

## **Cirugía Mayor Ambulatoria. Implantación en España. Perspectivas de Futuro**

**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](mailto:cmartinez.hcsc@salud.madrid.org)

**Resumen:** En este trabajo se analiza el origen de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España así como las características sanitarias y socioeconómicas que condicionaron su desarrollo. Se describen las primeras experiencias en esta forma de asistencia quirúrgica y su posterior reconocimiento oficial por el ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 1993. Se analiza la situación actual así como los diferentes elementos que han hecho progresar la Cirugía Mayor Ambulatoria, especialmente la Cirugía de Corta Estancia. Finalmente se analizan sus perspectivas de futuro.

**Palabras claves:** Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía sin Ingreso. Cirugía de Corta Estancia.

### **EVOLUCIÓN DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN ESPAÑA**

Nuestro país a principios de los años 70 estaba muy lejos de la Cirugía Mayor Ambulatoria, cuando la estancia preoperatoria podía ser hasta de tres semanas y la postoperatoria no menos de 8 días, si no surgían complicaciones.

En la década de los años 80 el interés por la Cirugía Mayor Ambulatoria en España era muy escaso. El concepto adquiere notoriedad entre los gestores, entre los propios médicos y entre los pacientes a comienzo de los años 90, gracias a la experiencia previa de determinados grupos que constataron la existencia de la Cirugía Mayor Ambulatoria y además la introdujeron en nuestro país, demostrando su viabilidad.

En el año 1982 el grupo de Polo y García Sabrido del Hospital Gregorio Marañón de Madrid, inició un programa de Cirugía sin Ingreso de la hernia inguinal. En el ámbito del Insalud el comienzo de la Cirugía Mayor Ambulatoria se puede relacionar con la implantación de los “[programas de cirugía de tarde](#)” en el año 1988 y, posteriormente, con la creación de la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria, adscrita al Completo Hospitalario de Toledo.

En octubre del año 1990 se creó la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria de funcionamiento autónomo en España, dependiente del Servicio Catalán de Salud e integrada en el Hospital de Viladecans.

Las causas que inicialmente dificultaron la implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro país, se encontraban básicamente justo en los mismos puntos o aspectos que, de manera paradójica, la hicieron progresar rápidamente en los Estados Unidos. En efecto, en nuestro país las características de la sociedad en general y de la clase médica en particular, eran completamente distintas.

Por parte de **los pacientes** existía una falta general de interés en la toma de conciencia sobre aspectos que afectaban a su propio Sistema de Salud y, sobre todo, una falta de percepción de que la Sanidad es financiada por ellos mismos a través de sus impuestos y de los Presupuestos Generales del Estado.

Por otra parte, los pacientes españoles siempre han considerado que la hospitalización es algo a lo que **“se tiene derecho”** por el mero hecho de haber cotizado a la Seguridad Social, y no analizan las repercusiones económicas que, sobre sí mismos y sobre la sociedad a la que pertenecen, tiene el hecho de utilizar innecesariamente los recursos sanitarios.

Finalmente **el sistema laboral** al que pertenecen estos pacientes es completamente distinto, y no se tiene, en muchos casos, la cultura adecuada que haga sentir la necesidad de acortar el período de baja laboral, o por lo menos de no prolongarlo excesiva e innecesariamente.

Por lo que respecta a **los cirujanos**, inicialmente ha existido una cierta desconfianza hacia la Cirugía Mayor Ambulatoria. En un principio se consideraba que la cirugía que se realiza con hospitalización era más segura y que además con ella se tenía más control sobre las posibles complicaciones postoperatorias.

Por otra parte, existía también un claro temor, por parte de los cirujanos, de que en la Cirugía Mayor Ambulatoria se podía producir un incremento de las situaciones que podían desembocar tanto en reclamaciones administrativas como en demandas judiciales por mala praxis.

Finalmente, ha existido una falta de implicación de los profesionales de la cirugía en la gestión de los recursos sanitarios, así como en la incorporación, planificación, organización y desarrollo de Programas de Cirugía Mayor Ambulatoria. Por otra parte, tampoco abundaban las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria bien concebidas y organizadas, que despertara el interés y que favoreciese la integración profesional en este tipo de actividad.

Respecto a **las instituciones financieras**, inicialmente existía un sistema financiador de la red hospitalaria que no motivaba ni incentivaba la realización de este tipo de cirugía. Posteriormente esta situación se ha ido modificando, adecuándose progresivamente la financiación de los hospitales a la actividad real y a la complejidad de los procesos.

Procesos	Índice de sustitución	
	1996	1998
Tratamiento de cataratas (con y sin LIO)	34%	55%
Herniorrafia unilateral	17%	21%
Liberación y Escisión de vainas y/o tendones	48%	63%
Dilatación y legrado uterino	13%	21%
Vasectomía	---	98%
Amigdalectomía	50%	51%
Extracción de Material de Osteosíntesis	---	36%
Extirpación de Tumor benigno de mama	37%	40%
Tratamiento de hallux valgus	27%	42%
Artroscopia	20%	30%
Escisión de sinus pilonidal	37%	44%
Incisión y drenaje quiste lacrimal	98%	99%
Fisura/fistula anal	---	28%
Cirugía de Varices de miembros inferiores	10%	20%
Cirugía hemorroidal no compleja	32%	24%
Miringoplastia	---	27%
Septoplastia	---	40%
Ligadura de trompas	---	53%
Hidrocele	---	28%
Herniorrafia bilateral	17%	13%
Colecistectomía laparoscópica	---	3%
Corrección quirur.estrabismo	---	---
Tratamiento quir. de la fimosis	100%	100%
Orquidopexia	100%	100%
Total Procesos*	33%	43%

Índice de Sustitución = procesos realizados por CMA/total procesos x 100.

\*Total referido a los procesos anteriores.

**Tabla 1. Índice de sustitución en 1996 y 1998 por procesos en el INSALUD.**

Hasta el año 1993 no se reconoce “oficialmente” en España la Cirugía sin Ingreso. Este año el Ministerio de Sanidad y Consumo editó una “[Guía de organización y funcionamiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria](#)”, la cual se basaba realmente en las experiencias publicadas por los cirujanos españoles de diferentes hospitales durante los años anteriores, así como en las conclusiones de Congresos específicamente organizados para contrastar las experiencias existentes hasta esos momentos.

Entre los diferentes Hospitales españoles cuyos cirujanos llevaron a cabo experiencias en Cirugía Mayor Ambulatoria hay que destacar, el Hospital Gregorio Marañón de Madrid, el Hospital Francisco de Borja de Gandia (Valencia), el Hospital San Pau y Santa Tecla de Tarragona, el Hospital Virgen de la Salud de Toledo, el Hospital de Viladecans de Barcelona, el Centro Médico de Denia (Alicante), “El Tomillar” de Sevilla, el Hospital General Universitario de Valencia, etc.

Durante este año de 1993, el Insalud comienza a fijar objetivos de realización de Cirugía Mayor Ambulatoria como actividad independiente, identificando una serie de patologías susceptibles de efectuarse mediante Cirugía Ambulatoria y fijando un volumen de intervenciones a realizar en cada uno de ellos.

El sistema de financiación de la Cirugía Mayor Ambulatoria ha ido cambiando progresivamente: primero realizándose mediante tarifa fija, después introduciendo el “[índice de sustitución](#)” como indicador de monitorización del desarrollo de la Cirugía

Mayor Ambulatoria ([índice de sustitución](#) = proporción de intervenciones realizadas por CMA respecto al total de intervenciones programadas para cada procedimiento quirúrgico). Finalmente en 1999, el paso definitivo hacia la financiación por procesos, lo que proporcionó un mayor impulso a este sistema.

Año tras año el índice de sustitución ha aumentado, así como el tipo de procedimientos que se realizan en la Cirugía Mayor Ambulatoria. En los años 1996 y 1998 el índice de sustitución por procesos para el Insalud queda recogido en la Tabla 1.

Hasta el año 1998 el volumen de procedimientos de Cirugía Mayor Ambulatoria aumentó progresivamente, siendo el crecimiento desde 1994 superior al 183% mientras que, para el mismo periodo, el crecimiento de la cirugía programada con ingreso fue del 6% (Tabla 2).

Años	Procedimientos realizados por CMA	Intervenciones quirúrgicas con ingreso	Estancias ahorradas*	Estancia Media del Área Quirúrgica
1994	33.478	319.640	54.222	7,73
1995	36.649	286.705	61.325	8,07
1996	51.996	336.981	114.632	7,33
1997	72.653	339.363	164.076	7,03
1998	94.613	337.760	192.866	6,88

\*Las estancias ahorradas se calculan basándose en el número de procedimientos realizados por la estancia media de dicho procedimiento, referida a los pacientes con un solo diagnóstico y una intervención.

**Tabla 2. Procedimientos de cirugía mayor realizados de forma ambulatoria y con ingreso, estancias ahorradas y estancias medias en el INSALUD entre 1994 y 1998.**

El interés creciente hacia la Cirugía Mayor Ambulatoria no solo se plasma a nivel de las autoridades administrativas, sino también a nivel de los estamentos científicos constituyéndose inicialmente el [“Club Español de Cirugía Mayor Ambulatoria”](#) que realizó reuniones científicas en Tarragona, en el año 1991, en Valencia en 1992 y en Murcia en 1993. Posteriormente, en 1994, se creó la [“Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria”](#) (ASECMA) que más tarde se incluyó como miembro de la [“International Association for Ambulatory Surgery”](#) (IAAS), que se fundó en 1995.

En este sentido, en España se puede considerar que la introducción de la Cirugía Mayor Ambulatoria en el ámbito científico, se llevó a cabo con el [“Primer Simposium sobre Cirugía Mayor Ambulatoria”](#) celebrado en Toledo en el año 1989. Posteriormente en el año 1992, el Hospital de Viladecans organiza el [“I Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria”](#).

La Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) realiza posteriormente Congresos y Simposiums Nacionales en Cirugía Mayor Ambulatoria, destacando el [“II Congreso Nacional de Cirugía Mayor Ambulatoria”](#) desarrollado en Sevilla en el año 1995 ya que coincide con la etapa de mayor crecimiento de la Cirugía

Mayor Ambulatoria (1995-1999), en donde se produce una mayor aceptación de este tipo de cirugía tanto por parte de los profesionales como por parte de los pacientes.

Por otra parte, tanto inicialmente la Asociación Española de Cirujanos, con su órgano de expresión (“Cirugía Española”), como posteriormente la revista de la ASECMA, han dado cabida a los trabajos científicos realizados, desde los primeros pasos de la Cirugía Mayor Ambulatoria hasta los actuales, efectuados por los diferentes grupos que han ido desarrollando este tipo de cirugía. De la misma manera en los sucesivos Congresos y Reuniones Nacionales de ambas Asociaciones, la Cirugía Mayor Ambulatoria ha tenido una constante, y cada vez más numerosa e importante, presencia en las mismas.

La evolución y el progreso de la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro país fueron recogidos en sendas encuestas nacionales, en las que queda reflejado que el número de hospitales con Cirugía Mayor Ambulatoria había pasado de 78, en el año 1993, a 122 en el año 1995 y el número de procedimientos pasó de 27.563 á 62.890 (Tabla 3).

	1993	1995	1997
• Número Hospitales	78	122	144
• Procesos	27.356	62.890	143.000
• UCMAS	12	16	45

**Tabla 3. Evolución de la Cirugía Mayor Ambulatoria entre 1993 y 1997.**

En el año 1995 solo el 13 % de los hospitales con Cirugía Mayor Ambulatoria disponían de una Unidad con cierto grado de autonomía. Estos datos en el año 1997 eran de 144 hospitales y 143.000 procesos y 45 Unidades donde se hacia Cirugía Mayor Ambulatoria (Tabla 3).

La importancia del auge de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España es difícilmente comparable al producido en otros países como los Estados Unidos o Gran Bretaña. Al margen de las causas ya apuntadas, en estos países, cuando se cuantifica la actividad realizada, no se separa clara y explícitamente el contenido de la Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que en ella, al margen de la actividad de “[cirugía mayor](#)” de estas Unidades, se incluyen también, no solo procedimientos diagnósticos, como la endoscopia digestiva y/o los procedimientos arteriográficos, sino todos los procedimientos correspondientes a lo que se conoce como “[cirugía menor](#)”.

A modo de resumen podemos considerar que desde que los centros pioneros iniciaron la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria en 1990, este tipo de cirugía ha pasado por diferentes fases. Inicialmente se crearon protocolos, circuitos de pacientes y sistemas diferenciados para esta cirugía. Posteriormente se crearon nuevas Unidades incrementándose la actividad de las mismas. Posteriormente se instauró la codificación de la actividad en Cirugía Mayor Ambulatoria y se procedió a la sustitución progresiva de los sistemas de pago y concertación. Además la Cirugía Mayor Ambulatoria se introdujo

como objetivo en los Contratos Programa o de Gestión del Insalud y de las Comunidades Autónomas, incluyendo un listado básico de procesos. Finalmente, en la actualidad se está trabajando sobre criterios de calidad, eficiencia y acreditación.

### **SITUACIÓN ACTUAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

En el momento actual está completamente aceptado y comprobado que la Cirugía Mayor Ambulatoria cumple perfectamente los objetivos previstos. Efectivamente, al no requerirse cama hospitalaria, la intervención quirúrgica de estos pacientes no tiene que estar condicionada a que exista disponibilidad de dichas camas. Esto se refleja en que se puede conseguir una importante reducción de las listas de espera quirúrgicas, que además redundaría en una mayor agilización del ingreso de los restantes pacientes.

El hecho de no necesitar cama hospitalaria determina además una mejor rentabilización de los recursos hospitalarios ya que, por un lado, se ahorran los costes derivados de la intervención quirúrgica realizada en régimen de hospitalización y, por otro, las camas que no se ocupan por estos pacientes pueden dedicarse para el tratamiento de otros pacientes cuyos procedimientos quirúrgicos requieran necesariamente la hospitalización.

Por otro lado el paciente obtiene claras ventajas por el hecho de no ingresar en un hospital. Unas son de tipo psicológico, ya que no se producen los estados de ansiedad que se derivan del hecho de estar en contacto con pacientes que sufren procesos mucho mas graves que los suyos. Además se evita la sensación de soledad, abandono y despersonalización que puede derivarse del hecho de no contar, de manera continuada, con el apoyo familiar.

También desaparecen o se minimizan las posibles complicaciones de tipo médico derivadas del ingreso en un hospital y cuyo ejemplo más característico son las infecciones hospitalarias o nosocomiales, ya que el tiempo que estos pacientes pasan en el hospital es muy escaso. El conjunto de estas complicaciones atribuibles a la estancia en el hospital, tanto psicológicas como médicas, ha hecho que algunos autores etiqueten a los hospitales de “[edificios patógenos](#)”.

Finalmente, la intervención quirúrgica en estas Unidades y la incorporación inmediata del paciente a su domicilio, por un lado contribuyen a desdramatizar el acto quirúrgico y anestésico y por otro, minimizan la distorsión o alteración de su vida familiar y social, debido a la inmediata reintegración a su domicilio en su entorno familiar, lo cual influye de manera clara y positiva en una mas pronta reincorporación a su actividad laboral.

Todas estas ventajas de la Cirugía Mayor Ambulatoria son apreciadas, de manera uniforme, por los pacientes de todas las Unidades en donde se realiza esta actividad. Los pacientes así lo reflejan en las correspondientes Encuestas de Satisfacción. En ellas la

satisfacción percibida por los mismos es muy elevada, y en su inmensa mayoría manifiestan que volverían a intervenir mediante este sistema de Cirugía sin Ingreso. En general los aspectos mas valorados por los pacientes están relacionados con la comodidad de las instalaciones, la atención personalizada, la puntualidad y los resultados.

Como elementos que han hecho progresar y que han contribuido a la consolidación de la Cirugía Mayor Ambulatoria se encuentran, en primer lugar, la elevada calidad conseguida en la gestión de todo el circuito asistencial, tanto pre como postoperatorio, en el que existe una protocolización de todas sus fases, una información abundante y adecuada, así como un trato personalizado.

En segundo lugar, los avances tanto en las técnicas quirúrgicas como anestésicas en donde los fármacos de mas rápida metabolización, la mascarilla laríngea de Brain, la monitorización del nivel de conciencia, etc., permiten recuperaciones postanestésicas cada vez mas fisiológicas, mas rápidas, mas seguras y sin efectos secundarios, lo que redundando en una mayor facilidad y seguridad para la pronta vuelta de los pacientes a sus domicilios tras la operación. Estos avances han permitido la inclusión progresiva de nuevos procedimientos, cada vez de mayor complejidad como son, en Cirugía General y del Aparato Digestivo, la colecistectomía laparoscópica, la hernia del hiato esofágico tratada mediante laparoscopia, la cirugía neoplásica de mama, etc.

En tercer lugar, la creación de diferentes “servicios sanitarios de cuidados postoperatorios” que permiten aumentar y mejorar los cuidados postoperatorios en determinadas circunstancias, lo cual es especialmente interesante sobre todo teniendo en cuenta la incorporación paulatina de procedimientos cada vez mas complejos. Entre estos servicios tenemos fundamentalmente:

- Los “Centros de recuperación postquirúrgica”, basados en el concepto “freestanding” y que surgen también en Phoenix (Arizona). Tienen por finalidad la de atender y supervisar la recuperación de los pacientes intervenidos en Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, hospitalarias o independientes. Su especialización fundamental es la atención de enfermería, siendo los cirujanos los que se desplazarían a estos centros para visitar a los pacientes, para dar instrucciones de seguimiento o para firmar las altas de los pacientes que estén ya en condiciones de abandonarlos.
- La “Atención Domiciliaria de Enfermería”. Este sistema podría complementar la Cirugía Mayor Ambulatoria, ya que el control postoperatorio lo realiza el personal de enfermería con presencia física lo que, al margen de otras ventajas obvias, podría permitir implantar sueroterapia y medicación intravenosa a nivel domiciliario.
- El “Hotel de Pacientes en el Hospital”, sistema que tiene rango semisanitario, o el “Hotel Médico para Pacientes y Familiares”, generalmente situados próximos al hospital, pero sin rango sanitario.

- La “[Cirugía de Corta Estancia](#)”. Son programas quirúrgicos complementarios en donde se incluyen procedimientos de cirugía mayor con estancias hospitalarias que oscilan entre una noche de ingreso y tres noches como máximo. Es el más adecuado y eficaz dentro de nuestro entorno sanitario por lo que es interesante que sea analizado con más detalle.

### **CIRUGÍA DE CORTA ESTANCIA**

Se trata de programas quirúrgicos diseñados como complemento de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria, en el que se aprovecha toda la infraestructura física y funcional de las mismas, así como el personal sanitario, especialmente entrenado y motivado, en este tipo de programas. Puede ser utilizado estrictamente como un [programa conjunto](#) con el de Cirugía Mayor Ambulatoria o bien como un [programa de preparación](#) previo a la posible ambulatorización de intervenciones quirúrgicas de creciente complejidad, mediante la realización de los correspondientes estudios pilotos.

Contemplado como un [programa conjunto con el de Cirugía Mayor Ambulatoria](#), la Cirugía de Corta Estancia permite ampliar los criterios de inclusión para la Cirugía sin Ingreso y que serán comentados en un capítulo posterior. Así podrían incluirse procedimientos que se incluyen en los Programas de Cirugía Mayor Ambulatoria pero que requieren una mayor prolongación de los cuidados postoperatorios hospitalarios y que podría ser debido a diferentes causas. Entre éstas tenemos unas que dependen de las características de los propios pacientes (edad, patologías asociadas, medicaciones específicas, condiciones inadecuadas de la vivienda, ausencia de acompañante adulto, etc.) y que de no existir la Corta Estancia serían excluidos de la Cirugía Ambulatoria.

En otras ocasiones se trataría de la existencia simultánea de varias patologías susceptibles de Cirugía Ambulatoria pero que su asociación pueden impedir que se realicen de esta manera (procesos herniarios múltiples, por ejemplo). En otros casos se trataría de intervenciones quirúrgicas cuya realización supera el tiempo aconsejado de 90-120 minutos, etc.

La Corta Estancia se puede utilizar como un [programa de preparación](#) para incluir intervenciones quirúrgicas de creciente complejidad quirúrgica en el sistema de Cirugía Ambulatoria estricta (colecistectomía laparoscópica, tratamiento laparoscópico del reflujo gastro-esofágico, cirugía del tiroides, cirugía neoplásica de la mama, etc.), para lo cual es necesario realizar previamente los correspondientes estudios pilotos para analizar todas las situaciones al respecto, que nos permitan determinar si esta ambulatorización se puede llevar a cabo con las debidas garantías de total seguridad y, en caso afirmativo, bajo que condiciones.

No obstante, en la Cirugía de Corta Estancia deben mantenerse algunos criterios de no inclusión, al igual que en la Cirugía sin Ingreso como, por ejemplo, las operaciones en las que se prevea la posible necesidad de transfusión sanguínea, en las que se tengan que colocar drenajes que tendrán un alto débito o en aquellas en las que presumiblemente

presentarán dificultades para controlar el dolor postoperatorio mediante analgesia por vía oral.

Los pacientes que se incluyan en estos Programas de Corta Estancia tendrán que seguir el mismo Circuito Asistencial que los de Cirugía Mayor Ambulatoria y que será descrito en un capítulo posterior salvo, naturalmente, la reincorporación a su domicilio el mismo día de la intervención.

### **FUTURO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

Como puede observarse el futuro de la Cirugía Mayor Ambulatoria no está basado únicamente en los avances médico-quirúrgicos, anestésicos y tecnológicos, sino también, y esto es de vital trascendencia, en la gestión de otros aspectos como el modo de acceso a esta forma de asistencia sanitaria (Consultas de Alta Resolución) o el modelo de control postoperatorio. Los avances en el control postoperatorio, facilitarán y permitirán incluir pacientes con patologías más complejas, que hasta estos momentos, estarían excluidos de la Cirugía sin Ingreso de acuerdo con los actuales criterios médico-quirúrgicos de inclusión, sin menoscabo de la seguridad de los mismos.

En este sentido [los Sistemas de Telemedicina](#) a nivel domiciliario, permitirán realizar un seguimiento del periodo postoperatorio mas completo que el que se realiza habitualmente mediante control telefónico. Con estos sistemas no solo se podría dialogar con el paciente sino que se puede ver tanto su aspecto general como el de su entorno. Además se puede efectuar una inspección de la zona operada o de cualquier otra zona de interés clínico. Se puede también transmitir constantes biológicas como electrocardiograma, tensión arterial, temperatura, frecuencia cardiaca y respiratoria, saturación de oxígeno, etc.

Uno de los pilares del éxito de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España, ha sido el [dotar de autonomía a la gestión de las Unidades](#) donde se realiza esta cirugía. De esta manera se consigue un óptimo funcionamiento de las mismas, por parte de un personal dedicado exclusivamente a esta actividad, (enfermeras, anestesistas, cirujanos, etc.) y especialmente involucrados y motivados en esta tarea.

Por otra parte hay que insistir en que es fundamental, para alcanzar este éxito, tener la convicción de que es necesaria la creación de Unidades Autónomas, evitando de esta manera que la Cirugía Mayor Ambulatoria se realice de forma “residual”, es decir complementando o “rellenando” los partes operatorios de cualquier Servicio quirúrgico.

Por último, es necesario que todo lo anterior se complemente con el necesario apoyo institucional y con una política incentivadora basada en la calidad y en la productividad, que atraiga a profesionales cualificados y competentes para gestionar y realizar la Cirugía Mayor Ambulatoria, la cual ha de tener siempre como objetivo, el bienestar y la satisfacción de los pacientes.

Actualmente se considera que uno de los mayores avances de la Sanidad española ha sido el desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria, entendida como una forma “revolucionaria” de prestación de servicios quirúrgicos, de alta calidad, seguridad y eficacia.

Desde finales de la década de los ochenta y principios de los noventa, los sistemas sanitarios, tanto Central como Autonómicos, han impulsado continuamente la puesta en marcha de nuevas Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Actualmente no se concibe, y no se construye, un nuevo hospital que no disponga de una moderna y bien dimensionada Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Por otra parte, la práctica totalidad de los hospitales ya existentes en la red hospitalaria pública, realizan reformas para crear Unidades en aquellos en que no existían o modernizar y adecuar a las necesidades actuales, las ya existentes.

Estas Unidades han demostrado en el sector sanitario público, su marcada eficiencia y su elevada calidad y ha sido, sobre todo esta última con los beneficios clínicos que conlleva, lo que fundamentalmente ha movido a la consolidación e implantación general de este sistema de Cirugía sin Ingreso en nuestro sistema sanitario.

El hecho de obtener unos resultados superponibles o incluso claramente superiores, en los pacientes operados ambulatoriamente, frente a los operados con hospitalización, ha sido una de las condiciones imprescindibles para que se consolidaran aquellos proyectos que inicialmente eran absolutamente novedosos en nuestro ambiente sanitario.

Actualmente existe un gran cambio en el enfoque de la CMA la cual, hasta ahora, había sido considerada como una alternativa a la cirugía con hospitalización. Quizás uno de los nuevos enfoques estratégicos que probablemente se producirán en los próximos años, será el de considerar a una gran parte de los pacientes quirúrgicos inicialmente como “ambulatorios” mientras no se demuestre lo contrario. Es decir la CMA será considerada, para muchas patologías, como la forma de cirugía de primera elección y dejará de ser entendida simplemente como una alternativa

#### **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

Alonso Núñez, V.; Botello Martínez, F. 1999. Impacto de la Cirugía Mayor Ambulatoria en un hospital comarcal. *Cir Esp*, 66:564.

Balibrea, J.L. 1999. Prólogo en “Cirugía Mayor Ambulatoria. Manual práctico”. J.L. Porrero. Ed. Doyma. 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.
- Colomer, J. 2001. La cirugía convencional una alternativa a la cirugía sin ingreso. Ponencia V Congreso Nacional de Cirugía Ambulatoria. Vitoria, pag. 225-6.
- Fatas Cabeza, J.A. 1997. Cirugía de corta estancia. En "Guía para la planificación y desarrollo de un programa de Cirugía Mayor Ambulatoria". Coordinador: J.M<sup>a</sup>. Maestre Alonso. Ed. Argon. Madrid.
- Fernández Torres, B.; García Ortega, C.; Márquez Espinos, C.; y col. 1999. Caracterización de la Cirugía Mayor Ambulatoria en un hospital general básico. *Rev Esp Salud Pub*, 73:71-80.
- Lamata, F. 2004. La CMA en el "nuevo" sistema nacional de salud. *Cir May Amb*, 1:9-11.
- Lomas Espadas, M.; Porrero Carro, J.L. 1999. Dificultades en la implantación de la cirugía mayor ambulatoria. En "Cirugía Mayor Ambulatoria" Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.
- Maddern, C.J. 1996. The changing pattern of surgery. *Br J Surg*, 83:145-6.
- Marín Morales, J. 2002. Presente y futuro de la CMA en España. En "Guía de actuación en Cirugía Mayor Ambulatoria". Coordinador J.V. Ferrer Valls. Valencia. pag. 15-28.
- Marín Morales, J.; Zaragoza Fernández, C.; Barrera Ávila, J.M. 1999. Antecedentes históricos y evolución de la cirugía mayor ambulatoria en España. En "Cirugía Mayor Ambulatoria" Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.
- Martín Duce, A. 1999. Tendencias de futuro en Cirugía Mayor Ambulatoria. En "Cirugía Mayor Ambulatoria" Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.
- Martínez-Ramos, C. Teleconsulta de Alta Resolución. 6th International Congress for Ambulatory Surgery. Sevilla (Spain). April 24 - 27, 2005.
- 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.; Núñez, J.R.; Sanz, R. y col. 2004. Las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria y la formación quirúrgica del residente. *Cir May Amb*, 9 (4):18-23.
- Martínez-Ramos, C.; Sanz, R.; Cerdán, M.T.; Núñez, J.R. 2004. Encuesta de opinión sobre la Cirugía Mayor Ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas. *Educación Médica*, 7:140-146.
- 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.
- Moral Iglesia, J.; Alonso González, M. 1999. Impacto de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España. En "Cirugía Mayor Ambulatoria" Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.
- Porrero Carro, J.L. 2000. Motivos de la lenta y desigual implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en nuestro país. *Cir Esp*, 68:1-2.
- Revuelta Álvarez, S.; Aldecoa Martínez, I.; Porrero Carro, J.L. 1999. Cirugía mayor ambulatoria. Cirugía de Corta estancia. Planteamiento actualizado de dos programas complementarios. En "Cirugía Mayor Ambulatoria" Edit. J.L. Porrero. Doyma. Madrid.
- Rivas, M.P.; Sancho, F.; Rivas, F.; y col. 1999. Estado actual de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España. Encuesta nacional. *Cirugía Mayor Ambulatoria*, 4 (3):441-58.
- Sierra Gil, E. 1997. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Expectativas, realidad actual y posibilidades. *Med Clin (Barc)*, 109:92-4.
- Sierra Gil, E. 2000. Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estancia. Experiencias de una década y perspectivas para el futuro. *Cir Esp*, 69:337-9.

Recibido: 7 julio 2009.

Aceptado: 27 julio 2009.