

# MANUAL DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

**Coordinadores:**  
**Jesús Damián Turiño Luque**  
**Isabel Moreno Góngora**  
**Guadalupe Sedeño Martín**  
**Abelardo Martínez Ferriz**

# **Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria**

*¿Cómo puedo optimizar mis índices de calidad en Cirugía  
Mayor Ambulatoria en Cirugía General?  
Recomendaciones anestésicas, técnicas quirúrgicas y  
control del dolor postoperatorio*

**HOSPITAL REGIONAL UNIVERSITARIO DE MÁLAGA, 2021**

**JORNADA FORMATIVA  
Y PRESENTACIÓN:  
«*MANUAL DE  
CIRUGÍA MAYOR  
AMBULATORIA*»**

Editores:

Jesús Damián Turiño Luque

Isabel Moreno Góngora

Guadalupe Sedeño Martín

Abelardo Martínez Ferriz

© Amazing Books S.L. [www.amazingbooks.es](http://www.amazingbooks.es)

**Director editorial:** Javier Ábrego Bonafonte

**Razón social:** C/ Rosa Chacel N° 8 escalera 1ª oficina 4º C. 50018 Zaragoza – España

**Primera edición:** julio de 2021

**ISBN:** 978-84-17403-86-7

**Cómo citar este libro:** Jesús Damian Turiño Luque - Isabel Moreno Góngora - Abelardo Martínez Ferriz - Guadalupe Sedeño Martín. MANUAL DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA– España. Editorial Amazing Books. 2021. ISBN: 978-84-17403-87-4

Reservados todos los derechos.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra solo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra ([www.conlicencia.com](http://www.conlicencia.com)); solicite autorización en el teléfono +34 976 077 006, +34 917 021 970 o escribiendo al e-mail: [info@amazingbooks.es](mailto:info@amazingbooks.es)

Amazing Books S.L. queda exonerada de toda responsabilidad ante cualquier reclamación de terceros que pueda suscitarse en cuanto a la autoría y originalidad de dicho material, así como de las opiniones y contenidos, que son intrínsecamente atribuibles al autor.

Las imágenes de la cubierta pertenecen a la licencia estándar de 123RF. Para cualquier aclaración al respecto diríjase escribiendo a la siguiente dirección de e-mail: [info@amazingbooks.es](mailto:info@amazingbooks.es)

**AMAZING BOOKS S.L.** dispone de un repositorio en su web en donde se puede acceder a las «fe de erratas» o «fe de errores» de sus publicaciones cuando son detectadas tras la impresión del libro. A dicho repositorio se puede acceder a través del link con su pc o con un smartphone haciendo la lectura a través del código QR.



## Aval científico

---



*Junta Directiva  
de la Asociación Española de  
Cirugía Mayor Ambulatoria*

Vista la solicitud de aval para el **Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria**, realizada por los Dres. Turiño Luque, Moreno Góngora, Martínez Férriz y Sedeño Martín del Hospital Regional Universitario Carlos Haya de Málaga, esta Junta Directiva de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria acuerda por unanimidad la concesión de dicho aval y hacer extensiva una felicitación a todos los autores por el magnífico trabajo realizado, que sin duda, contribuirá al desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Madrid, octubre de 2020.

El Secretario  
José Mª Capitán Vallvey

El Presidente  
Luís Hidalgo Grau

## **Prefacio**

---

En la actualidad, la Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) está ampliamente aceptada en la comunidad quirúrgica. Ya no es la alternativa, sino la indicación primaria para muchos procesos quirúrgicos, y en tal sentido hoy constituye una línea estratégica clave de nuestro sistema sanitario al evidenciarse que hasta el 70–75 % de los procesos quirúrgicos son susceptibles de ambulatorización. Esto se sustenta en los múltiples beneficios que la CMA ha demostrado tanto para los pacientes y familiares como para el sistema sanitario.

Pero tanto a nivel nacional como en nuestra comunidad autónoma existe una muy importante variabilidad entre hospitales. Las infraestructuras y recursos destinados a la práctica de la CMA difieren de un hospital a otro, desde la existencia de unidades específicas de nueva creación en diversos hospitales hasta la ausencia de recursos definidos para CMA y sin circuitos concretos en otros centros, haciendo difícil la progresión de la CMA. Sirva de ejemplo la cirugía de la hernia inguinal como procedimiento básico en Cirugía General para su resolución en régimen ambulatorio; mientras que en algunas comunidades está en torno al 70 % en otras no llega al 25 %.

Esta enorme versatilidad que define en su conjunto la práctica de la CMA deberá tender a homogeneizarse mediante el interés real y la implicación de las instituciones sanitarias, aplicando criterios diferenciadores de las diversas modalidades de gestión quirúrgica: cirugía menor, CMA, cirugía de recuperación prolongada, cirugía de corta estancia, etc., pues las necesidades organizativas y estructurales, la cuantificación de cada una de estas modalidades y su consumo de recursos son distintos. Aplicando además directrices comunes, requisitos básicos y elementos de incentivación profesional en todos los centros

para la práctica de la CMA. Y exigiendo el cumplimiento de los criterios de calidad básicos y resultados.

La iniciativa de editar este *Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria* por parte de los Dres. Turiño Luque, Moreno Góngora, Martínez Ferriz y Sedeño Martín, del Hospital Regional Universitario de Málaga, constituye un magnífico ejemplo a seguir en todas las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) y es una muestra más del interés de esta unidad en el desarrollo correcto de esta modalidad de gestión de los pacientes quirúrgicos. La decisión de elaborar este manual contribuye, sin duda, a disminuir la variabilidad en la práctica de la CMA.

Si bien en todos los Servicios de Cirugía General es importante la protocolización de su actividad, en las Unidades de CMA es imprescindible, pues en ellas confluyen muy distintos actores, especialidades y estamentos.

Este completo *Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria*, en el que han participado múltiples especialistas y residentes de Anestesia y Cirugía General, aborda desde la perspectiva actual y de modo muy completo los diversos aspectos clínicos y de gestión que configuran la unidad.

Con una interesante secuencia en su confección, además de los aspectos generales de CMA, el manual resume las principales patologías quirúrgicas y sus opciones anestésicas, con especial atención a las indicaciones y técnicas en patología de pared abdominal, cirugía laparoscópica de la colelitiasis y de la enfermedad por reflujo gastroesofágico y patología mamaria, así como –también de modo exhaustivo– las pautas analgésicas en cada uno de estos procedimientos, pues el control del dolor es una de las claves del éxito de toda Unidad de CMA. El control postoperatorio y la satisfacción del paciente, así como los criterios e indicadores de calidad que deben aplicarse en la unidad, cierran este completo *Manual de Cirugía Mayor Ambulatoria*.

No cabe más que felicitar a los autores y editores de esta publicación, con el reconocimiento al esfuerzo colectivo que han realizado y cuya razón de ser es la mejor práctica de la CMA.

José M.ª Capitán Vallvey

# Listado de autores

---

Blanco Elena, Juan Antonio. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Infanta Margarita. Córdoba.

Cabañó Muñoz, Daniel Jesús. Facultativo Especialista de Área. Sección Hepatobiliopancreática. Hospital Universitario de Torrecárdenas. Almería.

Cabello Burgos, Antonio Jesús. Facultativo Especialista de Área. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Carrasco Campos, Joaquín. Facultativo Especialista de Área. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Cebriá Oliveira, Marta. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Cruz Muñoz, Adolfo. Facultativo Especialista de Área. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

De la Torre Franco, Silvia. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Díaz Sánchez-Valiente, Francisco. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Escobedo Pajares, María del Carmen. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Fernández Calle, Raquel. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Gómez de Cos, María José. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

González Cano, Javier. Médico Interno Residente Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

González Poveda, Iván. Facultativo Especialista de Área. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Gutiérrez Delgado, Pilar. Médico Interno Residente Cirugía General y Aparato Digestivo. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Jiménez Mazure, Carolina. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Patología Mamaria. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Martínez Ferriz, Abelardo. Jefe Unidad Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Mera Velasco, Santiago. Jefe Unidad de Coloproctología. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Mirón Fernández, Irene. Facultativo Especialista de Área. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Moreno Góngora, Isabel. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Nicolás de Cabo, Sara. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Cirugía de Urgencias. Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife.

Ortiz Escalante, Lidia. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Pérez Millón, Verónica. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Pérez Reyes, María. Facultativo Especialista de Área. Unidad Hepatobiliopancreática y Trasplantes. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Pitarch Martínez, María. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital de Antequera. Málaga.

Pulido Roa, Isabel. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Patología Mamaria. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Redondo Garrido, Laura. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Rivas Becerra, José. Facultativo Especialista de Área. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Ribeiro González, Marta. Facultativo Especialista de Área. Unidad de Patología Mamaria. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Rodríguez Silva, Cristina. Facultativo Especialista de Área. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Romacho López, Laura. Facultativo Especialista de Área. Sección Cirugía de Urgencias y Politrauma. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Ruiz López, Manuel. Facultativo Especialista de Área. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Ruiz Oliva, Manuel. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Sánchez González, Laura María. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Sánchez Segura, José. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Comarcal La Axarquía.

Santoyo Santoyo, Julio. Jefe de Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Jefe de la Unidad de Hepatobiliopancreática y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Sedeño Martín, Guadalupe. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Toval Mata, José Antonio. Facultativo Especialista de Área. Sección de Coloproctología. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Turiño Luque, Jesús Damián. Facultativo Especialista de Área. Sección Cirugía Mayor Ambulatoria y Corta Estancia. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Trasplantes. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Velasco Velázquez, Guillermo. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Villén Santiago, Gregorio. Facultativo Especialista de Área. Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Regional Universitario de Málaga.

# Contenido

---

**Capítulo 1** Origen de las unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria

**Capítulo 2** Distribución organizativa de espacios

2.1 Diseño de la UCMA

2.2 Estructura y organización de la UCMA

**Capítulo 3** Criterios de selección de pacientes: «compromiso» con la Cirugía Mayor Ambulatoria

3.1 Protocolización de los procesos asistenciales

3.2 Selección de pacientes

3.2.1 Criterios de inclusión en CMA

3.2.2 Criterios de exclusión en CMA

3.3 Selección de procedimientos

**Capítulo 4** Valoración preanestésica en Cirugía Mayor Ambulatoria

4.1 Objetivos y finalidad de la consulta de preanestesia

4.2 Pruebas complementarias en estudio preanestésico

4.3 Papel de enfermería en consulta preanestésica

4.4 Otros métodos de valoración anestésica

**Capítulo 5** Indicaciones de profilaxis antibiótica en Cirugía Mayor Ambulatoria

5.1 Medidas generales preoperatorias

## 5.2 Profilaxis antibiótica en cirugía general

### **Capítulo 6** Anestesia para patología de pared abdominal en Cirugía Mayor Ambulatoria

#### 6.1 Técnicas anestésicas

##### 6.1.1 Anestesia local

##### 6.1.2 Anestesia general

##### 6.1.3 Anestesia intradural/epidural

### **Capítulo 7** Indicaciones y técnicas quirúrgicas en la hernia inguinal

#### 7.1 Introducción

#### 7.2 Según tipo de reparación (protésica o no protésica)

#### 7.3 Según tipo de abordaje

#### 7.4 Técnicas de reparación abierta

#### 7.5 Técnicas de reparación laparoscópica

### **Capítulo 8** Indicaciones y técnicas quirúrgicas en la hernia primaria de la línea media

#### 8.1 Introducción

#### 8.2 Vías de abordaje

#### 8.3 Técnicas quirúrgicas

### **Capítulo 9** Indicaciones y técnicas quirúrgicas en hernia primaria distinta de línea media

#### 9.1 Hernia de Spiegel

#### 9.2 Hernias lumbares

#### 9.3 Hernias pélvicas

### **Capítulo 10** Indicaciones y técnicas quirúrgicas de la eventración

#### 10.1 Introducción

#### 10.2 Técnicas quirúrgicas

## **Capítulo 11** Nuevos materiales protésicos en cirugía de pared abdominal

### 11.1 Introducción

## **Capítulo 12** Métodos de fijación

### 12.1 Introducción

### 12.2 Suturas

### 12.3 Pegamentos

### 12.4 Grapas y suturas espirales

## **Capítulo 13** Pautas analgésicas en el postoperatorio de pared abdominal

### 13.1 Introducción

### 13.2 Aspectos generales

### 13.3 Analgesia multimodal

### 13.4 Fármacos

#### 13.4.1 Analgésicos no opiáceos

#### 13.4.2 Anestésicos locales

#### 13.4.3 Opiáceos

#### 13.4.4 Otros

## **Capítulo 14** Anestesia para laparoscopia supramesocólica en Cirugía Mayor Ambulatoria

### 14.1 Introducción

### 14.2 Preparación del paciente

### 14.3 Intraoperatorio

### 14.4 Postoperatorio

## **Capítulo 15** Indicaciones y técnicas quirúrgicas en patología biliar en Cirugía Mayor Ambulatoria

- 15.1 Introducción
- 15.2 Indicaciones colecistectomía
- 15.3 Criterios de selección pacientes para colecistectomía en régimen ambulatorio
- 15.4 Otras recomendaciones
- 15.5 Conclusión

**Capítulo 16** Indicaciones y técnicas quirúrgicas en enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal en Cirugía Mayor Ambulatoria

- 16.1 Aspectos generales
- 16.2 Diagnóstico
- 16.3 Tratamiento
- 16.4 Indicaciones y técnicas quirúrgicas

**Capítulo 17** Pautas analgésicas en postoperatorio de cirugía laparoscópica supramesocólica

- 17.1 Dolor parietal
- 17.2 Dolor visceral
- 17.3 Dolor referido

**Capítulo 18** Anestesia en patología proctológica en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

- 18.1 Introducción
- 18.2 Objetivos
- 18.3 Técnicas anestésicas
- 18.4 Recomendaciones

**Capítulo 19** Indicaciones y técnicas quirúrgicas del sinus pilonidal

- 19.1 Introducción
- 19.2 Fases del tratamiento

19.3 Técnicas quirúrgicas conservadoras

19.4 Técnicas quirúrgicas de exéresis

## **Capítulo 20** Indicaciones y técnicas quirúrgicas de la fisura anal

20.1 Introducción

20.2 Indicaciones y técnicas quirúrgicas

## **Capítulo 21** Indicaciones y técnicas quirúrgicas de la patología hemorroidal

21.1 Introducción. Clasificación

21.2 Tratamiento

## **Capítulo 22** Indicaciones y técnicas quirúrgicas de la fístula perianal

22.1 Introducción

22.2 Técnicas quirúrgicas e indicaciones

## **Capítulo 23** Pautas analgésicas en el postoperatorio de proctología

23.1 Introducción

23.2 Factores de riesgo

23.3 Prevención

23.3.1 Evaluación del dolor

23.3.2 Estrategia analgésica

23.4 Tratamiento farmacológico del dolor

## **Capítulo 24** Anestesia en patología mamaria en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

24.1 Introducción

24.2 Preoperatorio

24.3 Intraoperatorio

24.4 Postoperatorio

24.5 Criterios de alta de unidad de CMA a domicilio

**Capítulo 25** Indicaciones y técnica quirúrgica en patología mamaria en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

25.1 Introducción

25.2 Régimen de CMA en patología mamaria

25.3 Selección de pacientes

25.4 Técnica quirúrgica

25.5 Indicaciones

25.6 Resultados

**Capítulo 26** Opciones analgésicas en el perioperatorio de patología mamaria

26.1 Introducción

26.2 Analgesia intravenosa

26.3 Técnicas locorregionales

26.3.1 Anatomía de la mama

26.3.2 Bloqueos locorregionales

**Capítulo 27** Indicaciones de profilaxis antitrombótica en Cirugía Mayor Ambulatoria

27.1 Introducción

27.2 Estratificación del riesgo

27.3 Estrategia de profilaxis de la ETVE

27.4 Profilaxis farmacológica

**Capítulo 28** Náuseas y vómitos en el postoperatorio de Cirugía Mayor Ambulatoria

28.1 Introducción

28.2 Factores de riesgo

28.3 Manejo perioperatorio

28.4 ¿Cuál es la estrategia más eficaz para el abordaje multimodal de las NVPO?

**Capítulo 29** Relevancia de la retención urinaria en el postoperatorio de Cirugía Mayor Ambulatoria

29.1 Introducción

29.2 Causas de retención urinaria

29.3 Diagnóstico y complicaciones

29.4 Tratamiento y alta

**Capítulo 30** Control postoperatorio precoz en Cirugía Mayor Ambulatoria

30.1 Introducción

30.2 Requisitos de ingreso al área de recuperación postanestésica

30.3 Control y manejo de pacientes en el área de recuperación postanestésica

30.4 Criterios clínicos de alta del área de recuperación postanestésica

30.5 Analgesia postoperatoria y control de náuseas y vómitos

30.6 Criterios clínicos de alta de la UCMA

30.7 Seguimiento postoperatorio y criterios de ingreso

**Capítulo 31** Criterios e indicadores de calidad en Cirugía Mayor Ambulatoria

31.1 Introducción

31.2 Criterios de calidad

31.3 Indicadores de calidad

**Capítulo 32** Encuestas de satisfacción del paciente

32.1 Introducción

32.2 Resumen y conclusiones

**Capítulo 33** Visita postoperatoria reglada en Cirugía Mayor Ambulatoria

33.1 Protocolo al alta

33.2 Revisión en consulta

**Capítulo 34** Global Surgery

34.1 Origen. Concepto

34.2 Necesidad, acceso y calidad

# CAPÍTULO 1

---

## ORIGEN DE LAS UNIDADES DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

González Cano, J.; Cruz Muñoz, A.; Mera Velasco, S.

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) es un modelo de asistencia sanitaria definido por la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) como «el conjunto de procedimientos quirúrgicos en los que el paciente es dado de alta el mismo día de la cirugía». Por su parte, y en una línea similar, el Ministerio de Sanidad y Consumo habla de «un conjunto de procedimientos quirúrgicos, tanto diagnósticos como terapéuticos, realizados bajo anestesia general, locorregional o local, que van a necesitar cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no requieren ingreso hospitalario».

Aunque entre 1950 y 1970 ya se habían establecido en EEUU los primeros centros de CMA, su desarrollo en España no comienza hasta los años 90. Si bien, en 1988, Rivera *et al.* ya publicó un primer trabajo, no fue hasta 1990 cuando se funda en el Hospital de Viladecans, en Barcelona, la primera unidad de cirugía sin ingreso, llegándose a crear, dos años después, la primera Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (UCMA) en el Hospital de Toledo.

Desde entonces, la CMA como modalidad asistencial ha tenido un continuo desarrollo, fundándose la Asociación Española de Cirugía

Mayor Ambulatoria (ASECMA) y, en 1995, la International Association for Ambulatory Surgery.

Dicho aumento ha sido en gran parte motivado por aspectos económicos, pues se estima que para el año 2025 los costes en sanidad aumenten un 50 %. Así, en el contexto de un continuo aumento de la demanda sanitaria, las largas listas de espera quirúrgica para procesos de baja o media complejidad y el consecuente déficit de camas hospitalarias, la CMA se ha convertido en la mejor vía para hacer frente al panorama sanitario actual, al mejorar la eficiencia en la atención de pacientes sometidos a procedimientos quirúrgicos y conseguir resultados equivalentes a la cirugía convencional, pero a un menor coste, sin que ello suponga disminuir la calidad asistencial.

Además, cabe resaltar la importancia que ha tenido en su desarrollo la gran evolución en farmacología y técnicas anestésicas, facilitando el proceso de recuperación postquirúrgica y permitiendo el alta del paciente el mismo día de la intervención.

Este crecimiento lo podemos analizar con los indicadores de eficiencia de CMA, como son el índice de ambulatorización (IA) o el índice de sustitución (IS), definidos como el número de intervenciones totales o específicas por procedimientos realizados en CMA frente al total de intervenciones. Así, si nos fijamos en datos del Ministerio de Sanidad y Consumo, en el año 2015 se llevaron a cabo más de 1.600.000 procedimientos quirúrgicos mediante esta modalidad en España, lo que supone un 43 % de todas las intervenciones quirúrgicas realizadas, respecto a un 31 % en 2005.

A pesar de las definiciones dadas por los diferentes organismos, sigue habiendo gran disparidad, tanto dentro como fuera de un mismo país, en lo referente al tipo de intervenciones que abarca la CMA, pues en este concepto se llegan a englobar desde procedimientos de cirugía menor hasta aquellos en los que la estancia del paciente es menor de 24 horas, aunque implique pernoctar en el hospital. Por lo tanto, resulta

imprescindible unificar criterios en pro de conocer la situación actual real de la CMA.

En los lugares donde se realiza un gran número de procedimientos de CMA, estos se llevan a cabo en unidades específicas e independientes llamadas UCMA (Unidad de CMA), que requieren de condiciones estructurales, funcionales y también de recursos que garanticen un funcionamiento eficiente y de calidad, así como la seguridad de los pacientes.

La continua progresión y adquisición de experiencia por parte de estas unidades está permitiendo incorporar técnicas de mayor complejidad, siendo cada vez más los procedimientos incluidos en la cartera de servicios de una unidad de CMA. A pesar de ello, no todas las intervenciones son subsidiarias de realizarse bajo este sistema, pues ha de asegurarse tanto un control satisfactorio de los síntomas postoperatorios como la correcta evolución del paciente en su domicilio.

Por tanto, debemos ser conscientes de que, aunque la CMA tiene innumerables ventajas y los datos indican que con el paso de los años adquirirá un mayor peso en el sistema sanitario, es imprescindible asegurar que dicho aumento no compromete la calidad asistencial, un hecho al que nos exponemos al incluir intervenciones quirúrgicas de mayor complejidad que pueden aumentar el riesgo de complicaciones postquirúrgicas y de reingresos.

## Bibliografía

---

Aguayo JL. Cirugía Mayor Ambulatoria: un éxito del sistema. Rev Calid Asist. 2003 18(5):261-5.

Colomer J, Ondategui S, Esteban E. Índices de sustitución en cirugía mayor ambulatoria: medir, contar y comparar. Gac Sanit. 2001;15(6):523-6.

Ford JL, Reed WA. The surgicenter. An innovation in the delivery and cost of medical care. Ariz Med. 1969;26(10):801-4.

Martínez Ródenas J, Codina Grifell J, Deulofeu Quintana P, Garrido Corchón J, Blasco Casares F, Gibanel Garanto X, *et al.* Indicadores de calidad asistencial en cirugía mayor ambulatoria (2010-2012). Rev Calid Asist. 2014;29(3):172-9.

Muñoz E, Muñoz W, 3rd, Wise L. National and surgical health care expenditures, 2005-2025. Ann Surg. 2010;251(2):195-200.

Portal Estadístico del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. Citado 10/12/2018. Disponible en: <http://pestatistico.inteligenciadegestion.msssi.es/publicoSNS/Comun/Cubo.aspx?IdNodo=14040>.

Rivera J, Giner M, Subh M. Cirugía ambulatoria: estudio piloto. Cir Esp. 1988;44:865-74.

Urman RD, Desai SP. History of anesthesia for ambulatory surgery. Curr Opin Anaesthesiol. 2012;25(6):641-7.

# CAPÍTULO 2

---

## DISTRIBUCIÓN ORGANIZATIVA DE ESPACIOS

Sedeño Martín, G.; De la Torre Franco, S.; Ortiz Escalante, L.

### 2.1 Diseño de la UCMA

---

Existen varias clasificaciones de tipología administrativa de las UCMA, entre las que se ha seleccionado la siguiente que utiliza la relación física y organizativa con el hospital como criterios de clasificación:

- Unidades integradas (incluidas organizativa y físicamente dentro de los hospitales):
  - Tipo I: se comparten todos los recursos con el resto del hospital.
  - Tipo II: existe una organización independiente, pero se comparten elementos –quirófanos– con el resto del hospital.
- Unidades autónomas: organización independiente y delimitación arquitectónica con el resto del hospital.
- Unidades satélites: dispuestas en edificios más o menos alejados del hospital general, pero con una dependencia administrativa del mismo.