

Organización de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. II. Selección de Pacientes. Circuito Asistencial

Carlos Martínez-Ramos

Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Complutense.
Hospital Clínico San Carlos. C/ Prof. Martín Lagos, s/n. 28040-Madrid.
cmartinez.hcsc@salud.madrid.org

Resumen: En este trabajo se exponen, en primer lugar, los diferentes criterios utilizados para efectuar la selección de pacientes que pueden ser intervenidos mediante Cirugía Mayor Ambulatoria. En segundo lugar, se analiza el funcionamiento de los diferentes pasos del circuito asistencial en esta forma de asistencia quirúrgica ambulatoria. En tercer lugar, se comentan los fundamentos del programa de calidad. Finalmente, se describen las especialidades, los procesos y los procedimientos quirúrgicos que pueden realizarse mediante Cirugía Mayor Ambulatoria.

Palabras claves: Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía sin ingreso. Criterios de selección. Circuito asistencial. Programa de calidad.

SELECCIÓN DE PACIENTES

Dentro de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria la selección de los pacientes se considera el factor más importante. La Cirugía Mayor Ambulatoria, en principio no es apta o adecuada para todos los pacientes ni para todas las intervenciones quirúrgicas.

Los criterios que se utilizan para efectuar la selección de los pacientes han de ser pues exhaustivos. No obstante estos criterios se encuentran en continua revisión siendo cada vez menos restrictivos conforme se introducen mas avances de tipo médico-quirúrgico, anestésico o de infraestructura y organización de estas Unidades.

Los criterios para la selección de los pacientes podemos dividirlos en cuatro tipos:

- Características del paciente.
- Criterios socio – familiares.
- Criterios quirúrgicos.
- Criterios médicos o patologías asociadas.

Características del Paciente

En Primer lugar es fundamental que, tras una información detallada, sea el propio paciente el que [acepte su inclusión](#) en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Por

consiguiente el paciente debe tener un **nivel intelectual** que le permita entender las peculiaridades de este tipo de cirugía así como las instrucciones pre y postoperatorias que se le proporcionen en su momento.

El paciente debe estar convencido, tras la información que se le proporcione, que esta forma es la mejor manera de tratar su patología. Además debe ser capaz de asumir las molestias y el dolor postoperatorio como parte normal del tratamiento.

Por lo que respecta a la edad, en el momento actual no existe ningún límite que restrinja la participación en estos programas. Actualmente prevalece en este sentido el criterio de “**edad fisiológica**” antes que el de “**edad cronológica**”. Solamente se desaconseja intervenir pacientes menores de 6 meses.

Criterios Socio-Familiares

Puesto que en Cirugía Mayor Ambulatoria el paciente es dado de alta pocas horas después de finalizada la intervención quirúrgica para regresar a su domicilio, los cuidados postoperatorios se producirán en éste, lo que requiere y lo que implica unas condiciones mínimas en el domicilio así como la cooperación y el apoyo del entorno familiar.

Por lo que respecta a la **vivienda** o domicilio, debe reunir las condiciones básicas de higiene y salubridad junto con un grado mínimo de confortabilidad. El domicilio debe estar bien comunicado y ubicado a una distancia adecuada de la unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria o de un centro hospitalario. Se admite en general que esta distancia no ha de superar, en un vehículo convencional, los 60 minutos sobre todo si el paciente vive en un medio rural.

Así mismo, el paciente debe poder estar comunicado con la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria bien mediante telefonía fija o móvil. Por otra parte, si la vivienda se encuentra situada en un bloque de pisos, es aconsejable que disponga de ascensor. Todo paciente ha de contar con un **acompañante adulto** responsable al menos durante las primeras 24 - 48 horas del postoperatorio. Además es aconsejable que esta persona reciba la misma información que el paciente, tanto oral como por escrito, sobre el procedimiento de Cirugía Mayor Ambulatoria, en general, y sobre los cuidados e instrucciones postoperatorias, en particular.

Criterios Quirúrgicos

Las intervenciones quirúrgicas que se incluyan en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria han de cumplir unos requisitos y unos principios generales, aunque siempre han de considerarse también de forma individualizada según las diferentes especialidades y los requisitos específicos de cada una de ellas. Respecto a los principios generales han de tenerse en cuenta los siguientes:

- La intervención no debe precisar preparación compleja en el preoperatorio.

- La duración total de la intervención debe oscilar entre 90 y 120 minutos, no siendo aconsejable que este intervalo de tiempo se sobrepase, en el caso de realizarse bajo anestesia general.
- No deben preverse pérdidas hemáticas importantes que puedan hacer necesario la realización de una transfusión.
- Las intervenciones no deben precisar cuidados postoperatorios complicados (existencia de drenajes de alto débito, por ejemplo).
- El dolor postoperatorio debe poder ser controlable con analgesia administrada por vía oral.
- No se debe requerir la administración postoperatoria de antibióticos por vía intravenosa.

En la Tabla 1 queda recogido un listado de especialidades con las correspondientes intervenciones quirúrgicas que pueden realizarse habitualmente en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Este listado no pretende ser cerrado y exhaustivo ya que, gracias a los avances anestésicos y a los de las técnicas quirúrgicas, así como a los de gestión del postoperatorio (Corta Estancia), esta lista es dinámica y se encuentra en situación de modificarse continuamente con la incorporación de nuevos procedimientos.

CIRUGÍA GENERAL
Reparación de hernias de la región inguino-crural, uni o bilaterales. Simples o reproducidas. Reparación de hernia umbilical y epigástrica. Simple o reproducida. Reparación de eventraciones postoperatorias. Extirpación de sinus pilonidal. Cirugía de la fisura anal. Cirugía de la fístula de ano, no compleja. Cirugía de las hemorroides. Tumoraciones de mama. Cirugía del conducto tirogloso. Cirugía de fístulas y quistes branquiales. Tumoraciones de partes blandas. Colectomía Laparoscópica. Cirugía del Tiroides y Paratiroides (¿?).
CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA
Reparación artroscópica de patologías articulares de hombro, rodilla, muñeca y pie. Síndrome del túnel carpiano. Enfermedad de Dupuytren. Liberación de vainas tendinosas. Mano reumática.

Gangliones.
 Dedo en garra (Tenotomía).
 Sinovectomías.
 Realineamiento aparato extensor.
 Movilización articular.
 Tendinitis Aquílea (Tenolisis).
 Enfermedad de Haglund(Exéresis).
 Tendinitis Peroneos (Tenolisis).
 Fasciotomía plantar.
 Dedo en Martillo (Artroplastia).
 5º dedo Superpuesto (Dermodesis).
 Polidactilia (Resección).
 Metatarsalgia de Morton (Neurolisis).
 Síndrome Túnel Tarsiano (Neurolisis).
 Hallux Valgus .
 Retirada de material de osteosíntesis.

OTORRINOLARINGOLOGÍA

Adenoidectomía.
 Amigdalectomía.
 Septoplastia.
 Extirpación de pólipos de las cuerdas vocales.
 Miringotomía.
 Extirpación de pólipos nasales.
 Antrotomía de senos.

GINECOLOGÍA

Pólipos uterinos.
 Miomas uterinos.
 Ablaciones endometriales.
 Laparoscopia Diagnóstica.
 Ligadura de trompas.
 Anexectomías.
 Ooforectomías.
 Conización cervical.

CIRUGÍA MAXILOFACIAL

Artroscopia témporo-mandibular.
 Cordales incluidos.
 Quistes maxilares.
 Extracciones múltiples.

CIRUGÍA VASCULAR
<p>Cirugía de las varices. Ligadura de venas perforantes. Accesos vasculares para hemodiálisis.</p>
UROLOGÍA
<p>Hidrocele. Varicocele. Anorquia Quiste de cordón. Quiste de epidídimo Criptorquidia. Orquiectomía. Biopsia de testículo. Vasectomía. Circuncisión.</p>
OFTALMOLOGÍA
<p>Cataratas. Glaucoma. Vías lagrimales. Anejos oculares. Cirugía muscular.</p>
CIRUGÍA PLÁSTICA
<p>Cirugía de la mama. Cirugía de la cara. Cirugía de tronco y extremidades</p>

Tabla 1. Especialidades y Procedimientos en Cirugía Mayor Ambulatoria.

Criterios Médicos (Patología Asociada)

En relación con la existencia de patología asociada y para establecer cuales son las que pueden aceptarse en este tipo de cirugía, es decir para definir los criterios de inclusión en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria, se utiliza un sistema de clasificación preoperatoria del estado físico del paciente el cual se correlaciona con bastante exactitud con el riesgo de mortalidad perioperatoria. Esta clasificación del riesgo anestésico-quirúrgico se estableció en el año 1961 por la [“American Society of Anesthesiologists \(ASA\)”](#) y se denomina [Clasificación ASA](#).

Esta clasificación tiene 5 grados:

- **Grado ASA I:** Paciente completamente sano, sin otra patología que aquella que lo lleva a la intervención quirúrgica actual.
- **Grado ASA II:** Paciente con patología sistémica compensada; tal es el caso del paciente hipertenso compensado, que toma apropiadamente su medicación antihipertensiva y que sus cifras de tensión arterial se encuentran dentro de unos valores aceptables.
- **Grado ASA III:** Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa, diabetes mellitus con micro y macroangiopatía, insuficiencia respiratoria, etc., pero que están estables desde el punto de vista médico.
- **Grado ASA IV:** Paciente con enfermedad sistémica grave, incapacitante y descompensada a tal punto que constituye una amenaza constante para su vida. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
- **Grado ASA V:** Paciente terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc.

Según esta clasificación, la mayoría de los profesionales están de acuerdo en que pueden incluirse en la Cirugía Mayor Ambulatoria los pacientes valorados con los grados I y II, así como aquellos que se encuentren en el grado III pero que hayan permanecido estables al menos entre 3 y 6 meses antes de la fecha prevista para la realización de la intervención quirúrgica y que no esté previsto que puedan alterarse con ella. Nunca deben ser incluidos en Cirugía Mayor Ambulatoria los grados ASA IV y ASA V.

Los pacientes con alteraciones psiquiátricas deben ser valorados cuidadosamente de su patología en el momento de la selección y decidir si son incluidos o no en el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Respecto a la obesidad severa (sobrepeso igual o mayor al 30% del peso ideal) su relación riesgo-beneficio ha de ser valorada igualmente de forma individualizada, ya que es muy frecuente su asociación con otros trastornos sistémicos (diabetes, enfermedad cardiovascular, apnea del sueño etc.).

Los pacientes diabéticos pueden ser incluidos siempre y cuando se programen adecuadamente, generalmente a primera hora de la mañana, de forma que permita un control estricto de su glucemia.

Los pacientes alérgicos al látex pueden ser intervenidos siempre que se establezcan y apliquen las normas y pautas protocolizadas establecidas para estos casos (material exento de látex tanto anestésico como quirúrgico, profilaxis etc.).

Suele ser motivo de no inclusión en un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria la drogodependencia y el etilismo crónico por sus frecuentes complicaciones (síndrome de abstinencia) y por los problemas sociales que suelen existir en este tipo de enfermos.

Los pacientes con déficit físico (sordera, sordomudez, ceguera) o psíquicos (retraso mental no muy profundo) si no presentan otras alteraciones asociadas pueden ser incluidos en el programa e incluso puede ser recomendable hacerlo, al reducir el tiempo de interrupción con su entorno familiar, siempre y cuando se puedan aportar los medios de soporte físico y psíquico necesarios. Y además insistir en el papel que, en estos casos especialmente, desempeña el acompañante responsable en el postoperatorio domiciliario.

En cualquier caso, el hecho de no cumplirse alguno de los requisitos que se han detallado, no debe impedir que estos pacientes puedan beneficiarse de este tipo de actividad quirúrgica, siendo necesario buscar las posibles soluciones a sus necesidades específicas (ambulancias, hotel de pacientes, Corta Estancia, etc.). En cualquier caso es requisito fundamental realizar una valoración individualizada del paciente, considerando tanto su situación basal como el procedimiento quirúrgico a que va a ser sometido con sus posibles riesgos y beneficios.

CIRCUITO ASISTENCIAL EN LA UNIDAD DE CIRUGIA MAYOR AMBULATORIA

En el circuito asistencial en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es fundamental que todas las actitudes que se adopten estén debidamente previstas, definidas y acordadas hasta en sus más mínimos detalles y aspectos, en los correspondientes [protocolos](#), para evitar que se produzcan olvidos y/o improvisaciones.

Uno de los pilares básicos en que se fundamenta toda Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es que el enfermo reciba una información personalizada, adecuada a su nivel cultural, clara y extensa. De esta manera se conseguirá un grado óptimo de confianza en este sistema, de modo que se comprenda y se acepte la intervención quirúrgica sin ingreso así como las situaciones que eventualmente puedan hacer necesaria su hospitalización.

Por otra parte un aspecto así mismo esencial en este tipo de cirugía, es que se consiga, en todos los niveles del circuito asistencial, un trato especialmente personalizado y directo con el enfermo por parte de todo el personal que intervenga en dicho circuito.

Antes de la Intervención

El primer contacto que el paciente tiene con la Cirugía Ambulatoria se produce en la consulta de cualquiera de las especialidades susceptibles de proporcionar pacientes

para estos programas, es decir en las consultas quirúrgicas de los Centros de Especialidades (Ambulatorios) o en las consultas externas de los hospitales (Fig. 1). Es en estas consultas donde el cirujano correspondiente establece un “**primer filtro**” y en base al tipo patología y de intervención quirúrgica así como al nivel de riesgo anestésico del paciente que ya ha pasado por la consulta de preanestesia, plantea al paciente la posibilidad de ser intervenido mediante Cirugía Ambulatoria, sin necesidad de tener que ingresar en el hospital.

Si el paciente acepta, es enviado a la Consulta específica de la Unidad de CMA en donde debe pasar un “**segundo filtro**”. En esta consulta se valoran de manera individualizada los criterios quirúrgicos y médicos antes comentados y se completa la evaluación con un análisis de los criterios personales del paciente y de los aspectos socio-familiares antes descritos.

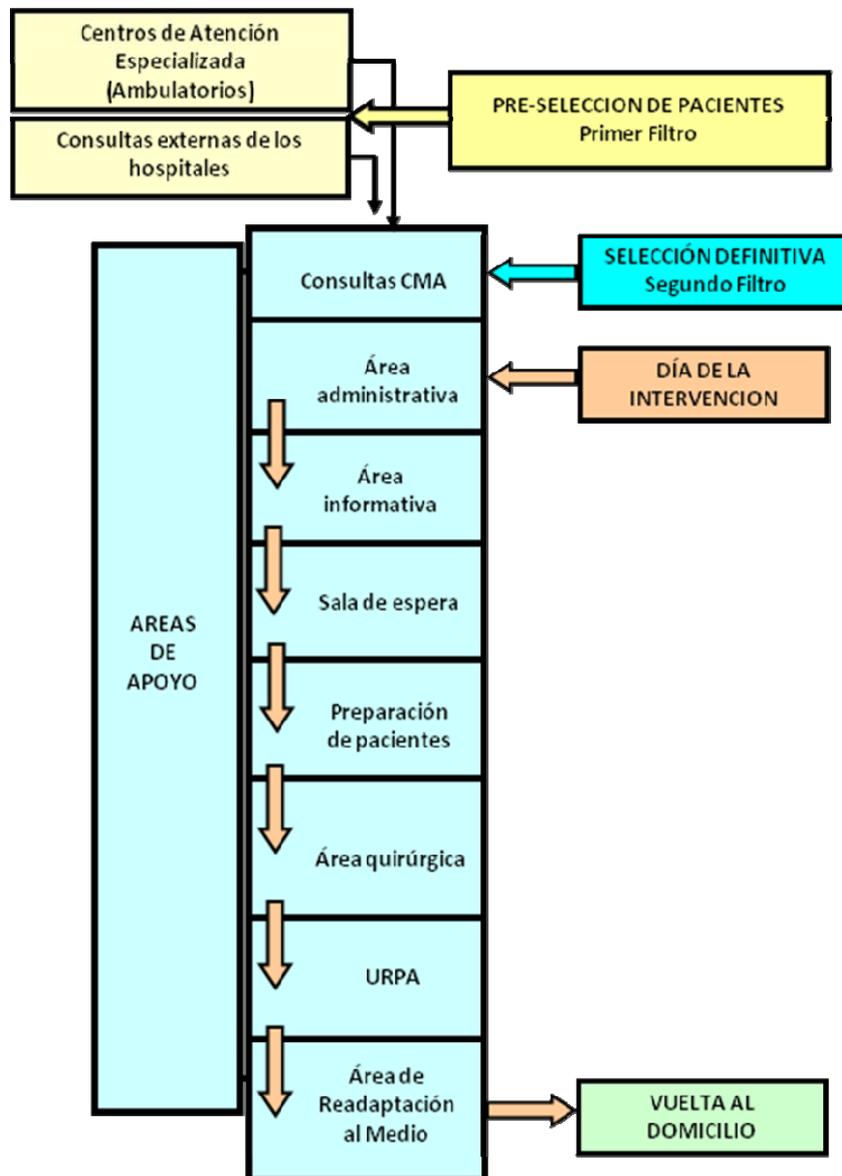


Figura 1.- Circuito asistencial en Cirugía Mayor Ambulatoria.

Una vez comprobado que el paciente cumple los requisitos para entrar en el programa de CMA, se le proporciona tanto de forma oral como por escrito, la información relativa al sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria mediante el cual va a ser intervenido, así como las correspondientes instrucciones preoperatorias. En el caso de aceptar, tiene que firmar un consentimiento específico de que acepta las condiciones especiales para llevar a cabo esta intervención de forma ambulatoria, reconociendo que ha entendido todas las instrucciones tanto preoperatorias para esta cirugía, como las postoperatorias que tendrá que poner en práctica en su domicilio, tras la intervención quirúrgica.

Una vez cumplimentados todos estos pasos, el paciente es incluido en una lista de espera quirúrgica específica para esta forma de Cirugía sin Ingreso, proporcionándosele la fecha prevista para ser intervenido. Antes de la intervención, 24 ó 48 horas, el paciente recibe una llamada de la Unidad para recordarle las instrucciones preoperatorias (ayuno, medicación, etc.) y la preparación correspondiente (medidas higiénicas, rasurado, etc.), así como proceder a la confirmación de la hora a la que debe acudir a la Unidad.

Día de la Intervención

Debe acudir al [Área de recepción-admisión](#) donde realiza los trámites burocráticos correspondientes (Fig. 1). Posteriormente pasa al [Área de información](#) donde se lleva a cabo el [Programa de Acogida](#) específico para la Unidad de CMA, para el paciente y sus familiares. En este Programa se comprueba de nuevo el cumplimiento de las normas e instrucciones preoperatorias y además se les informa tanto de manera oral como por escrito de los diferentes pasos y actuaciones que han de seguir posteriormente, y a lo largo de la jornada, tanto el paciente como sus familiares. Estos últimos reciben información suplementaria con los correspondientes planos y croquis de la Unidad y de los diferentes servicios que están a su disposición (sala de espera, aseos, cafetería, teléfono público, prensa, etc.).

La información sobre los sucesos perioperatorios es beneficiosa, ya que al tener los pacientes más control sobre la situación se reduce el estrés psicológico. En conjunto, los pacientes bien informados suelen recuperarse mejor y más rápidamente y, además, experimentan menos dolor.

Posteriormente, el enfermo permanece con sus acompañantes en las Sala de espera hasta la hora de la intervención en que pasa al vestuario, donde se le proporciona la ropa adecuada y posteriormente a la [Sala de preparación](#), donde se comprueba la correcta preparación preoperatoria (rasurado, maquillaje, prótesis, joyas etc.).

De ahí el paciente es conducido en carro de ruedas (y no en camilla) hasta el [Antequirófano](#) donde se procede a realizar actuaciones de enfermería (canalización de vía periférica, premedicación, profilaxis antibiótica, etc.) y, en las ocasiones que así se establezca, a la realización, bajo monitorización, de técnicas de anestesia regional. Una vez finalizada su estancia en el antequirófano pasara al [Quirófano](#).

Respecto a las **técnicas anestésicas**, en los pacientes ambulatorios se pueden realizar las mismas que se utilizan para producir anestesia en los pacientes hospitalizados. Es aconsejable el uso de técnicas y fármacos que permitan una recuperación rápida y casi completa, con mínimos efectos secundarios (ausencia de sedación, vómitos e hipotensión ortostática) ya que favorece una más pronta recuperación y, por tanto, la posibilidad de alta a las pocas horas de ser intervenidos.

La anestesia general es uno de los procedimientos anestésicos frecuentemente usados en Cirugía Ambulatoria, y en donde la inducción intravenosa se suele realizar con **Propofol** ya que produce pérdida de conciencia rápida y una recuperación psicomotora pronta y completa. El empleo de las nuevas tecnologías que analizan el **índice bispectral (BIS)** y que proporcionan una idea del grado de profundidad anestésica, ayuda a dosificar mejor los fármacos empleados en la anestesia general.

La anestesia epidural lumbar o espinal en pacientes ambulatorios puede producir hipotensión ortostática e impedir la deambulación postoperatoria temprana. También existe la posibilidad de cefalea después de la anestesia espinal. La anestesia por bloqueo de nervios periféricos resulta útil en cirugía de las extremidades.

Una vez finalizada la intervención pasa al **Área de Recuperación Postanestésica (URPA)**. La estancia en la sala de operaciones y en la URPA transcurre de la misma manera que cuando estos procedimientos son realizados con ingreso. En la URPA permanece mientras recupera su normal funcionalismo, utilizándose escalas de valoración para establecer el grado de recuperación y, por tanto, el momento de abandonar la misma.

Al abandonar la URPA el enfermo pasa al **Área de Readaptación al Medio** donde se inicia la fase más característica de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. En ella el paciente permanece en compañía de un adulto, que será el responsable posteriormente en su domicilio, y permanece hasta que se cumplan las condiciones preestablecidas para el alta, momento en el que abandona la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Para que el paciente pueda recibir el alta debe cumplir básicamente dos requisitos. En primer lugar, que el anesesiólogo compruebe que los efectos residuales de la anestesia han desaparecido completamente. En términos generales esto incluye la presencia de signos vitales (presión arterial, frecuencia cardiaca, respiración y temperatura) dentro de la normalidad y estables; un nivel de conciencia similar al preoperatorio; que el paciente se encuentre despierto, orientado y completamente lúcido, sin somnolencia y con capacidad para caminar sin ayuda; que presente tolerancia a la ingesta oral, sin náuseas ni vómitos; que el dolor pueda ser controlado con analgésicos por vía oral; que tenga micción espontánea. Si se ha utilizado anestesia regional es importante verificar la total recuperación de la función motora y sensorial de la zona anestesiada.

En segundo lugar, el cirujano debe comprobar que los vendajes y apósitos están correctamente colocados y de que no se aprecia en ellos signos de hemorragia.

En el [Área de Readaptación al Medio](#) se produce pues la atención al paciente de forma multidisciplinar, con una interrelación entre los profesionales, el paciente y el familiar acompañante. De esta manera se garantiza una asistencia óptima tanto en la propia Unidad como posteriormente en el domicilio. Es necesario crear un clima de seguridad proporcionando unas [instrucciones postoperatorias](#) claras y adecuadas. Es necesario, además, asegurarse de su comprensión y aceptación, todo lo cual garantizará la continuidad de los cuidados en el domicilio del paciente.

Al salir de esta Unidad de CMA, el paciente vuelve a su domicilio acompañado de un adulto responsable. En determinadas circunstancias, por deseo del paciente o por indicación médica, el paciente puede pasar la primera noche en el Hotel de pacientes en el propio hospital o cercano a él. Si el paciente no se encuentra en condiciones de abandonar el hospital por causa anestésica o quirúrgica, quedaría ingresado en el hospital.

En el momento de abandonar la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, se le entrega al paciente el [informe de alta](#) con la información necesaria sobre su proceso y el tratamiento quirúrgico realizado. También se le proporcionan las instrucciones postoperatorias, tanto de manera oral como por escrito, con recogida del documento, firmado por el paciente, de que las ha recibido y las ha comprendido. Finalmente recibe un número de [teléfono de contacto](#) al cual puede recurrir en el postoperatorio domiciliario durante las 24 horas, en caso de dudas o de aparición de problemas.

En este sentido, es necesario destacar que uno de los factores decisivos para conseguir una óptima calidad en la atención de una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria es la organización adecuada del control postoperatorio.

Una vez en su domicilio el paciente recibirá generalmente durante los tres primeros días una llamada desde la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria para valorar su estado y comprobar la correcta evolución del periodo postoperatorio. Si así se establece por el cirujano correspondiente, el paciente puede acudir a las consultas de la Unidad para efectuar el seguimiento de la herida operatoria. En estos casos, antes de abandonar la Unidad, se le ha de entregar la correspondiente citación para dicha consulta.

PROGRAMA DE CALIDAD

Actualmente es esencial que en las Instituciones Sanitarias, en general, y en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, en particular, exista un Programa de Calidad que controle el cumplimiento de las normas establecidas encaminadas a conseguir el óptimo funcionamiento de todo el circuito asistencial.

Este programa tiene que estar guiado por unos principios que busquen la mejora continua de todo este sistema, identificando aquellos puntos y aspectos que no funcionen según las normas establecidas, para introducir las correspondientes acciones que corrijan y mejoren las mismas y así poder obtener el óptimo trato y la máxima

satisfacción de los pacientes que son intervenidos en estas Unidades. En este sentido, la Encuesta de Satisfacción y de Opinión es una herramienta fundamental, siendo ésta un documento anónimo y confidencial que se entrega a todos los pacientes al abandonar la Unidad de CMA.

Los Programas de Calidad tienen, en estas Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, un fuerte arraigo dado que son servicios donde se tiene como premisa la consecución de la máxima calidad y seguridad en los procedimientos que se realizan.

Respecto a los aspectos relacionados con los Programas de Calidad, en las Instituciones Sanitarias y en las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, queremos resaltar algunos indicadores científico-técnicos que reflejan el nivel de funcionamiento de estas Unidades. Entre estos tenemos:

- Tasa de complicaciones.
- Tasa de infecciones.
- Tasa de reintervenciones.
- Tasa de ingresos inmediatos (pacientes que no pueden marcharse de alta).
- Tasa de ingresos diferidos (ingresos después de haber sido dados de alta).
- Tasa de reingresos (ingreso de nuevo tras un ingreso).
- Tasa de visitas al Servicio de Urgencia.
- Tasa de mortalidad.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

Alcalde Bezhold, G.; Alfonso Farnos, M.I. 1997. Implantación de un programa de calidad en cirugía mayor ambulatoria. En "Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria". Coordinador: J.M^a. Maestre Alonso. Ed. Argon. Madrid.

Cerdán Carbonero, M.T.; Sanz, R.; Martínez-Ramos, C. 2004. Análisis de la satisfacción en un programa de colaboración entre niveles asistenciales. *Médicos de Familia*, 6:45-48.

Cerdán Carbonero, M.T.; Sanz, R.; Martínez-Ramos, C. 2005, Mejora de la comunicación entre niveles asistenciales: derivación directa de pacientes a una consulta de alta resolución de cirugía mayor ambulatoria. *Atención primaria*, 35:283-287.

Chung, F.; Mezei, G. 1999. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesth Analg*, 89:1352-61.

Greenburg, A.G.; Grennburg, J.P.; Tewell, A. et al. 1996. Hospital admission following ambulatory surgery. *Am J Surg*, 172: 21-23.

- Gutiérrez Romero, J.R.; Bustos Molina, F.; García Moreno, F. 1999. Criterios de selección de pacientes y procedimientos. En "Cirugía Mayor Ambulatoria" edit. J.L. Porrero.Doyma. Madrid.
- Hidalgo Pascual, M.; Castellón Pavón, C.; Eymar Hermoso, J.L. 1999. Control postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria. En "Cirugía Mayor Ambulatoria". Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.
- Martínez-Ramos, C. 2005. Teleconsulta de Alta Resolución. 6th International Congress for Ambulatory Surgery. Sevilla (Spain). April 24 – 27.
- Martínez-Ramos, C. 2008. La Cirugía Mayor Ambulatoria y los retos actuales del Sistema Sanitario. *Cir May Amb*, 13:135-139.
- Martínez-Ramos, C.; Cerdán, M.T.; Sanz, R. 2007. Desarrollo de un sistema de telemedicina, con telefonía móvil, para control postoperatorio en CMA. *Cir May Amb*, 12:148-156.
- Martínez-Ramos, C.; Cerdán, M.T.; Sanz, R. 2008. Sistema de telemedicina, con telefonía móvil, para control postoperatorio en CMA. Estudio piloto. *Cir May Amb*, 13:67-77.
- Martínez-Ramos, C.; Cerdán, M.T.; Sanz, R. 2009. Mobile phone-based telemedicine system for the home follow up of patients undergoing ambulatory surgery. *Telemedicine and e-Health*, en prensa.
- Martínez-Ramos, C.; Cerdán, M.T.; Sanz, R. 2009. Desarrollo de un sistema de telemedicina mediante videoconferencia para una Consulta de Alta Resolución en CMA. *Cir May Amb*, 14:25-36.
- Martínez-Ramos, C.; Cerdán, M.T.; Sanz, R. 2009. Evaluación de un sistema de telemedicina para una Consulta de Alta Resolución en CMA. *Cir May Amb*, en prensa.
- Martínez-Ramos, C.; Sanz, R.; Cabezón, P.; Cerdán, M.T. 2007. Consulta de Alta Resolución en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb*, 12:111-115.
- Mezei, G.; Chung, F. 1999. Return hospital visits and readmission after ambulatory surgery. *Ann Surg*, 230:721-27.
- Nagaraj Rao, J. 1994. Follow up by telephone. *Br Med J*, 309:1527-8.
- Seiz Martínez, A.; Porrero Carro, J.L. 1999. Estudios preoperatorios en cirugía mayor ambulatoria. En "Cirugía Mayor Ambulatoria". Edit. J.L. Porrero.Doyma. Madrid.
- Tapia Sáez, M.; Casinello Apoita, A. 1999. Cirugía mayor ambulatoria y gestión hospitalaria. En "Cirugía Mayor Ambulatoria". Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.

Vaghadia, H.; Scheepers, L.; Merrick, P.M. 1988. Readmission for bleeding after outpatient surgery. Can J Anaesth, 45:1079-83.

Recibido: 8 julio 2009.

Aceptado: 27 julio 2009.