

## Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución

**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 establecen el concepto y la definición de la Cirugía Mayor Ambulatoria. Se analizan los orígenes de la misma y los acontecimientos que condicionaron su posterior evolución y desarrollo. Se estudian las características sanitarias y socioeconómicas que determinaron el gran desarrollo y la fuerte implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Estados Unidos. Se analiza también el desarrollo en Europa de esta novedosa forma de asistencia quirúrgica.

**Palabras claves:** Cirugía Mayor Ambulatoria. Cirugía sin Ingreso. Unidades freestanding. Surgicenter.

### INTRODUCCIÓN

La organización de los servicios sanitarios ha experimentado a lo largo de las últimas décadas un proceso acelerado de cambio caracterizado por la introducción de una serie de innovaciones asistenciales. Entre ellas se encuentra la **Cirugía Mayor Ambulatoria** que, actualmente, constituye uno de los nuevos paradigmas de la asistencia sanitaria.

La implantación en España de la Cirugía Mayor Ambulatoria (Cirugía sin Ingreso) se está realizando de manera continua, progresiva e imparable de forma que, tanto el número de pacientes como el de procedimientos quirúrgicos subsidiarios de este tipo de cirugía, es cada vez mayor en todas las especialidades quirúrgicas, existiendo previsiones que indican que en los próximos años se realizará de esta manera un elevado porcentaje de la cirugía electiva.

La Cirugía Mayor Ambulatoria presenta unas claras, evidentes e indiscutibles ventajas, por lo que es imprescindible incorporar su estudio tanto a nivel del pregrado como en el periodo de especialización. Tanto los estudiantes de medicina como los residentes en periodo de especialización deben conocer este tipo de cirugía ambulatoria en el que el contacto con el paciente es completamente distinto, tanto en el pre como en el postoperatorio, al que se produce en la cirugía con hospitalización.

Desaparece por completo la estancia hospitalaria preoperatoria y con ella la posibilidad de efectuar en ese momento la historia clínica y la exploración del paciente.

También desaparece la estancia postoperatoria hospitalaria con lo cual todo lo referente al control postoperatorio: tratamiento del dolor, cuidados de la herida, detección de posibles complicaciones, etc., se realiza de forma totalmente distinta.

Además, en la Cirugía Mayor Ambulatoria existen una serie de aspectos específicos, estructurales y organizativos en relación con su circuito asistencial protocolizado, que actualmente es necesario conocer.

### CONCEPTO

Podemos definir como “**Cirugía Mayor Ambulatoria**” (CMA) aquella en la que se realizan procedimientos quirúrgicos de mediana complejidad que no exigen que el paciente ingrese con antelación a la operación, ni que tras la misma quede ingresado en el hospital. Es decir en la Cirugía Mayor Ambulatoria el paciente acude al hospital el mismo día de la intervención y tras ésta regresa a su domicilio.

También podemos definirla como una forma de realizar la cirugía en la que se atienden procesos quirúrgicos, realizados con cualquier tipo de anestesia y que requieren cuidados postoperatorios no intensivos y de corta duración, por lo que no necesitarían ingreso hospitalario y podrían ser dados de alta pocas horas después de finalizada la operación.

De manera sucinta podemos resumir los objetivos que persigue la Cirugía Mayor Ambulatoria de la siguiente manera. En primer lugar, conseguir una mayor comodidad y bienestar del paciente, puesto que altera e interfiere mínimamente con su vida familiar, ya que vuelve el mismo día de la operación a su entorno familiar en su propio domicilio. No necesita pues dormir en una cama hospitalaria sino que el enfermo duerme en su propia cama lo cual es una gran ventaja ya que “no existe mejor cama que la propia cama de uno mismo”.

En segundo lugar, este tipo de cirugía minimiza aquellas complicaciones que se podrían derivar del ingreso hospitalario. De ellas la más característica y la más típica es la infección hospitalaria o infección nosocomial. Pero además, elimina la ansiedad que produce el estar hospitalizado junto con pacientes de mucha mayor gravedad, y desaparece la sensación de soledad ocasionada por estar separado de su entorno familiar.

En tercer lugar, al no necesitar ingreso y por tanto cama hospitalaria, permite acortar el tiempo de espera para la cirugía, es decir el tiempo en donde el paciente se encuentra ubicado en una lista de espera quirúrgica. Finalmente, este tipo de cirugía permite racionalizar los recursos hospitalarios ya que, al no necesitar ingreso, las camas que estos enfermos tendrían que ocupar pueden ser destinadas para otros enfermos cuya intervención quirúrgica si que lo requiera necesariamente.

Las intervenciones quirúrgicas que se realizan mediante Cirugía Mayor Ambulatoria se efectúan con las mismas técnicas quirúrgicas y anestésicas con las que se efectuarían si se realizaran mediante hospitalización e ingreso. La única diferencia es que no ocupan ninguna cama hospitalaria, cosa que hasta este momento no era así: estas operaciones solían ocupar una cama hospitalaria durante un tiempo que oscilaba entre tres y ocho días, en el mejor de los casos.

En esa época las únicas intervenciones que se efectuaban sin ingreso eran operaciones quirúrgicas sobre pequeñas lesiones que tradicionalmente se venían efectuando con anestesia local, y que regresan de inmediato a su domicilio. Este tipo de cirugía constituye lo que denominamos “[Cirugía Menor Ambulatoria](#)”.

Actualmente existen también intervenciones en las que el paciente ingresa y pernocta, durante un tiempo que oscila entre una y tres noches, como máximo. A este tipo de cirugía se le denomina “[Cirugía de Corta Estancia](#)”, y el paso de estos pacientes por el hospital debe considerarse, a todos los efectos administrativos, como un ingreso. Sin embargo estos ingresos de pocos días, como se verá mas adelante, permiten ampliar los criterios tanto de aceptación de pacientes como de complejidad de las técnicas quirúrgicas de la Cirugía Mayor Ambulatoria.

Podemos decir por tanto que el termino “Cirugía Mayor Ambulatoria” hace referencia al tratamiento quirúrgico sin ingreso de aquellas enfermedades que clásicamente se han tratado con hospitalización del paciente, quedando excluidas de él los procesos que siempre se han tratado de manera ambulatoria y que, generalmente, corresponden a la extirpación de lesiones dermatológicas.

Es necesario insistir en que, la intervención quirúrgica se realiza siempre con las técnicas anestésicas e instrumentales habituales. No se trata pues de intervenir de forma distinta a como se hace con el enfermo hospitalizado.

A la Cirugía Mayor Ambulatoria se la denomina de muy diferentes maneras según las preferencias personales o las diferentes costumbres. Así encontramos denominaciones como “[Cirugía Ambulatoria](#)”, “[Cirugía sin Ingreso](#)”, “[Cirugía de un Día](#)”, “[Cirugía de Pacientes Externos](#)”, “[Cirugía en el Mismo Día](#)”, “[Cirugía de Alta Precoz](#)”, etc.

En nuestra opinión el nombre que define mas exactamente este tipo de cirugía, es el de “[Cirugía sin Ingreso](#)”, ya que no contiene términos equívocos y poco precisos, que se pueden prestar a diferentes interpretaciones, como el de “[Cirugía Mayor](#)”. Tampoco incluye términos poco adecuados e inexactos como el de “[Alta Precoz](#)”. Sin embargo el uso ha consagrado el termino de “[Cirugía Mayor Ambulatoria](#)” como el de mas amplia aceptación, habiendo hecho fortuna, sobretodo, la denominación mediante su acrónimo: “**CMA**”.

## **EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA**

La Cirugía Ambulatoria es tan antigua como la cirugía misma. Realmente la cirugía apareció antes que los propios hospitales para, posteriormente, incorporarse a estas instituciones. Los hospitales ya existían antes de la Era Cristiana en los Templos de los antiguos Dioses, los cuales se utilizaban como casa de refugio para enfermos e inválidos y como escuela de aprendizaje para los médicos de la época.

En los primeros siglos de la Era Cristiana el número de estos hospitales fue creciendo. El florecimiento de las Ordenes Religiosas dio lugar a la creación de hospitales que, junto con los hospicios y escuelas, funcionaron como parte integral de los Monasterios. Durante toda la Edad Media, el Renacimiento e incluso después, los hospitales fueron dirigidos casi en su totalidad por comunidades religiosas y cumplían una misión benéfica, aportando ayuda espiritual y material a los pobres, mientras que las clases acaudaladas eran asistidas en sus propios domicilios.

Durante el siglo XVIII se crearon los primeros hospitales municipales dirigidos por autoridades civiles. A partir de la mitad del siglo XIX el número de hospitales creció importantemente debido a la constante evolución médica en general, y de la asepsia, de la anestesia y de las técnicas quirúrgicas, en particular. Todo ello condujo a la necesidad de la sociedad por acudir a estas instituciones, lo que condicionó una importante demanda de hospitales durante el siglo XX. Esto produjo una masificación de los mismos con el consiguiente incremento del consumo de recursos económicos, inasumibles para la mayoría de los sistemas sanitarios.

Por tanto, la evolución histórica de la cirugía muestra que la necesidad de ingresar en un hospital nace de la creciente complejidad de las intervenciones quirúrgicas con todo lo que conlleva, no solo en el aspecto puramente técnico sino también anestésico, condiciones de asepsia, controles pre y postoperatorios rigurosos, etc.

La Cirugía Mayor Ambulatoria nace de la reflexión de que en las intervenciones que no sean de alta complejidad y que no tengan estas connotaciones que condicionen un ingreso hospitalario, este ingreso no sería necesario y por tanto podría evitarse. Eso sí dejando bien claro, como se ha resaltado al inicio del capítulo, que no se trataría de efectuar distintas indicaciones o diferentes técnicas quirúrgicas, ni diferentes procedimientos anestésicos. Y, por supuesto, efectuando el procedimiento quirúrgico con las mismas garantías que tendría si se realizara con ingreso, incluyendo la seguridad de la vigilancia durante el período postoperatorio.

Como indicios precursores del comienzo de la Cirugía Mayor Ambulatoria se encuentran determinados avances concretos de tipo anestésico, como es el descubrimiento de la cocaína como anestésico local, de la anestesia troncular y de la anestesia raquídea.

Sin embargo, los orígenes de la Cirugía Mayor Ambulatoria hay que buscarlos a principios del siglo XX, en el año 1909 en el que James H. Nicoll publicó un trabajo, ya

clásico, en el que se comunicaban los resultados de una experiencia llevada a cabo desde el año 1899 en el [Glasgow Royal Hospital For Sick Children](#), en el que se trataron quirúrgicamente y de forma ambulatoria hasta un total de 8.988 niños<sup>(1)</sup>.

Las conclusiones de este trabajo indicaban, en primer lugar, que la mayoría de la cirugía infantil era subsidiaria de ser realizada de forma ambulatoria. En segundo lugar, que dada la edad de los pacientes la hospitalización podría presentar mas inconvenientes que ventajas y era mejor el seguimiento domiciliario por personal especializado, o bien mediante la creación de “[Hoteles Sanitarios](#)” (concepto plenamente vigente en la actualidad), para permitir la permanencia de la madre junto a sus hijos lactantes o muy pequeños ya que la separación influía negativamente en la recuperación postoperatoria. Finalmente, concluía que, dado los buenos resultados obtenidos, esta práctica ambulatoria podría extenderse a los adultos sometidos a operaciones por hernia inguinal.

A pesar de la buena acogida que tuvo, por parte de sus colegas, la publicación de este estudio en la revista [British Medical Journal](#), el impacto que tuvo sobre la práctica quirúrgica de esa época fue mínimo.

Posteriormente en 1919, el anestesiólogo R.M. Waters<sup>(2)</sup> en Iowa (Estados Unidos), abrió un Centro, sin ninguna vinculación hospitalaria, en el que trataba casos de cirugía menor y de estomatología. Este centro fue el pionero de las posteriores y modernas Unidades Independientes de Cirugía Mayor Ambulatoria que, como veremos posteriormente, se conocen con el nombre de Unidades tipo “[freestanding](#)”.

Mas tarde G. Hertzfeld<sup>(3)</sup> publicó una experiencia con más de 1.000 niños a los que se les realizó una herniorrafia con anestesia general, con excelentes resultados.

En 1955, E.L. Farquharson<sup>(4)</sup> publica una serie de 485 operaciones de hernia inguinal en adultos, intervenidos en Edimburgo de forma estrictamente ambulatoria, es decir con traslado a su domicilio inmediatamente después de la cirugía, recomendándoseles además la deambulacion precoz. Es de destacar que este trabajo se publicó en una época en donde, en el Reino Unido, la estancia media hospitalaria para una hernia inguinal era de 10 días.

En 1956 R. Müller<sup>(5)</sup> describe un sistema ambulatorio para la realización de la flebectomía. En 1961 Stephens<sup>(6)</sup> diseñó por primera vez una organización de cirugía para pacientes no hospitalizados.

Estas experiencias iniciales de Cirugía Ambulatoria fueron rápidamente incorporadas y desarrolladas a partir de los años 60 en los Estados Unidos, en donde se vieron favorecidas por las características de su sistema de salud, en el que las compañías de seguros y los centros hospitalarios, tanto públicos como privados, intuyeron la magnitud de la reducción de gastos que este sistema conllevaría.

El primer programa moderno de Cirugía Ambulatoria se llevó a cabo en 1961 en el [Butterworth Hospital de Grands Rapids](#) (Michigan), y al año siguiente en la Universidad de

California (Los Ángeles), donde los doctores D.D. Cohen y J.B. Dillon<sup>(7)</sup> crearon otra unidad de Cirugía Ambulatoria. Para estos doctores la seguridad de una intervención quirúrgica con anestesia general no radicaba en que los pacientes estuviesen o no ingresados sino, fundamentalmente, en que estuvieran adecuadamente seleccionados y que la intervención se hubiera realizado con una adecuada práctica quirúrgica y anestésica.

La consagración definitiva de este tipo de unidades de cirugía ambulatoria fue la creación y apertura de un centro llamado “[Surgicenter](#)”, en Phoenix (Arizona) en 1969, por los doctores W. Reed y F. Ford<sup>(8)</sup>. Se trataba de una unidad independiente por completo y autosuficiente, que fue definida por ellos mismos como “un centro diseñado para ofrecer atención quirúrgica de calidad a pacientes, cuya operación sea demasiado delicada para realizarse en la consulta del cirujano, pero no tanto como para requerir hospitalización”.

La creación de “[Surgicenter](#)” representó una innovación en la asistencia sanitaria de los Estados Unidos, demostrándose que un centro totalmente independiente de un hospital podía prestar una asistencia de igual calidad pero con un menor coste.

En Estados Unidos, con un sistema sanitario primordialmente privado, se produjo una gran eclosión en el desarrollo de este tipo de unidades privadas e independientes de los hospitales para realizar cirugía ambulatoria (“[Freestanding Day Surgery Units](#)”). Por el contrario en los países de Europa, con sistemas sanitarios predominantemente públicos, tuvo un desarrollo mucho más lento y desigual.

Así ya en el año 1973, la Asociación Médica Americana [[American Medical Association](#) (AMA)] recomendó que los hospitales debieran ser diseñados, organizados y equipados, de manera que pudiera realizarse en ellos el mayor número de procedimientos quirúrgicos, en los que no se tuviera que hospitalizar a los pacientes.

En 1974 se creó la [Federated Ambulatory Surgery Association](#) (FASA), y en 1984 se fundó la [Society for Ambulatory Anesthesia](#) (SAMBA).

## DESARROLLO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN LOS ESTADOS UNIDOS

Desde su introducción en Estados Unidos la Cirugía Mayor Ambulatoria ha crecido constantemente tanto en su disponibilidad como en su utilización. Así en el período comprendido entre 1979 y 1983 hubo un incremento del 57% en el número de programas que ofertaban cirugía ambulatoria. La utilización de estos programas llegaba hasta el 88%.

Si este crecimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria se midiese por el número de centros independientes “[freestanding](#)” establecidos anualmente, el crecimiento también es impresionante. Así mientras en la primera mitad de los años 70 se inauguraron no más de 10 nuevos centros, en la segunda mitad de esta misma década el número aumentó significativamente hasta 20 centros abiertos el mismo año.

La década de los ochenta mostró un incremento todavía mayor. El número de centros abiertos en 1980 que fue de 16, fue duplicado en 1981 con la apertura de 33 nuevos centros "freestanding". En 1985 se llegó a 100 nuevos centros. Por otra parte el número de Unidades hospitalarias de Cirugía Mayor Ambulatoria también se incrementó muy importantemente.

El crecimiento y la expansión de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Estados Unidos se produjeron por tres factores fundamentales. En primer lugar, la Cirugía Mayor Ambulatoria se convirtió en una modalidad de tratamiento quirúrgico totalmente aceptada tanto por el público, es decir por los pacientes, como por los profesionales de la medicina, todos los cuales eran conscientes de que se trataba de una forma de cirugía sin riesgo añadido y con ventajas sobre la tradicional, sobre todo ventajas de tipo económico.

En segundo lugar, la Cirugía Mayor Ambulatoria fue un raro fenómeno en el que todos los que participaban en ella se beneficiaban. Los **pacientes** preferían este tipo de cirugía frente a la hospitalización porque era más rápida, menos molesta y se alteraba mínimamente la vida del propio paciente y de su familia. Estas ventajas y beneficios de tipo personal eran para ellos mucho más importantes que los beneficios económicos de los cuales, a pesar de todo, no eran ajenos.

Los **cirujanos** preferían también la Cirugía Mayor Ambulatoria porque era más directa, mas adecuadamente simplificada y proporcionaba una relación mas personalizada con los pacientes. Además este sistema les ahorraba tiempo que podían emplear en pacientes de mayor gravedad e importancia.

Las **instituciones financieras** se beneficiaban igualmente, por el hecho de que evitaban los gastos derivados de pernoctar en un hospital y también porque el tratamiento quirúrgico se realizaba con un menor coste que con el paciente hospitalizado.

Por otra parte, la **sociedad** estaba orgullosa de los miembros de su comunidad médica ya que los consideraba actualizados e innovadores en lo que concernía a las necesidades de la salud pública que, en definitiva, eran sus propias necesidades. La sociedad mostraba una gran confianza en estos profesionales ya que se beneficiaba de su talante abierto, actualizado e innovador.

Finalmente, la Cirugía Mayor Ambulatoria era rentable. En efecto este tipo de cirugía se consideraba como probablemente el ejemplo más claro y más evidente de economía en el sistema de salud, en un momento en el que la totalidad del país consideraba este aspecto como algo esencial y fundamental.

El gran desarrollo de la Cirugía Mayor Ambulatoria en los Estados Unidos hay que entenderlo y encuadrarlo dentro las peculiaridades y características de su sociedad en general, con sus aspectos económico y laboral, y de la clase médica en particular.

La sociedad americana a finales de los años 80 se encontraba muy bien informada en materia de sanidad, y era consciente de la necesidad de economizar en la administración de la salud pública.

La sociedad deseaba participar en su propio sistema de salud y en la toma de decisiones sobre su salud individual. Por tanto la sociedad entendía perfectamente la ventaja que suponía operarse, si estaba indicado, mediante Cirugía Ambulatoria. Lo entendía y además lo deseaba y frecuentemente insistía en operarse de esa manera. Los cirujanos, por consiguiente, no necesitaban convencer a los pacientes de que la Cirugía Mayor Ambulatoria era lo más apropiado y lo mejor para un determinado tipo de operaciones.

Los pacientes en particular y la sociedad en general aprendió que era más fisiológico, más confortable y con menor pérdida de días de trabajo, el operarse ambulatoriamente en casos de intervenciones quirúrgicas de mediana complejidad. Esta mentalidad ciudadana respecto a su salud y a su trabajo desempeñó un papel muy importante en el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria.

Por lo que respecta a los cirujanos, estaban completamente convencidos que este tipo de Cirugía Ambulatoria era correcto y adecuado. Eran conscientes de que la fisiología del organismo retornaba a la normalidad más rápidamente en el postoperatorio de tipo ambulatorio. Además mentalmente los pacientes tenían una mejor predisposición frente a su enfermedad si se encontraban en su entorno familiar y en su propia vivienda. Todo esto determinaba además una más rápida incorporación a su actividad laboral habitual.

Por tanto los cirujanos recomendaban a sus pacientes este tipo de cirugía, con lo cual la impulsaban y la potenciaban. Esto hacía, por un lado, que aumentase su participación en estos programas de Cirugía Mayor Ambulatoria y, por otro, que utilizaran su experiencia y su capacidad innovadora para aumentar las indicaciones y extender esta cirugía a otros procedimientos y a otros pacientes. Esta fue una de las razones por la que estos cirujanos se opusieron fuertemente al establecimiento de listas cerradas de operaciones para ser realizadas mediante Cirugía Mayor Ambulatoria.

En otro orden de cosas, las instituciones financiadoras, tanto públicas como privadas, detectaron rápidamente en la Cirugía Mayor Ambulatoria una manera de controlar los elevados gastos derivados de la hospitalización en cirugía, lo que determinó que estimularan por todos los medios su utilización. Por un lado, incentivaron económicamente de manera importante su realización y, por otro, establecieron una lista de procedimientos que debían efectuarse, necesaria y obligatoriamente, mediante Cirugía Mayor Ambulatoria para que fuesen atendidos económicamente.

## **DESARROLLO DE LA CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN EUROPA**

Los condicionantes socioeconómicos en Europa eran completamente diferentes a los de Estados Unidos, por lo que la evolución de la Cirugía Mayor Ambulatoria fue

mucho más lenta. La causa por la que este tipo de cirugía se implantó tan lentamente en Europa hay que buscarla, por un lado, en la apatía del personal médico y, por otro, en el poco entusiasmo mostrado por los gestores sanitarios debido a los altos costes iniciales necesarios para la construcción de las Unidades donde poder realizar este tipo de Cirugía Ambulatoria.

Como exponente de la implantación de la Cirugía Mayor Ambulatoria en Europa vamos a analizar las circunstancias que la rodearon en el Reino Unido.

En el Reino Unido el desarrollo de la Cirugía Ambulatoria se fomentó por la administración sanitaria, fundamentalmente para reducir las listas de espera en cirugía y también para paliar la escasez y la dificultad para conseguir personal de enfermería.

Hasta el año 1985 la Cirugía Mayor Ambulatoria no fue establecida y aprobada oficialmente por el [Royal College of Surgeons of England](#), como un elemento importante en el tratamiento quirúrgico, estimándose que, aproximadamente, el 50% de los actos quirúrgicos (dependiendo de las especialidades) podrían ser realizados mediante Cirugía Ambulatoria. Estableciéndose además una guía de recomendaciones que era reevaluada regularmente y que contenía un listado con las intervenciones quirúrgicas subsidiarias de ser realizadas ambulatoriamente.

El termino “[Cirugía Mayor Ambulatoria](#)” surge en 1986 con la publicación, por James E. Davis, de un libro con dicho título<sup>(9)</sup>. En 1990 se creó la [British Association of Day Surgery](#).

La forma de financiación de los hospitales por el Servicio Nacional de Salud, tampoco favorecía la rápida implantación de este tipo de cirugía es sus hospitales. Sin embargo desde la introducción, en abril de 1991, de mecanismos de mercado en el Sistema de Salud ingles, la Cirugía Mayor Ambulatoria se desarrolló mucho mas rápidamente.

En efecto, esta reforma consistía en establecer una situación de competencia entre los hospitales. Cada Administración Sanitaria de Distrito ([District Health Authorities](#)) operaba como “comprador” de servicios hospitalarios y establecería contratos con los hospitales teniendo en cuenta la relación calidad/precio. Así los ingresos económicos de los hospitales dependían directamente del volumen de prestaciones que negociasen con los Administraciones Sanitarias de Distrito.

Los hospitales eran pues incitados a proponer las actuaciones o prácticas mas eficientes. Además así podían obtener nuevos contratos gracias a las camas liberadas por la Cirugía Ambulatoria, consiguiéndose de esa manera otros ingresos complementarios.

Así, en el año 1994, ya se consiguió que el 22% de las intervenciones quirúrgicas se efectuaran en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria. Esta actividad se realizaba integrada en las estructuras hospitalarias tradicionales.

Por lo que respecta al estudio de la implantación y evolución de la Cirugía Mayor Ambulatoria en España, así como el análisis de su situación actual y de las perspectivas de futuro, se realizarán en un trabajo posterior.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Nicoll, J.H. 1909. The surgery of infance. Br Med J, 2:753-4.
2. Waters, R.M. The downtown anaesthesia clinic. 1919. Am J Surg, 39:371-73.
3. Hertzfeld, G. 1925. The radical cure of hernia in infants and young children. Edinburgh Med J, 32: 281.
4. Farquharson, E.L. 1955. Early ambulation with special reference to herniorraphy as an outpatient procedure. Lancet, 1:517-19.
5. Müller, R. 1956. Ambulatory flebectomy. Ther Umsch, 49:447-50.
6. Stephens, F.O. 1961. An organization for outpatients' surgery. Lancet, 1. 1042.
7. Cohen, D.D.; Dillon, J.B. 1966. Anesthesia for outpatient surgery. JAMA, 26:1114-16.
8. Ford, J.L.; Reeed, W.A. 1969. The surgicenter: an innovation in the delivery and cost of medical care. Arizona Medicine. 26:801-4.
9. Davis, J.E. Major Ambulatory Surgery. 1986. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins. ISBN10: 0683023411.

### **BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA**

- Alarcón López, A.; Tortosa Sánchez, J.; Ferri Romero, F. y col. 1997. Nuestra experiencia en cirugía mayor ambulatoria. Cir Esp, 61: 98-101.
- Davis, J.E. 1987. The future of major ambulatory surgery. Surg Clin N Amer, 67:893-901.
- Davis, J.E. 1993. Ambulatory surgery. How far can we go?. Surg Clin N Amer, 77:365-75.
- 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.

Parrilla Paricio, P.; Pellicer Franco, E. 1993. Cirugía mayor ambulatoria: ¿Una alternativa a la cirugía tradicional? Med Clin (Barc), 100 Supl 1:40-41.

Sierra Gil, E. 1992. Cirugía ambulatoria. ¿Una solución?. Med Clin (Bar), 98:579-81.

Sierra Gil, E. 1992. Las nuevas maneras en la cirugía actual. Cir Esp, 52: 167-8.

Sierra Gil, E. 1995. Cirugía ambulatoria y de corta estancia. ¿Cómo la hacemos?. Cir Esp, 58: 473-5.

Sierra Gil, E.; Colomer, J.; Piques, J. y col. 1992. Cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada en un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. Cir Esp, 52:255-60.

Recibido: 6 julio 2009.

Aceptado: 27 julio 2009.