



Docencia en anestesia de cirugía mayor ambulatoria de posgrado **Teaching anesthesia in the ambulatory surgery setting. Post-graduation programme**

A. Sáez Fernández¹, J. M^a Sistac Ballarín²

Sección de Docencia y Formación de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. ¹Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona. ²Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un proceso asistencial multidisciplinar donde se realiza un acto quirúrgico con cualquier tipo de anestesia, que necesita unas horas de observación y que permite que el paciente vuelva a su domicilio el mismo día. El hecho diferencial de esta cirugía con la convencional será la agilidad, la humanización, la menor desinserción social, el menor riesgo de yatrogenia sobreañadida y el ahorro económico, todo ello sin que sea menos segura que la oferta convencional. Se lleva a cabo en dos tipos de unidades: las dependientes de un hospital que están integradas/separadas o satélites y las independientes.

La CMA está en constante evolución y se adapta de manera continua a las necesidades del paciente y a las demandas sociales y, a su vez, implica la actualización en la guía formativa del médico interno residente de Anestesiología y Reanimación, del contenido formativo de la rotación por unidades de CMA y su adaptabilidad por parte del tutor en consonancia con el entorno docente y asistencial de cada unidad docente.

Los criterios generales de CMA que deberían definir sus competencias docentes son:

- Selección rigurosa de los pacientes ASA 1 y 2, criterios socioculturales, criterios clínicos y criterios quirúrgicos.

- Valoración preoperatoria rigurosa.
- La formación adecuada en medicina preoperatoria es fundamental para seleccionar los candidatos, saber informar al paciente, saber comunicarse con el cirujano, realizar una selección conjunta con este y conocer las pruebas complementarias específicas para cada procedimiento que se deberán solicitar en la consulta preoperatoria.
- Selección de la técnica quirúrgica.
- Conocimiento de técnicas quirúrgicas y anestésicas excelentes.
- Anestesiólogos y cirujanos expertos.
- Información/comunicación/entorno social.
- Control postoperatorio adecuado en duración y prestaciones.
- Posibilidad de ingresos y reingresos ágiles.

GUÍA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. PROGRAMA ELABORADO POR LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD (CNE) EN 1996 PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Es el programa vigente de la especialidad con una duración del período de formación de cuatro años. En el apar-

tado seis, que se refiere a rotaciones, durante el segundo, tercero y cuarto año de residencia se incluyen, entre otras, la rotación en cirugía ambulatoria.

PROPUESTA DEL PROYECTO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE LA ESPECIALIDAD DE ANESTESIOLOGÍA Y REANIMACIÓN. ELABORADO POR LA COMISIÓN NACIONAL DE LA ESPECIALIDAD (CNE) EN OCTUBRE DE 2006 PARA ANESTESIA PARA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

Programa propuesto con un período formativo de cinco años. En el apartado cuatro referente a programa formativo, en los objetivos específicos de cada rotación en anestesia para cirugía mayor ambulatoria.

Tiempo y lugar de rotación

Durante el tercer año de residencia el residente rotará dos meses por los quirófanos de cirugía mayor ambulatoria para adquirir las competencias que se definen a continuación.

Competencias

Al finalizar su rotación el residente será capaz de:

- Determinar la idoneidad de que un paciente pueda ser intervenido de forma ambulatoria, sobre la base de su patología y condiciones psicosociales.
- Establecer un plan anestésico completo, pre-, intra- y postoperatorio, adecuado a cada paciente e intervención de CMA que abarque hasta su alta a domicilio y que procure evitar ingresos hospitalarios.
- Atender de manera completa y autónoma al paciente en las diversas fases del período de recuperación y adaptación al medio.
- Prevenir y tratar todas las complicaciones médicas que supongan un retraso en el alta del paciente a domicilio.
- Comunicarse apropiadamente con los pacientes, familiares y otro personal sanitario. Realizar un seguimiento extrahospitalario telefónico.

Conocimientos teóricos

Los conocimientos teóricos a adquirir por el residente durante su rotación incluyen:

- Modelos organizativos de CMA.
- Criterios organizativos y clínicos de inclusión y exclusión de los pacientes en los programas de CMA. Criterios de alta domiciliaria y seguimiento extrahospitalario.
- Información al paciente de los circuitos y programas de CMA.
- Gestión clínica específica de CMA.
- Técnicas anestésicas y farmacología aplicable a la cirugía en régimen de CMA.
- Tratamiento del dolor postoperatorio en CMA.
- Prevención y tratamiento de las náuseas y vómitos postoperatorios en CMA.
- Aplicabilidad de las técnicas regionales en CMA.
- Criterios de alta y seguimiento de los pacientes en la sala de readaptación al medio hasta el alta hospitalaria.

Conocimientos prácticos

Los conocimientos prácticos a adquirir durante su rotación incluyen:

- La aplicación de las técnicas anestésicas de sedación, anestesia regional y manejo de la vía aérea en cirugía ambulatoria.
- El establecimiento de una comunicación eficaz con el personal sanitario, especialmente con la enfermería.
- La comunicación e información adecuada a los pacientes y familiares.

Actividades formativas específicas

Siguiendo las indicaciones se recomienda que, durante su rotación, el residente realice las siguientes actividades formativas específicas como trabajo de campo: asistencia diaria y durante toda la jornada laboral a quirófano de cirugía mayor ambulatoria, asistencia a las salas de readaptación al medio y al alta del paciente y estudio de las complicaciones.

PROGRAMA EUROPEO ESA/UEMS

Este documento es el resultado de la labor del grupo *Education and Training del European Board and Section of Anaesthesiology (ESA)* bajo el auspicio de la UEMS (*Union Européen des Médecins Spécialistes*).

Se publicó después de una consulta amplia incluyendo a sociedades de especialistas nacionales de países europeos representados, así como a diferentes grupos educativos y científicos en el seno de la *European Society of Anaesthesiologists*.

Para cumplir con los cuatro roles profesionales de un especialista en anestesiología clínica se han identificado unas áreas de conocimiento experto (dominios) y, dentro de cada una de ellas, unas competencias relacionadas.

Los dominios de conocimiento experto se pueden dividir en: a) dominios de competencias generales fundamentales (son 10 y se exponen en la Tabla I), y b) dominios de competencias específicas fundamentales (ver la lista detallada más abajo). A través de su formación de 5 años, los anestesiólogos en formación deberían adquirir progresivamente el nivel requerido de competencia dentro de cada dominio. *Los 7 dominios de competencias específicas fundamentales que se han identificado son:* 1) anestesiología obstétrica; 2) manejo y cirugía de la vía aérea; 3) anestesiología torácica y cardiovascular; 4) neuroanestesiología; 5) anestesiología pediátrica; 6) anestesiología en sitios alejados de quirófano/anestesiología ambulatoria, y 7) tratamiento del dolor multidisciplinar.

El grado de adquisición/pericia para cada competencia definida en cada dominio va de la A a la D: A) tiene conocimiento de, describe; B) realiza, maneja, demuestra bajo supervisión; C) realiza, maneja, demuestra independientemente, y D) enseña o supervisa a otros en la realización, el manejo o la demostración.

Para cada dominio de conocimiento experto se ha identificado una lista de "objetivos de aprendizaje" que están enumeradas en un documento separado titulado *SYLLABUS*. El requisito previo para cada dominio es un conocimiento profundo de la fisiología y de la farmacología.

Estos objetivos de aprendizaje se han dividido en "conocimientos, habilidades y actitudes" que se consideran necesarios para adquirir el nivel requerido de competencias en cada dominio. Los objetivos de aprendizaje se desarrollaron como criterios de valoración realistas que deben conseguirse al final de los cinco años de formación en anestesiología. También representan objetivos medibles que deberían servir como base para el desarrollo de futuros modos de evaluación para medir de forma objetiva y fiable la adquisición de competencias a lo largo del *currículum*. En cualquier caso, cada sociedad nacional, todos los hospitales con docencia y/o las instituciones regionales son libres y se les estimula para modificar estos objetivos y

TABLA I

DOMINIOS DE COMPETENCIAS GENERALES FUNDAMENTALES

Manejo de la enfermedad evaluación y preparación preoperatoria del paciente
Cuidados intraoperatorios del paciente y técnicas anestésicas
Cuidados postoperatorios y control del dolor agudo
Medicina de urgencias: tratamiento de patologías críticas, incluyendo el traumatizado y el manejo inicial de los quemados
Cuidados médicos y perioperatorios de los pacientes críticos/cuidados intensivos generales
Procedimientos anestésicos prácticos/técnicas invasivas y de imagen/bloqueos regionales
Calidad-gestión-economía de la salud
Habilidades anestésicas no técnicas (HANT)
Profesionalismo y ética
Educación, aprendizaje autodirigido, investigación

adaptarlos a su propio contexto de enseñanza y educación. Más aún, estos objetivos deberían estar ligados a modos de evaluación, los cuales son diferentes en cada país y por lo tanto los objetivos deberían estar adaptados a esos modos existentes.

El plan de estudios europeo (*syllabus*) estará disponible en los páginas web del EBA y la ESA.

Dominio 2.6: Anestesiología en sitios alejados de quirófanos/anestesiología ambulatoria

En el transcurso de su formación, los residentes deben adquirir capacidades y habilidades clínicas en el cuidado anestésico de los pacientes tratados fuera del quirófano. Esto incluye las siguientes competencias:

- a) Debe ser capaz de gestionar y proporcionar anestesia fuera del quirófano, teniendo en cuenta la organización de la unidad (pacientes ambulantes), tipo de paciente (niños, ancianos, etc.) y tipo de procedimiento: D.

- b) Debe demostrar una evaluación preoperatoria y un manejo del paciente seguros y apropiados; saber cómo evaluar los riesgos perioperatorios de acuerdo con los estándares existentes en el contexto de ubicaciones remotas: D.
- c) Debe aplicar los principios de seguridad durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos como rayos X, resonancia magnética y otros mínimamente invasivos en sitios alejados de quirófano: D.
- d) Debe ser capaz de manejar el traslado a y desde lugares alejados de quirófano: D.
- (<http://www.euroanesthesia.org/sitecore/content/Education/European%20Diploma.aspx>)

FORMACIÓN TRANSVERSAL

Comunicación con el paciente

La declaración de consenso de Ginebra señaló que debemos de ser capaces de efectuar una comunicación adecuada tanto con el paciente como con los familiares.

Esta habilidad clínica será de vital importancia, ya que está demostrado que influye de manera muy significativa en la mejora de todos los estándares asistenciales y, especialmente, mejora aspectos como son: a) mayor satisfacción tanto del paciente como del médico; b) mejora progresivamente las tomas de decisiones por parte de los profesionales sanitarios implicados; c) mejorías de la información y educación médica a la población en general; d) mejores resultados en la unidad, y e) descenso en las demandas.

Cuando establezcamos el primer contacto con el/la paciente deberemos ser capaces de plasmar que existe una unidad de actuación dentro de la unidad (relación anestesiólogo/personal de enfermería/auxiliar) e informar adecuadamente y con claridad de las técnicas que utilizaremos, alternativas disponibles e incluso incidir muy especialmente en los aspectos de analgesia intra y postoperatoria que podemos ofrecer.

A este respecto no podemos olvidar el miedo al dolor que asocia todo procedimiento quirúrgico, y más en este caso donde el paciente debe abandonar el hospital y enfrentarse solo en su domicilio a la posibilidad de no controlarlo. La comunicación que se establece el día de la visita preanestésica es quizás el momento más idóneo para empa-

tizar y establecer un canal de comunicación fluido. Debemos ser capaces de explicar adecuadamente todas las alternativas, las posibles molestias postoperatorias que asociará el procedimiento que se establezca y señalar con claridad las alternativas terapéuticas y posibles apariciones de algún tipo de efectos secundarios.

Al finalizar la entrevista debemos haber conseguido una empatía positiva con el paciente y asegurarnos que ha sido informado adecuadamente de todos estos aspectos y comprende las explicaciones e indicaciones que se le han ofrecido, así como asegurarnos de que ha comprendido claramente todas las explicaciones e instrucciones, así como que entienda que las 24 horas del día podrá consultar, tener un seguimiento y resolución de cualquier problema que pueda aparecer.

Por otra parte también debemos ser conocedores de los límites de esta comunicación: no puede ser excesiva, debe ser clara y sistematizada y, en ningún caso, debemos generar falsas expectativas, que luego no se cumplan, solo por agradar o ganarnos su confianza, ya que siempre debemos saber que el paciente, en estos casos, no olvida lo que se le ha dicho.

Los conocimientos y puesta en práctica de aspectos de comunicación "no verbal" adecuados también serán muy importantes para generar esta confianza. Cuando este entra a nuestra unidad o al quirófano, solo él debe ser el centro de nuestra atención y no debemos dispersar esta comunicación, atendiendo a otras situaciones, manteniendo conversaciones ajenas a la asistencia, o manteniendo posturas no adecuadas.

Comunicación entre el personal de la unidad

El conseguir una comunicación adecuada dentro de la unidad será otro de los aspectos básicos a conseguir. Esto redundará no solo en la mejora de la estructura organizativa del equipo, confianza mutua y mejora de la asistencia, sino que también refuerza la imagen y seguridad del paciente en nuestras capacidades profesionales, disminuyendo notablemente el grado de ansiedad que genera la situación. Por ello deberemos ser capaces, como líderes, de dar la oportunidad a todos los profesionales de la unidad de ser escuchados, conocer y valorar sus opiniones, discutir entre todos los ítems de mejora, asumir las opiniones constructivas y compartir toda la información, organizativa y clínica de la unidad.

Debe aspirarse a una innovación continua que incluya el control de calidad de nuestras actuaciones y una formación permanente del personal, que debe implicar a todos los componentes de esta, realizando cuantas reuniones sean necesarias para afianzar esta confianza mutua.

Es importante en este punto señalar que debemos aprender a establecer, además, un plan formativo de la unidad que asegure una adecuada atención del paciente. Debemos gestionar el acceso a las novedades bibliográficas, asistencia a cursos y jornadas y sesiones clínico/bibliográficas de los componentes del equipo.

Esta capacidad de liderazgo será de vital importancia dentro de los planes formativos transversales del médico residente. El especialista en formación debe ser conocedor de que cuanto más satisfecho esté el personal de la unidad con su participación dentro de todo el engranaje del proceso, y más activa sienta esta participación, mejores resultados se obtienen. Por ello, también debe ser capaz de detectar los grados de insatisfacción generando una comunicación continua con el personal. A su vez la imagen que muestra al resto de los componentes debe generar, con los debidos grados de respeto, una imagen de accesibilidad y confianza que permitan la resolución de los problemas interpersonales y personales que puedan ir apareciendo.

Valores éticos

Deberá ser capaz de aprender y transmitir valores éticos básicos en las relaciones interpersonales como son: la integridad, el respeto, la capacidad de escucha, la atención a la dignidad inherente a las personas, la justicia, la equidad y la compasión.

El trabajo no es un acto mecánico y repetitivo. Cada situación y paciente es diferente y con el aprendizaje, desarrollo y aplicación permanente de los valores éticos aprendidos, debe ser capaz de asegurar, sobre todas las cosas, el trato digno y eficiente a las personas y de garantizar el adecuado ambiente entre todo el personal de la unidad.

Relaciones con la institución

Debemos ser conocedores de los planes institucionales en relación a las políticas de asistencia sin ingreso y, a su vez, que esta sea conocedora de los planes de la unidad y grado de satisfacción de los pacientes y profesionales del equipo.

La satisfacción, como indicador de excelencia, está siempre ligada a una comunicación efectiva y no debe ceñirse exclusivamente, como hemos mencionado, a los pacientes, sino que debe implicar a sus familiares y a todo el personal de la unidad.

Así analizaremos y aprenderemos a valorar y evaluar: a) la satisfacción del paciente en relación a los profesionales y asistencia recibida; b) la relación entre las expectativas y los cumplimientos de estas; c) la satisfacción familiar por los resultados obtenidos y la atención prestada, y d) la satisfacción del personal por el desarrollo de sus capacidades profesionales y personales dentro de la unidad.

Indicadores de calidad

Conocimientos de métodos de evaluación y mejora de la calidad

Tradicionalmente se ha hablado de que la calidad de un proceso asistencial (en este caso la CMA) se definía por la evaluación de la estructura (recursos), los procesos que se llevan a cabo y los resultados que se obtienen.

Hoy en día se tiende a seguir más el modelo de la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) en el que se integran nuevos criterios, basados en la Gestión por Procesos.

Los procesos deben seguir un criterio secuencial y ser desarrollados en el siguiente orden: 1) deben definir y señalar al responsable; 2) debe identificar a los beneficiarios del proceso e identificar cuáles son los estándares de calidad aceptables; 3) debe relacionar entre sí las diferentes actividades que se desarrollan en cada proceso, y 4) debe indicar cuál es el método de evaluación y revisión, señalando la periodicidad con que debe realizarse.

En todo el proceso de evaluación de la calidad que presta una unidad asistencial deben definirse con claridad tres aspectos: indicadores, procesos y estándares de calidad.

El criterio define el nivel en el que consideramos que la actividad se desarrolla adecuadamente. Los indicadores son los métodos que utilizamos para cuantificar o medir estos criterios establecidos. Los estándares son aquellos valores que marcan la diferencia entre lo positivo y lo negativo, es decir, entre lo que aceptamos para considerar que nos movemos en un marco de excelencia y aquello que nos aparta de ella.

¿Qué indicadores de calidad debemos enseñar a aplicar en la gestión de una unidad de CMA?

Siempre deberemos movernos a tres niveles:

1. De estructura: organización y recursos disponibles, tanto materiales como humanos.
2. De proceso: tratamientos, consulta de preanestesia, conducta anestésica, protocolos, tareas del personal de la unidad.
3. De resultados: incidencia de complicaciones y grado de satisfacción de los pacientes. Entre las complicaciones deben incluirse: las cancelaciones, reintervenciones, número de ingresos y reingresos. Puede incluir también la separación entre la satisfacción con la técnica anestésica y el control del dolor.

Aunque la calidad y la eficiencia de la CMA están ampliamente contrastadas, a lo largo del proceso de debate para la elaboración de estos estándares y recomendaciones se han identificado lagunas de conocimiento, en especial en lo referente a la disponibilidad de información y experiencia contrastada sobre el funcionamiento de las UCMA en el sistema sanitario español. Para mejorar este conocimiento como base sobre la que elaborar recomendaciones basadas en la evidencia o, al menos, en la experiencia, se recomienda que estándares recojan los apartados indicados por el Ministerio de Sanidad y Consumo de España (Tablas II y III).

Indicadores económicos

La evaluación económica es una consecuencia directa y muy imbricada dentro del proceso de la calidad asistencial, y supone una óptima y eficiente utilización de los recursos disponibles.

Debemos saber analizar desde el punto de vista económico los resultados y los costes. En los resultados deben introducirse los indicadores señalados en el apartado anterior y pueden introducirse tantos apartados como consideremos de interés. También deberá hablarse de utilidades y que son los indicadores de calidad de vida relacionados con la salud, y por último, los beneficios que debemos expresar en unidades monetarias.

Estos últimos los clasificaremos en tangibles, como por ejemplo lo que hemos ahorrado en base a una u otra técnica anestésica, e intangibles, como es la ventaja de disponer de personal más o menos cualificado que ase-

TABLA II

INDICADORES DE CALIDAD DE LAS UNIDADES DE CMA

1. Suspensión de procedimientos. % [(cancelaciones/pacientes citados)].
1.1. No comparecencia del paciente. • Aparición de un proceso agudo o intercurrente. • Decisión del paciente • Motivos administrativos.
1.2. Cancelación después de acudir el paciente a la UCMA. • Problema médico pre-existente. • Aparición de un proceso agudo o intercurrente. • Motivos administrativos.
2. Reintervención no planificada en el mismo día. % [(reintervenciones/pacientes operados)].
3. Pernocta no planificada. • Motivos quirúrgicos. • Motivos anestésicos. • Motivos administrativos. % [(pacientes que pernoctan sin estar planificado/pacientes operados)].
4. Consulta urgente. • 24 horas. • 24 horas y < 28 días. % [(urgencias/pacientes operados)].
5. Reingresos hospitalarios. • 24 horas. • 24 horas y < 28 días. % [(ingresos/pacientes operados)].

TABLA III

INDICADORES DE CALIDAD DE LAS UCMA.
ÍNDICES DE SUSTITUCIÓN Y AMBULATORIZACIÓN

1. Índice de Sustitución
1.1. Índice de Sustitución procesos Listado A. Mide la eficacia de la UCMA en la captación de procesos potencialmente ambulatorios. % $[(\sum \text{GRD —Listado A— realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado A— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria})]$.
1.2. Índice de Sustitución procesos Listado B. Mide la eficacia de la UCMA en el desarrollo de técnicas y procedimientos de cirugía de día y mínimamente invasiva. % $[(\sum \text{GRD —Listado B— realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD Quirúrgicos —Listado B— realizados tanto en modalidad de Hospitalización Convencional como Ambulatoria})]$.
1.3. Índice de Ambulatorización. Mide el impacto global de la CMA sobre la actividad quirúrgica del Hospital. % $[(\sum \text{GRD quirúrgicos realizados de forma Ambulatoria} / \sum \text{GRD quirúrgicos totales})]$.

gure unas prestaciones mejores con menores costes. Este último es un valor muy difícil de medir pero que tiene una gran influencia en todo el proceso de la evaluación de la calidad.

Los costes también tendrán una parte tangible, como son los diferentes precios de todo lo que se consume o utiliza en la unidad. A su vez podrán ser directos (salarios, consumo de medicamentos, gasto de equipamientos, etc.) e indirectos, que son los que inciden sobre el rendimiento o los costes empresariales de la unidad.

Debemos ser capaces de efectuar una *evaluación económica* de la unidad. Para ello, el especialista en formación también deberá conocer que se pueden efectuar análisis parciales y análisis completos.

Los primeros a su vez pueden ser descriptivos, como es el que supone estudiar los consumos de fármacos utilizados. Estos no nos permiten establecer comparaciones, pero si lo realizamos de forma comparativa ya lograríamos obtener un beneficio para deducir eficiencias. Este es el caso que se produciría al comparar dos tipos de técnicas anestésicas.

Si ya entramos en los análisis complejos, estos sí nos permiten medir la eficiencia del sistema. En este apartado se integraría el conocer cómo se efectúa un análisis de minimización de costes (ante una igualdad de resultados), o los análisis coste-efectividad (aquí ya se identifican unidades físicas o naturales, por ejemplo valorar escalas EVA).

Otros dos son: el análisis coste-utilidad (relacionada en unidades de calidad de vida relacionadas con la salud) y el análisis coste-beneficio (permite comparar con otras unidades en que se utilice la misma metodología).

El objetivo final siempre será conocer todas las técnicas que nos permitan la excelencia en la unidad.

Enlaces de interés en cirugía mayor ambulatoria

Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR) y Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA)

La sección de cirugía mayor ambulatoria dispone de su propio apartado (secciones) dentro de la página oficial de la SEDAR. En ella se indican los componentes de la sección, forma de contacto y se generan documentos de consenso e interés para los profesionales implicados en su desarrollo (www.sedar.es).

Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria: ASECMA

ASECMA es una sociedad científica que tiene como misión el fomento y desarrollo de formas de gestión de los procesos quirúrgicos que permitan su realización de forma ambulatoria, sin ingreso hospitalario. Está abierta a la integración de todos los profesionales sanitarios que pertenezcan o trabajen en unidades de CMA. Dispone de su propia página web (www.asecma.org) desde donde se puede acceder a su revista, publicaciones de interés, cursos y congresos, así como manuales y documentos de consenso de diferentes sociedades tanto nacionales como internacionales. Facilita enlaces con otras sociedades y dispone del mapa de todas las unidades de CMA de nuestro país, así como un área para pacientes. Organiza un congreso anual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Guía de Formación de Especialistas. Anestesiología y Reanimación. Resolución del 25 de abril de 1996. Ministerio de Sanidad y Consumo. Disponible: www.msps.es/va/.../formacion/docs/Anestesiologia_y_Reanimacion.pdf
2. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE 280, de 22 de noviembre de 2003.
3. Propuesta de nuevo programa de formación de la especialidad de Anestesiología y Reanimación, elaborado por la Comisión Nacional de la Especialidad en octubre de 2006. Disponible en <http://tiny.cc/NMWDn>.
4. Real Decreto 183/2008 por el que se determinan y clasifican las especialidades en ciencias de la salud y se desarrollan determinados aspectos del sistema Formativo Sanitario Especializado. BOE 45, de 21 de febrero de 2008.
5. Sáez A, Calvo JM, Olmos M, Sistac JM. Metodología de trabajo para la actualización del Programa Formativo de la Especialidad de Anestesiología y Reanimación. Una propuesta desde la Sección de Docencia y Formación de la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2010; 57(1): 28-40.
6. Sáez A, Sistac JM, Martínez Torrente F, Calvo JM, Olmos M. Consideraciones sobre las guías UEMS/EBA de formación postgrado en Anestesiología, Dolor y Cuidados Críticos. *Rev Esp Anestesiol Reanim* 2011; 58(7): 444-50.
7. ESA Guidelines - ESA (European Society of Anaesthesiology) website: <http://www.euroanesthesia.org/Education/http://www.sedar.es/images/stories/012011/canest2011.pdf>
8. Organización Mundial de la Salud. Doctor Patient Interaction and Communication. Division of Mental Health, Publicado: WHO-MNS-PSF-93. 11, Ginebra, 1993.
9. Walker C, Buchbinder R. Optimising communication between consumer and clinicians. *MJA* 2006; 185(5): 246-7.
10. Linares Gil MJ, López S, Papaceit J, Bustos F, Blanco D. El anestesiólogo como gestor de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* 2005; 10(3): 17-23.

11. Papaceit J, Linares Gil. La analgesia, indicador de calidad en CMA. La eficiencia en la analgesia postoperatoria. Evaluación económica. En: Linares Gil MJ. Analgesia en cirugía mayor ambulatoria. Ed. Ergon. Madrid 2007. pp: 23-38.
12. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Estándares y recomendaciones Ministerio de Sanidad y Consumo. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Paseo del Prado, 18. 28014 Madrid. NIPO: 351-08-088-0. NIPO LÍNEA: 351-08-089-6.
13. Joint Commission on Accreditation Healthcare organizations. Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6: 65-74.
14. Lemos P, Regalado Am. Patients outcomes and clinical indicators for ambulatory surgery. En: Lemos P, et al. Development and practice. International Association for Ambulatory Surgery. Porto 2006.
15. Schnaider J, Chung F. Outcomes in day surgery. Cur Opin Anesthesiol 2006; 19(6): 622-9.