ambulatoria. En: *Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria*. Madrid: Ediciones Ergon, 1997; 7-10.
7. **Chung F, Mezei G.:** Adverse outcomes in ambulatory anesthesia. *Can J Anaesth* 1999; 46: 18-26.
8. **Lamata E.:** La CMA en el nuevo Sistema Nacional de Salud. *Cir May Amb* 2004; 9: 9-11.
9. **Galindo Palazuelos M, Peraza Sánchez M, Ramos Goicoechea JF, González Fernández I, Castro Ugalde A, Manso Marín J.:** Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria en el manejo anestésico. *Cir May Amb* 2003; 8: 15-17.
10. **Morales R, Esteve N, Casas I, Blanco C.:** Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital? Prospective study. *Ambu Surg* 2002; 9: 197-205.
11. **Chung F.:** Recovery pattern and home readiness after ambulatory surgery. *Anest Analg* 80 (1995), 896-902.
12. **Cortiñas M, Lobo P, Fajardo MJ, Amescua A, López A, González G, Martínez LL.:** Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria en ginecología. *Prog Obstet Ginecol* 2009; 52: 206-14.