

ORIGINAL

Recibido: Mayo 2017. Aceptado: Julio 2017

Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria integrada en un hospital de tercer nivel de nueva creación

Ambulatory major surgery unit integrated within a newly created tertiary hospital

M. L. Magdalena Díaz¹, C. Urones Pascual¹, M. Estrada Rodríguez², M. González Rodríguez²,
J. C. Gutiérrez del Valle², A. Sopena Zubira³

¹Enfermera de quirófano de la UCMA. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. ²Médico Adjunto del Servicio de Anestesia y Reanimación adscrito a la UCMA. ³Jefe de Sección del Servicio de Anestesia y Reanimación. Coordinador de la UCMA. Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital Universitario Central de Asturias

Autor para correspondencia: luzcolloto@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En junio de 2014, se produjo el traslado del Hospital Universitario Central de Asturias a un edificio de nueva construcción, pasando de contar con más de 1.200 camas a no llegar a las 1.000. En el contexto de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) supuso un gran desafío para todo el personal implicado. La cirugía ambulatoria en el nuevo hospital se gestiona mediante un circuito independiente desde el momento en el que el paciente es clasificado como ambulatorio en la consulta quirúrgica, y solo vuelve al circuito con ingreso si, en la valoración preanestésica, se descarta como paciente ambulatorio. Durante 2015 se ha conseguido la integración de todos los servicios quirúrgicos en la cirugía ambulatoria.

Objetivos: Realizar balance del periodo 2014-2016 respecto al incremento de la cirugía ambulatoria en el nuevo contexto, así como exponer y comparar las cifras de los índices de ambulatorización y de sustitución durante estos años.

Material y método: Estudio descriptivo, observacional realizado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria durante 2014-2016. Los datos se obtuvieron de nuestra base de datos, sus cifras fueron proporcionadas por el Servicio de Admisiones y Unidad de Control de Gestión.

Resultados: A partir del traslado al nuevo hospital, el porcentaje de ambulatorización alcanza el 40 % del total de la cirugía programada. En el año 2016 es del 43,8 %, observándose unos elevados índices en Oftalmología, Cirugía Plástica, ORL y Cirugía Maxilofacial; Urología y Cirugía General muestran evolución ascendente.

Palabras clave: Procedimientos quirúrgicos ambulatorios, indicadores de calidad, educación en enfermería, anestesia por conducción.

ABSTRACT

Introduction: In June 2014, the Central University Hospital of Asturias was moved to a new building, having more than 1,200 beds initially and not reaching 1,000 later. In the context of Ambulatory Major Surgery (AMS), it was a great challenge to the staff involved.

Outpatient surgery in the new hospital is managed through an independent circuit since the patient is classified as an outpatient at the surgery consultation. The patient is included in the hospitalization circuit only, if in the pre-anesthetic evaluation, is not classified as outpatient. During the year 2015, the integration of all surgical services in ambulatory surgery has been achieved.

Objectives: To make a balance of the period 2014-2016 regarding the increase of the ambulatory surgery in the new context, as well as to expose and compare the outpatient surgery and substitution rates during these years.

Material and methods: Descriptive, observational study performed at the Ambulatory Major Surgery Unit during the period 2014-2016. The data was obtained from our database and its figures were provided by the Admissions Service and the Management Control Unit.

Results: With the new hospital the percentage of outpatient surgery reaches 40% of the total of the scheduled surgery. In 2016 it is 43.8%, with high rates in Ophthalmology, Plastic Surgery, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery. Urology and General Surgery show ascending evolution.

Keywords: Outpatient surgical procedures, quality indicators, nursing education, locoregional anesthesia.

INTRODUCCIÓN

En junio del año 2014, el Hospital Universitario Central de Asturias se trasladó a un edificio de nueva construcción. Este traslado representó un cambio radical en el funcionamiento de esta institución, pasando de ser un hospital con más de 1.200 camas a otro que no llega a las 1.000. Se trataba, en el contexto de la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA), de pasar de una “actividad artesanal” a una “producción industrial”. Todo esto planteó un desafío para el conjunto del personal implicado en la CMA.

Actualmente se dispone de un bloque quirúrgico específico para la Unidad de Cirugía mayor Ambulatoria (UCMA) formado por 4 quirófanos para las especialidades de Cirugía General, Traumatología, Otorrinolaringología, Cirugía Maxilofacial, Urología, Cirugía Plástica, Cirugía Vascular y Neurocirugía, más otros dos quirófanos adyacentes a este bloque específicos para Oftalmología. Las cirugías pediátrica y ginecológica ambulatorias, junto a la cirugía oncológica de la mama que presenta actualmente un alto porcentaje de ambulatorización, se desarrollan en el bloque quirúrgico Materno-Infantil (situado en otro nivel arquitectónico).

Adosado al bloque quirúrgico de CMA se encuentra ubicado el Hospital de día, formado por una URPA con 12 camas y 24 sillones en la unidad de readaptación al medio. Al lado de los quirófanos oftalmológicos se dispone de 18 sillones para el postoperatorio de estos pacientes ambulatorios. También se cuenta con tres despachos para consultas, así como de una zona administrativa propia ubicada en el área del Hospital de día.

La cirugía ambulatoria se gestiona mediante un circuito independiente desde el momento en el que el paciente es clasificado como ambulatorio en la consulta quirúrgica, y solo vuelve al circuito con ingreso si, en la valoración preanestésica, se descarta como paciente ambulatorio. Durante el año 2015 la adaptación al nuevo hospital ya es una realidad, a la vez que se ha conseguido la integración de todos los servicios quirúrgicos en el área de cirugía ambulatoria.

El objetivo de este trabajo es realizar un balance de esta andadura y de la adaptación a las nuevas exigencias respecto a la necesidad de incrementar la cirugía ambulatoria en un nuevo contexto, así como exponer y comparar las cifras de los índices de ambulatorización y de sustitución durante estos tres últimos años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) durante el periodo comprendido entre los años 2014 y 2016. Los resultados presentados han sido obtenidos de la base de datos de la UCMA correspondientes a los años analizados, y sus cifras y cantidades fueron proporcionados por el Servicio de Admisiones y la Unidad de Control de Gestión para este periodo.

Se analizan los índices de ambulatorización (IA) de todo el hospital, así como el IA por especialidad quirúrgica.

Se analizan índices de sustitución (IS) de diversos grupos relacionados por el diagnóstico (GRDs), considerados ambulatorizables por el Servicio de Salud de nuestra región. Hay que tener en cuenta que en el año 2016 se produjo un cambio radical a la hora de clasificar las patologías por GRDs. Considerando el cambio en la clasificación de enfermedades en el año 2016 pasando de los AP-GRDs (*all patient*) a los APR-GRDs (*all patients refined*), se buscan equivalencias del 100 % entre ambas clasificaciones y se exponen los GRDs extrapolables (según criterio del Servicio de Admisiones [Tabla I]).

RESULTADOS

Se describe la evolución del IA general (Figura 1) durante el periodo 2012-2016, exponiendo igualmente los IAs del año 2009 con el objeto de comparar la evolución de la CMA en los últimos años. Es a partir del traslado al nuevo hospital cuando la cifra alcanza el 40 % del total de la cirugía programada, incrementándose en los años sucesivos. Se presentan las cifras totales de cirugía programada en nuestro hospital en esos años y el número total de CMA programada (Figura 2). El aumento progresivo es constatable desde el cambio de hospital, aunque todavía está lejos de alcanzar una cifra cercana al 70 %, que sería un objetivo deseable para un centro de estas características.

En la Tabla I se halla representada la correspondencia de los GRDs antes del año 2016, así como los que rigen actualmente.

Los IA de las distintas especialidades quirúrgicas se presentan en la Tabla II; su análisis nos permite entender la situación actual de ambulatorización por especialidades, al igual que su evolución en los últimos años. Se observan unos elevados índices en Oftalmología, Cirugía Plástica, ORL y Cirugía Maxilofacial. Tanto Urología como Cirugía General muestran una evolución ascendente desde el traslado. Las cifras con menor IA nos indican dónde debemos concentrar nuestros esfuerzos para corregir estas debilidades. En nuestro caso, Traumatología y Ginecología es donde se precisaría un incremento de sus IA.

Se describen los IS de los GRDs ambulatorizables hasta el año 2015 inclusive (Tabla III), lo que nos permite valorar su evolución en estos años. No incluyendo los datos de los nuevos APR-GRD, ya que intentar compararlos con la antigua clasificación nos conduciría a errores de interpretación, la tabla contiene todos aquellos GRDs con un volumen superior al centenar de pacientes durante este año.

DISCUSIÓN

De la observación de los datos expuestos se puede hacer un balance del camino recorrido en estos años en el nuevo

TABLA I

CORRESPONDENCIA GRDS (SE DESCRIBEN SOLO LOS QUE TIENEN UN MAYOR VOLUMEN DE PACIENTES QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS)

GRD AP (ANTES 2016)	GRD APR (A PARTIR 2016)
Cirugía plástica	
229 - Procedimiento. Sobre mano o muñeca, excepto procedimiento. Mayores s. articulación sin cc	316 - Procedimientos sobre mano y muñeca
006 - Liberación de túnel carpiano	026 - Otros procedimientos del sistema nervioso y relacionados
Neurocirugía	
837 - Procedimientos espinales sin cc	023 - Procedimientos espinales
Ginecología	
362 - Interrupción tubárica por endoscopia	518 - Otros procedimientos quirúrgicos de aparato genital femenino
364 - Dilatación y legrado, conización excepto por neoplasia maligna	532 - Otras enfermedades menstruales y del aparato reproductor femenino
ORL	
059 - Amigdalectomía y/o adenoidectomía solo, edad > 17	097 - Amigdalectomía y adenoidectomía
056 - Rinoplastia	098 - Otros procedimientos sobre oído, nariz, boca y garganta
Traumatología	
222 - Procedimientos sobre la rodilla sin cc	313 - Procedimientos sobre rodilla y parte inferior de la pierna excepto pie
225 - Procedimientos sobre el pie	314 - Procedimiento sobre pie y dedos del pie
Urología	
332 - Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad > 17 sin cc	468 - Otros diagnósticos, signos y síntomas sobre riñón y tracto urinario
311 - Procedimientos transuretrales sin cc	468 - Otros diagnósticos, signos y síntomas sobre riñón y tracto urinario
	463 - Infecciones de riñón y tracto urinario
	461 - Neoplasias de riñón y tracto urinario
	446 - Procedimientos uretrales y transuretrales
	445 - Otros procedimientos sobre vejiga
339 - Procedimientos sobre testículo, proceso no maligno edad > 17	441 - Procedimientos mayores sobre vejiga
	483 - Procedimientos sobre testículo y escroto
Cirugía Vascular	
119 - Ligadura y <i>stripping</i> de venas	180 - Otros procedimientos sobre sistema circulatorio
GRD AP (ANTES 2016)	GRD APR (A PARTIR 2016)
Cirugía General	
162 - Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad > 17 sin cc	228 - Procedimientos sobre hernia inguinal, femoral y umbilical
158 - Procedimiento sobre ano y enterostomía sin cc	226 - Procedimientos sobre ano
262 - Biopsia de mama y escisión local por proceso no maligno	363 - Procedimientos sobre mama excepto mastectomía
260 - Mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin cc	363 - Procedimientos sobre mama excepto mastectomía
494 - Colectomía laparoscópica sin exploración. Conducto biliar sin cc	263 - Colectomía laparoscópica
Cirugía Maxilofacial	
187 - Extracciones y reposiciones dentales	114 - Enfermedades y heridas orales y dentales

GRDs: grupos relacionados por el diagnóstico. GRDs AP: grupos relacionados por el diagnóstico *all patient*. GRDs APR: grupos relacionados por el diagnóstico *all patients refined*. Sin cc: Sin cirugía complicada. ORL: Otorrinolaringología.

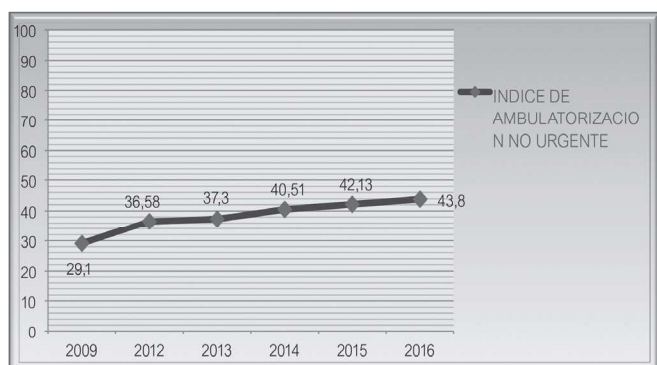


Figura 1. Índice de ambulatorización de cirugía no urgente.

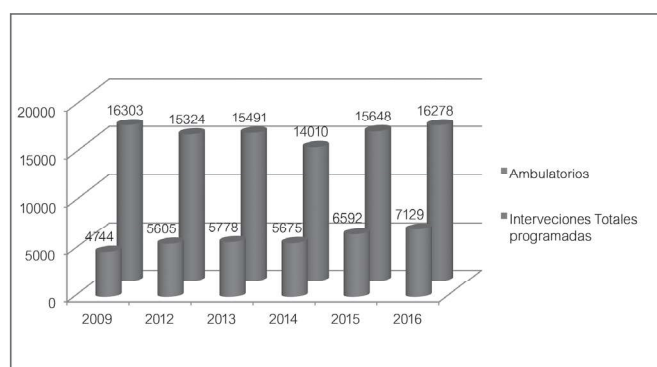


Figura 2. Número de intervenciones quirúrgicas programadas.

centro. Disponer de una nueva UCMA integrada tipo II, con una organización independiente, aunque compartiendo recursos con el hospital, ha permitido incluir en el programa de CMA a todas las especialidades quirúrgicas con el consecuente aumento del número de intervenciones realizadas de forma ambulatoria y ampliar la cartera de servicios de la UCMA. Consiguiéndose un IA que se ha incrementado en 6 unidades respecto las cifras de antes del traslado (Figura 1), superándose las 7.000 intervenciones quirúrgicas ambulatorias (Figura 2). No obstante, aún existe un gran trecho por recorrer hasta lograr alcanzar un volumen que supere los dos tercios del total de la cirugía programada, que sería uno de los objetivos de nuestro hospital. Este aumento de la cirugía en la UCMA permitiría al centro evitar la derivación de estas patologías a hospitales concertados, con el consiguiente ahorro para el sistema público de salud.

Si analizamos el desarrollo de la ambulatorización, este es desigual en las distintas especialidades quirúrgicas y va a depender del grado de organización interna de las mismas, de su implicación, así como del deseo de integración en la UCMA. En nuestro centro este camino está muy avanzado en Oftalmología, Cirugía Plástica, Otorrinolaringología, Cirugía Vascular y Cirugía Maxilofacial, siendo muy relevantes los avances en Cirugía General y Urología en los dos últimos años (Tabla I).

TABLA II

ÍNDICES DE AMBULATORIZACIÓN POR ESPECIALIDADES QUIRÚRGICAS

ESPECIALIDAD	2013	2014	2015	2016
Cirugía General	23,2	28,73	30,48	34,31
Cirugía Plástica	63,38	64,87	62,77	64,5
Ginecología	21,81	25,67	24,09	16,51
Cirugía Maxilofacial	38,44	30	39,11	41,11
Neurocirugía	0	4,19	10,05	4,51
ORL	38,82	49,32	42,22	50,97
Traumatología	0,97	9,63	13,42	16,07
Urología	9,09	17,32	28,68	27,07
Cirugía Vascular	26,16	26,77	27,4	26,75
Oftalmología	97,44	99,46	99,59	99,38

Respecto a los índices de sustitución, debemos señalar algunas patologías tan significativas en CMA como la colecistectomía laparoscópica, cirugía oncológica conservadora de la mama, amigdalectomía, cirugía dental y rinoplastia, en las que se ha conseguido un elevado IS (Tabla III).

Para conseguir un mayor desarrollo de la Unidad y un incremento de los IA, así como de los IS de las cirugías susceptibles de ambulatorización, en una unidad de nuestras características es mandatorio disminuir progresivamente la interdependencia con el resto del hospital, contando con más recursos propios, tanto materiales como humanos, que permitirán un mayor rendimiento de la misma. Es condición imprescindible la implicación de los órganos gestores del hospital y del sistema público de salud para conseguir unos resultados cada vez mejores. Un diálogo fluido y constante entre los gestores sanitarios y la UCMA es la manera más directa para alcanzar los objetivos marcados previamente.

A partir del año 2016 han quedado obsoletos los listados de procedimientos susceptibles de CMA publicados en el *Manual de Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria estándares y recomendaciones del año 2008*, y ansiamos una pronta revisión del mismo.

El hospital de día de la UCMA ha sido planificado con visión de futuro, y en esta breve andadura de poco más de dos años se ha conseguido la transformación de un hospital de día quirúrgico en una unidad médico-quirúrgica que, no solamente satisface las necesidades de los pacientes de cirugía ambulatoria, sino también las de aquellos otros que precisan

tratamientos médicos como procedimientos de la unidad del dolor, radiología intervencionista como exploraciones neuroradiología y radiología vascular, digestivas (endoscopias, biopsias hepáticas), tratamientos de radiofrecuencia y procedimientos agresivos en especialidades médicas.

Dado que la calidad asistencial en cirugía ambulatoria no depende tanto de la estructura como de la exhaustiva organización de la atención y de los resultados que obtenemos (1), es imprescindible, por tanto, que estos resultados sean evaluados permitiendo incorporar áreas de mejora que nos conduzcan hacia los estándares de calidad total. El concepto de calidad total en salud tiene tres principios básicos: 1) todo esfuerzo debe estar dirigido al paciente; 2) nada es mejor que trabajar en equipo de salud, y 3) todo lo que hacemos es susceptible de mejorar (2). Estos principios son el paradigma en el camino hacia el enfoque de calidad total.

La UCMA era una de las grandes apuestas del nuevo hospital, pues la Cirugía Mayor Ambulatoria es considerada como un sistema bien organizado, en el que se realizan todas las fases del proceso con tal calidad que el paciente puede irse a su casa a las pocas horas con total seguridad y lo hace con una utilización óptima de los recursos, a la vez que se disminuyen los costes de los procesos entre un 25 y 68 % (1). Este particular, dada la situación de crisis actual, es de gran importancia por la aportación que la CMA hace a la sostenibilidad del sistema sanitario (3).

La integración de todo el personal adscrito a la UCMA, su concienciación de pertenencia a la Unidad, el trabajo en equipo, evitar protagonismos y la interiorización de su papel en el engranaje de la CMA, así como el reconocimiento de su aportación en el “producto final”, permitirá combatir el desánimo y conseguir el sentimiento de estar integrados en una empresa común.

La tasa de intervenciones suspendidas mide la calidad de la información, la selección incorrecta por patología asociada o la aparición de procesos agudos que obligan a postergar las intervenciones. Es el indicador que más influye en la insatisfacción de los pacientes, así como en la utilización inadecuada de los recursos. No se debe olvidar que aproximadamente el 50 % de las cancelaciones son evitables (4). En nuestra unidad se presenta un porcentaje de suspensiones del 3,93 % durante el año 2016 que podría reducirse si no se entrara en conflicto de intereses con la cirugía de ingreso, y se dispusiera de una consulta de Enfermería.

Es conocida la importancia de la consulta de Enfermería en CMA por satisfacer las necesidades de los pacientes ambulatorios con un enfoque holístico durante todo el proceso, pero es en la fase preoperatoria cuando la consulta prequirúrgica enfermera minimiza los riesgos perioperatorios. La entrevista con la enfermera tiene dos funciones diferenciadas. En primer lugar se evalúa el estado de salud del usuario desde una perspectiva biopsicosocial. Por otro lado, la consulta constituye un espacio para describir el circuito

TABLA III
ÍNDICES DE SUSTITUCIÓN
DE LOS PRINCIPALES GRDS AMBULATORIOS 2013-2015

GRD	2013	2014	2015
229 - Procedimientos sobre mano o muñeca, excepto procedimientos mayores sin articulación sin cc	70,68	70,86	69,11
006 - Liberación del túnel carpiano	94,58	95,93	97,59
187 - Extracciones y reposiciones dentales	S. D.	51,61	81,75
169 - Procedimientos sobre boca sin cc	S. D.	26,67	32,91
119 - Ligadura y <i>stripping</i> de venas	91,13	93,51	96,17
362 - Interrupción tubárica por endoscopia	77,42	88,57	100
360 - Procedimientos sobre vagina, cérvix y vulva	27,27	35,94	37,25
055 - Procedimientos misceláneos sobre oído, nariz, boca y garganta	32,24	32,12	35,58
056 - Rinoplastia	S. D.	88,24	88,06
059 - Amigdalectomía y/o adenoidectomía solo, edad > 17	76,93	85,71	78,38
232 - Artroscopia	5,56	58,33	39,01
225 - Procedimientos sobre el pie	4,92	23,88	39,29
331 - Otros diagnósticos de riñón y tracto urinario edad > 17 con cc	S. D.	7,57	15,26
350 - Inflamación de aparato genital masculino	S. D.	87,25	92,97
356 - Procedimientos de reconstrucción de aparato genital femenino	S. D.	24,71	42,31
494 - Colectomía laparoscópica sin exploración del conducto biliar sin cc	17,16	29,21	34,90

(Continúa en la página siguiente)

GRD	2013	2014	2015
162 - Procedimientos sobre hernia inguinal y femoral edad > 17 sin cc	49,12	51,65	63,16
160 - Procedimientos sobre hernia excepto inguinal y femoral edad > 17 sin cc	41,43	40,43	41,36
267 - Procedimientos de región perianal y enfermedad pilonidal	79,76	85,71	85,80
260 - Mastectomía subtotal por neoplasia maligna sin cc	S. D.	90	92,13
262 - Biopsia de mama y escisión local por proceso no maligno	S. D.	95,03	100
039 - Procedimientos sobre cristalino con o sin vitrectomía	97,86	99,21	99,54
040 - Procedimientos extraoculares excepto orbita edad > 17	93,58	98,58	98,51
042 - Procedimientos intraoculares excepto retina, iris y cristalino	91,35	90,91	96,41
036 - Procedimientos sobre retina	97,25	98,48	97,96

GRDs: grupos relacionados por el diagnóstico. Sin cc: sin cirugía complicada.

quirúrgico, recordar las indicaciones médicas pertinentes, explicar las recomendaciones prequirúrgicas y ofrecer al usuario un ambiente adecuado para que este pueda expresar sus dudas (5). Es desde este espacio de encuentro entre Enfermería y paciente donde se contribuye a disminuir el número de suspensiones, pues es sabido que una información preoperatoria inadecuada es una de las principales causas de suspensión (3) susceptible de ser mejorada. De vital importancia es el control de Enfermería en el seguimiento y apoyo postoperatorio (dolor, náuseas-vómitos, control de drenajes), pues permitirá ampliar las patologías que se pueden intervenir ambulatoriamente.

Una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria debe sustentarse en un gran número de criterios que garanticen la calidad asistencial, en función de las características de la Unidad y del esquema organizativo de la misma. Los más importantes y obligatorios son: adecuación del sistema de selección de pacientes, adecuación de la programación, idoneidad

del proceso quirúrgico, idoneidad del proceso anestésico e idoneidad del resultado quirúrgico (3).

En este contexto, una adecuada técnica anestésica es un criterio de calidad. En la CMA del viejo hospital, en el primer semestre de 2014 la anestesia locorregional supuso el 82,77 % del total de las técnicas anestésicas utilizadas, y esta tendencia se mantiene actualmente, lo que permite una optimización de la asistencia quirúrgica. El uso de técnicas de anestesia regional en pacientes quirúrgicos ambulatorios ha crecido en popularidad debido a que permiten mejor control del dolor postoperatorio, así como menos náuseas y vómitos (6), lo que redundará en una mejor calidad asistencial, minimizando el índice de ingresos.

El futuro de la UCMA del nuevo hospital es prometedor y las posibilidades de alcanzar los estándares de calidad son reales, pues se sustentan en el trabajo comprometido de su equipo orientado hacia la expansión de la CMA (7) donde se contemplan:

- La incorporación de nuevas técnicas quirúrgicas, como la cirugía antirreflujo laparoscópica, la lobectomía tiroidea o los adenomas de paratiroides, entre otras.
- La potenciación de la analgesia postoperatoria y la asistencia domiciliar.
- El empleo de las Tecnologías de la información y de la Comunicación (TIC).
- Las consultas médicas y cirugías de alta resolución.
- La consulta de Enfermería.
- La promoción de la investigación.

Pero esta oportunidad de mejora en la atención integral al paciente ambulatorio que nos proporciona el disponer de una nueva UCMA se consolidará con el compromiso decidido de los gestores del nuevo hospital que permita alcanzar los objetivos dirigidos hacia la calidad total.

BIBLIOGRAFÍA

1. Capitán Vallvey JM. Crisis sanitaria y cirugía mayor ambulatoria. *Cir May Amb* 2013;18(1):1-3.
2. Cabadas Aviñón R. La calidad asistencial: ¿de qué estamos hablando? *Cir May Amb* 2015;20(2):79-82.
3. Capitán Vallvey JM. Indicadores de calidad actuales en Cirugía Mayor Ambulatoria. *Rmj* 2015;14-9. Consultado el 10 de abril de 2017. Disponible en: <file:///D:/Datos%20Personales/Escritorio/Trabajo%20de%20CMA/Indicadores%20de%20Calidad.pdf>
4. Verde Remeseiro L, López-Pardo, Pardo E. Indicadores de evaluación en cirugía ambulatoria. *Cir May Amb* 2013;18(3):114-6.
5. del Valle Sánchez M. La consulta prequirúrgica enfermera en cirugía ambulatoria: un elemento clave para garantizar la seguridad del paciente. *Cir May Amb* 2015;20(4):177-9.
6. Kopp SL, Horlocker TT. Regional anaesthesia in day-stay and short-stay surgery. *Anaesthesia* 2010;65 (Suppl. 1):84-96. DOI: 10.1111/j.1365-2044.2009.06204.x.
7. Jiménez Bernadó M. Perspectivas de futuro de la CMA. *Cir May Amb* 2011;16(1):1-5.