



Artículo de Revisión

Cirugía mayor ambulatoria: antecedentes, evolución y logros

Major ambulatory surgery: history, evolution and achievements

Javier Cruz Rodríguez^{1*}. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7849-4050>

¹Hospital Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”, Santa Clara, Villa Clara, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: javiercruzr@infomed.sld.cu

RESUMEN

Fundamento: La cirugía mayor ambulatoria comprende los procedimientos o intervenciones mayores en los que, con anestesia general o regional y tras un tiempo variable de control y observación, el paciente regresa a su domicilio el mismo día de la intervención.

Objetivo: Exponer los antecedentes históricos de la cirugía mayor ambulatoria a nivel internacional y en Cuba.

Metodología: Se realizó una revisión sobre los antecedentes históricos de la cirugía mayor ambulatoria mediante la búsqueda bibliográfica en *Infomed*, en las bases de datos *Pubmed* y *SciELO*, así como en memorias de eventos científicos y tesis.

Resultados: Aunque la cirugía ambulatoria es la forma más antigua de cirugía que se conoce, desde el pasado siglo se ha popularizado y difundido y actualmente representa hasta el 80 % de la cirugía mayor electiva. En Cuba los primeros acercamientos a esta modalidad se realizaron a finales de la década de los 70 del pasado siglo con un desarrollo ascendente. Tanto a nivel internacional como en Cuba una parte de los profesionales de la salud han comprendido la necesidad de la cooperación entre los niveles primario y secundario de atención para esta actividad.

Conclusiones: La cirugía mayor ambulatoria se ha convertido en una modalidad quirúrgica imprescindible en la práctica asistencial cotidiana, que ha perdurado y se ha arraigado por las innegables ventajas que ofrece a todos los involucrados en el proceso de atención y que es perfectible sobre la base de postulados de colaboración entre los niveles de atención primario y secundario de salud.

DeCS: PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS AMBULATORIOS/historia.

Palabras clave: Cirugía mayor ambulatoria; historia de la cirugía; procedimientos quirúrgicos ambulatorios.

ABSTRACT

Background: Major ambulatory surgery includes procedures or major interventions in which, with general or regional anesthesia and after a variable time of monitoring and observation, the patient returns home the same day of the intervention.

Objective: To expose the historical background of major ambulatory surgery internationally and in Cuba.

Methodology: A review of the historical background of the major ambulatory surgery through the bibliographic searching in *Infomed*, *Pubmed* and *SciELO* databases, as well as in scientific event memories and theses was made.

Results: Although mayor ambulatory surgery is the oldest form of surgery known, since the last century it has become popular and widespread and it currently represents up to 80 % of elective major surgery. In Cuba the first approaches to this modality were made at the end of the 70s of the last century having an upward development. Both, internationally and in Cuba, the need for cooperation between the primary and secondary health care levels for this activity has been understood by health professionals.

Conclusions: Major ambulatory surgery has become an essential surgical modality in everyday health care practice, which has endured and grew up due to the undeniable advantages that it offers to all those involved in the care process and which is perfectible based on the collaborative postulates between primary and secondary health care levels.

MeSH: AMBULATORY SURGICAL PROCEDURES/history.

Keywords: Major ambulatory surgery; surgery history; ambulatory surgical procedures.

INTRODUCCIÓN

La cirugía mayor ambulatoria constituye un ejemplo de innovación tecnológica de proceso, mediante el cual se logra que en determinadas intervenciones quirúrgicas en pacientes seleccionados, e independientemente del tipo de anestesia utilizada, puedan acudir al hospital el día de la intervención programada y después de un período de recuperación corto, recibir el alta hospitalaria en las primeras horas del posoperatorio; el paciente regresa a su domicilio el mismo día que se realizó la intervención tras una vigilancia directa y repetida hasta el momento en que se cumplan los criterios de alta aceptados; ello permite, por tanto, prescindir de la ocupación de una cama para su ingreso. ⁽¹⁻⁶⁾ De este concepto se excluyen las intervenciones de gran simplicidad técnica que se realizan bajo anestesia local con alta inmediata sin período de vigilancia especial, las que reciben coloquialmente el adjetivo de "locales" o "ambulatorias" y que actualmente se engloban bajo el nombre de cirugía menor ambulatoria. ^(1,3,7)

El concepto de cirugía mayor ambulatoria es diferente al de CCE o de alta precoz al ser esta última aquella que constituye los programas de trabajo que resuelven afecciones que necesitan cirugía mayor con estancias entre uno y tres días. También el procedimiento realizado en un paciente con estadía menor de 24 horas y con pernoctación en el centro sanitario se considera CCE. ^(1-3,7) Esta también incluye intervenciones de mayor dificultad y duración superior a los 60 minutos, algunas con penetración intracavitaria en las que es recomendable un control directo en este centro, al menos la primera noche, especialmente en pacientes con enfermedades médicas concomitantes que pudieran descompensarse. ^(1,3,7)

En los últimos 25 años la cirugía mayor ambulatoria se ha convertido en una práctica muy corriente a nivel mundial. Se calcula que actualmente hasta el 75 % de las intervenciones electivas son ambulatorias ⁽⁸⁾ y que potencialmente se puede alcanzar el 80 %. ⁽¹⁾ La cirugía y la anestesia ambulatorias son en la actualidad actividades cotidianas en la mayoría de los hospitales cubanos. Actualmente se reporta que alcanzan el 55.3 % de la cirugía mayor a nivel nacional ⁽⁹⁾, no obstante, el propósito en Cuba es lograr entre 65-75 % en cirugía mayor ambulatoria y CCE. ⁽¹⁰⁾

Con el presente trabajo se pretende exponer los antecedentes históricos de la cirugía mayor ambulatoria a nivel internacional y en Cuba.

DESARROLLO

Se hizo una revisión de la bibliografía local, nacional e internacional más actualizada disponible sobre esta temática. Realizamos una búsqueda bibliográfica en Infomed, en las bases de datos PUBMED y SCIELO, así como en memorias de eventos científicos y tesis. En total se utilizaron 75 artículos, la mayoría en idioma español, los que permitieron efectuar un acercamiento a los antecedentes históricos de la cirugía mayor ambulatoria y la cirugía con corta estadía.

A la cirugía mayor ambulatoria se ha denominado de diferentes maneras: "cirugía ambulatoria", "cirugía sin ingreso", "cirugía de un día", "cirugía de pacientes externos", "cirugía en el mismo día" y "cirugía de alta precoz". Este último se ha utilizado también para denominar a la CCE. Ante este dilema se considera que la cirugía mayor ambulatoria y la CCE responden a una misma forma de pensar, donde la cirugía mayor ambulatoria representa la fase final del proceso de acortamiento de la estancia hospitalaria. ⁽¹⁾ En esta obra el autor utiliza solo estos dos términos por considerarlos de mayor adecuación.

Tal ha sido el desarrollo experimentado por la cirugía mayor ambulatoria, que desde hace varios años se ha introducido el término cirugía de alta resolución, conocido en la literatura anglosajona como *one day surgery*, *u one stop surgery* y definido como la realización del reconocimiento

quirúrgico, la evaluación preanestésica y la subsiguiente intervención quirúrgica en una única visita hospitalaria. ^(11,12) A pesar del desarrollo alcanzado en la práctica de la cirugía mayor ambulatoria, es preciso reconocer que la operación del paciente por el método ambulatorio es, en realidad, la forma más antigua de cirugía que se conoce. El ser humano aprendió a operar a sus semejantes antes de saber escribir o dejar registro de sus operaciones. Durante siglos, los hombres han ayudado a otros mediante la intervención quirúrgica, mucho antes de que aparecieran los hospitales como instituciones importantes en la sociedad. En los últimos siglos, conforme se desarrollaron los hospitales, casi toda la cirugía se trasladó al medio hospitalario. ⁽¹⁾ Sin embargo, durante el siglo XX se hicieron repetidos intentos por volver a popularizar y difundir las ventajas de dar el alta a los pacientes el propio día de la operación.

Los orígenes de la cirugía mayor ambulatoria moderna se remontan a principios del siglo XX, cuando James Nicoll, cirujano pediátrico escocés, publicó su experiencia de 10 años iniciada en 1899 con una casuística de 8988 niños intervenidos exitosamente en régimen ambulatorio en el *Glasgow Royal Hospital For Sick Children*. ^(1,2,4,7,13,14) 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 sobre la práctica quirúrgica de esa época fue mínimo. ^(4,7) También en ese propio año E. Reis exaltó las bondades de la movilización temprana del paciente intervenido quirúrgicamente sin evidenciarse un aumento de la morbilidad. ⁽¹⁵⁾

En 1919, el anestesiólogo y uno de los fundadores de la Academia Americana de Anestesiología, Ralph M. Walters inauguró su clínica de anestesia ambulatoria en la ciudad de Xionflowa, clínica reconocida como protocolo tipo de la cirugía mayor ambulatoria. ^(1,7) Esta clínica no tenía vinculación hospitalaria y en ella se realizaba cirugía menor y estomatológica. ⁽⁷⁾ En 1925, Hertzfeld publicó su satisfactoria experiencia con más de 1000 niños a los que se les realizó una herniorrafia con anestesia general. ⁽⁴⁾

En 1946 el canadiense Earle Shouldice, al aplicar anestesia local e incitar a sus pacientes a la deambulacion precoz, rompió con esquemas tradicionales sin afectar la calidad de la técnica quirúrgica. Con la aplicación de la técnica de Shouldice la cirugía ambulatoria recibió un verdadero impulso. ⁽²⁾

En 1955 Eric Farquharson, cirujano del Royal Infirmary de Edimburgo (Escocia), publicó en la revista *Lancet* una serie de 485 pacientes adultos intervenidos por presentar hernia inguinal, con traslado a su domicilio inmediatamente después de la cirugía. En su trabajo recomienda la deambulacion precoz y además define y analiza los argumentos en que se basó para realizar el tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal de manera ambulatoria. Es de destacar que este trabajo se publicó en una época en que, en el Reino Unido, la estancia media hospitalaria para una hernia inguinal era de 10 días. ^(2,4,7) En el año 1956 R. Müller describió un sistema ambulatorio para la realización de la flebectomía. ⁽⁴⁾ En 1961 Stephens diseñó por primera vez una organización de cirugía para pacientes no hospitalizados. ⁽⁴⁾ En ese propio año se inició la era moderna de la cirugía ambulatoria, cuando se presentó el primer programa de intervenciones ambulatorias en el Butterworth Hospital de Grand Rapids (Michigan, Estados Unidos). ^(16,17) Al año siguiente se produjo la apertura de una unidad semejante en la Universidad de California, por los anestesiólogos David B. Cohen y John Dillon quienes consideraron que la práctica quirúrgica ambulatoria sería por completo segura si se llevaba a cabo con seriedad y bajo controles estrictos por parte del anestesiólogo y el cirujano. ⁽¹⁷⁾

En los Estados Unidos comenzó a desarrollarse una actividad creciente en este campo mediante la creación de un gran número de centros dedicados a la cirugía mayor ambulatoria montados sobre la base de los sistemas de seguros de salud privados y bajo un criterio de rentabilidad económica. A principios de 1970 se inauguró el Surgycenter en Phoenix (Arizona, Estados Unidos) considerada como la primera unidad de cirugía mayor ambulatoria independiente de un centro asistencial. Se considera que este suceso ha representado el máximo estímulo para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria. Planeada, construida y administrada por los anestesiólogos Wallace Reed y John Ford era una unidad independiente y por completo autosuficiente. ^(1,4,17-19)

En 1973 la *American Medical Association* recomendó que los hospitales fuesen diseñados, organizados y equipados para realizar el mayor número de procedimientos quirúrgicos, sin requerir la hospitalización de los pacientes. En 1974 se creó la *Federated Ambulatory Surgery Association* y en 1984 la *Society for Ambulatory Anesthesia*.^(4,7) El rápido crecimiento de la cirugía mayor ambulatoria en Estados Unidos y en algunos países europeos, sobre todo en el Reino Unido, en los años ochenta fue uno de los fenómenos más llamativos de la medicina moderna. El término “cirugía mayor ambulatoria” surgió en 1986 con la publicación de un libro con ese título del autor James E. Davis, profesor de cirugía en Carolina del Norte.^(4,7,18)

En Europa, con un sistema de salud mayoritariamente público, debieron pasar todavía algunos años para que el concepto se instalara definitivamente. En España la instauración de la cirugía mayor ambulatoria ocurrió de forma lenta y progresiva, movido principalmente por inquietudes personales aisladas.⁽¹⁵⁾ No fue hasta principios de los años noventa que se empezó a practicar en unidades diferenciadas multidisciplinarias, basado en el diseño organizativo anglosajón.⁽¹⁾

En 1985 la cirugía mayor ambulatoria se aprobó oficialmente en Inglaterra por el *Royal College of Surgeons of England*, como un elemento importante en el tratamiento quirúrgico al estimar que el 50 % de los actos quirúrgicos (en dependencia de las especialidades) podría ser realizado mediante cirugía ambulatoria. En 1990 se creó la *British Association of Day Surgery*⁽⁴⁾ y en 1995 se fundó en Bruselas la *International Association for Ambulatory Surgery* (IAAS).^(7,19)

En Cuba data del año 1979 el primer acercamiento a esta temática según la búsqueda bibliográfica realizada por el autor de esta obra. La publicación se encuentra en la Revista Cubana de Cirugía y tiene por título “Alta precoz: sus ventajas sociales y sobre los indicadores hospitalarios” en la que Águila⁽²⁰⁾ expone los resultados del trabajo en el Hospital “Enrique Cabrera” en pacientes que, como caracterizó, no presentaban afecciones quirúrgicas de gran envergadura, pero sí requerían de hospitalización. Los pacientes seleccionados tenían diagnósticos de enfermedades herniarias, nódulos benignos de las mamas, rectocistocele, quiste tirogloso, fístula pilonidal y varicocele. Se planteó que no se les realizó seguimiento domiciliario a todos los pacientes por la poca gravedad de su enfermedad.

La cirugía mayor ambulatoria se comenzó a aplicar en 1983 en el hospital “Hermanos Ameijeiras” de La Habana y paulatinamente se fue extendiendo por todo el país.^(14,16,21) En 1990 Villasana⁽²²⁾ publicó su investigación realizada en los hospitales “Santo Suárez” y “General Calixto García” de la capital cubana, en 90 pacientes intervenidos quirúrgicamente por presentar enfermedad pilonidal los que residían en áreas de salud cercanas a estas instituciones. También en ese año Roque⁽²³⁾ en su trabajo “Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bajo anestesia local” expuso que el seguimiento posoperatorio de los pacientes se realizó en coordinación con el médico de la familia, aunque no todos los pacientes intervenidos contaban con este en la comunidad.

El primer trabajo hallado por el autor de esta tesis, en el que aparece reflejado el conocimiento previo de la intervención quirúrgica por el médico de la familia data de 1991 y se encuentra publicado por Mederos⁽²⁴⁾ en la Revista Cubana de Medicina General Integral con el título “Cirugía mayor ambulatoria en coordinación con el médico de la familia. Estudio de 254 enfermos”. En el propio número de esa revista aparece el artículo de Cabrera⁽²⁵⁾ titulado “Cirugía mayor ambulatoria. Estudio de satisfacción de los pacientes”; este es el primero en el que se presta atención exclusiva a este aspecto, según las pesquisas realizadas por el autor de esta investigación.

Inicialmente la cirugía mayor ambulatoria y la CCE fueron desarrolladas en pacientes intervenidos de forma electiva y con enfermedades muy puntuales; no obstante, la experiencia acumulada ha acrecentado el entusiasmo en médicos y pacientes, que condujo la ampliación de sus indicaciones y a la incorporación de pacientes intervenidos de urgencia.⁽¹⁾ Aunque las fuerzas promotoras del cambio de la actividad quirúrgica con ingreso al régimen ambulatorio han sido fundamentalmente económicas al reducir los costos hospitalarios entre un 25-68 %^(7,26,27), es indudable que ofrecen una serie de ventajas al paciente que hacen posible que se popularicen y difundan con mayor rapidez.

Las ventajas derivadas de la cirugía mayor ambulatoria han sido abordadas por múltiples autores y consisten en: acortamiento del tiempo en lista de espera (no se condiciona la intervención a la disponibilidad de plazas de hospitalización vacantes); aumento de la disponibilidad de camas hospitalarias para hacer frente a otros tipos de demandas sanitarias; disminución del riesgo de infección nosocomial y ansiedad en el paciente; incorporación más rápida del paciente al medio familiar, laboral y social y su atención más personalizada (frecuentemente el mismo cirujano realiza el examen preoperatorio, la intervención y el seguimiento) redundando en una mayor confianza y satisfacción del paciente con el proceso; contribuye a una mayor motivación profesional y satisfacción por el resultado final del producto sanitario que se ofrece en la que se reduce el gasto sanitario (por el menor coste de la intervención ambulatoria respecto a sus equivalentes convencionales) y de los usuarios. ^(1,2,5-7,19,20)

A pesar de las importantes ventajas referidas, se han descrito como desventajas la posibilidad de incumplimiento (por parte del paciente) de las indicaciones preoperatorias, la necesidad de contar con un medio de transporte para su traslado, la imposibilidad de atenderlo correctamente en el domicilio y la aversión de algunos pacientes y algunos médicos al método. ^(1,7,28,29)

La cirugía mayor ambulatoria ha de realizarse en un espacio específicamente diseñado para ello, que se denomina unidad de cirugía mayor ambulatoria (UCMA) o unidad de cirugía sin ingreso (UCSI). Solo así se pueden cumplir los objetivos de la cirugía mayor ambulatoria de aumentar la capacidad resolutive y la comodidad de los pacientes, al contar con quirófanos y circuitos especiales, protocolos y dinámica específicos y personal entrenado. ⁽¹⁾ Estas unidades, según sus tipos de organizaciones funcionales, fundamentalmente se clasifican como: unidad integrada y controlada por el establecimiento de salud con internación, unidad autónoma controlada por el establecimiento de salud con internación, unidad satélite del establecimiento de salud con internación y como unidad independiente. ^(1,7,28,29-32) La unidad integrada y controlada por el establecimiento de salud con internación utiliza los mismos quirófanos y salas de recuperación que los pacientes internados y ella forma parte del departamento o servicio de cirugía del establecimiento; la unidad autónoma controlada por el establecimiento de salud con internación es funcionalmente independiente dentro del establecimiento, su único objetivo es el paciente ambulatorio, dispone de estructura, personal y circuitos externos propios, es favorecida por su autonomía; la unidad satélite del establecimiento de salud con internación pertenece orgánicamente al establecimiento de salud con internación, está conducida por este pero alejada físicamente, es útil para extender el área de influencia de un establecimiento y acercar al paciente, así como los recursos quirúrgicos de bajo y mediano nivel de resolución del riesgo; la unidad independiente es aquella que funciona en establecimientos de salud sin internación y depende del organismo privado que la crea.

Existen otras formas organizativas y de gestión que permiten aumentar la variedad de servicios en cirugía mayor ambulatoria al incorporar procesos más complejos que pueden requerir estancias hospitalarias (que incluyen pernoctación). Estas son las unidades de cirugía mayor ambulatoria con recuperación prolongada, en las que se dispone de recursos para atender pacientes que permanecen menos de 24 horas en el centro asistencial, lo que contribuye a prolongar las sesiones quirúrgicas vespertinas sin temor al ingreso hospitalario del paciente o la suspensión de la última intervención por falta de tiempo. También se han planteado programas complementarios de CCE para aumentar la complejidad de los procesos que pueden ser atendidos en las unidades de cirugía mayor ambulatoria autónomas. ⁽⁷⁾

En los últimos años se ha incrementado el número de unidades de cirugía mayor ambulatoria debido a las ventajas que ofrecen concernientes a mayor productividad, menores costos y mayor comodidad ^(33,34), particularmente en Estados Unidos, Canadá, Inglaterra y Australia. ⁽³⁵⁾ Cuba no se ha mantenido al margen de tales experiencias; en sentido general existen las unidades integradas y controladas por el hospital y las autónomas controladas por el establecimiento de salud con internación. Además se cuenta con un centro asistencial, tipo unidad satélite, que comenzó a prestar servicios en el año 2009 en Cienfuegos denominado Centro Especializado Ambulatorio (CEA) "Héroes de Playa Girón", primero con esa forma organizativa en el país, lo que aumentó la capacidad quirúrgica de ese territorio central con una disminución de la carga asistencial del Hospital Provincial

Gustavo Aldereguía Lima. La referida unidad cuenta con nueve salones de operaciones, seis para cirugía mayor y tres para cirugía menor, con capacidad para realizar 10000 intervenciones al año. Presta servicios de quimioterapia, diálisis y hemodiálisis, la rehabilitación de enfermedades subagudas y traumas aunque la atención básica del centro es la cirugía ambulatoria. ^(36,37) En los cinco primeros años de su funcionamiento ya la cifra de intervenciones mayores superaba las 24000. ⁽³⁸⁾ El autor de esta obra considera que el diseño de unidades como esta en todas las provincias (fundamentalmente en las cabeceras provinciales y localidades con mayores densidades de población) contribuiría a estimular más el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y CCE en las actividades asistencial, docente e investigativa.

Es de destacar también que el empleo de las tecnologías de la información y las comunicaciones (TIC) se ha hecho patente en la cirugía mayor ambulatoria. En el estudio de Martínez ⁽³⁹⁾ se expone su utilización, en este caso con mensajes de texto para el manejo preoperatorio de los pacientes en los que se explican variaciones preoperatorias en su terapéutica habitual o la indicación de alguna acción nueva. Alcaraz ⁽⁴⁰⁾ muestra su experiencia con el seguimiento telefónico posoperatorio efectuado por enfermería durante las primeras 24-48 horas. Otros autores coinciden en la realización de la llamada de control telefónico posoperatorio preferentemente durante las primeras 24 horas. ^(41,42)

Asimismo, Bustos ⁽⁴³⁾ afirma que en el 68.4 % de las unidades de cirugía mayor ambulatoria se confirma la intervención del paciente mediante una llamada telefónica 24 horas antes de la cirugía y en el 71.1 % se realizan llamadas telefónicas de seguimiento posoperatorio. Arance ⁽⁴⁴⁾ informa en su trabajo sobre la creación de aplicaciones informáticas (App de Salud Responde y App cirugía mayor ambulatoria) para el Servicio Andaluz de Salud, las que favorecen la comunicación preoperatoria y posoperatoria.

Aunque inicialmente en las unidades de salud en las que se realizaba cirugía mayor ambulatoria se asumían todo el control del circuito del paciente (desde la selección hasta el alta definitiva), en los últimos años se ha reorientado esta actividad de tal forma que ya se plantea la necesidad de la coordinación entre los profesionales de esos centros y los del nivel primario de atención. ^(45,46) Al respecto, en Cuba, la importancia y la actualidad de este tema fueron reconocidas por la Sociedad Cubana de Cirugía en el XII Congreso cubano de cirugía y *Simposium* regional de la Federación Latinoamericana de Cirugía, celebrados en 2013, al declararse como temática central: "Por mayor vinculación de la cirugía a la atención primaria." ^(47,48)

El autor de este artículo estima que esta necesaria unificación facilita la coordinación entre los niveles asistenciales, con lo que se cumple la premisa de colocar al paciente en el centro del proceso de atención, se contribuye con la optimización de los recursos, al incremento de la calidad intrínseca del proceso de atención, así como al de la satisfacción y calidad percibida por pacientes, familiares, prestadores de la asistencia y administrativos. El éxito en esta colaboración dependerá, en gran medida, del respeto y la confianza entre las partes involucradas y la amplia y correcta comunicación que se establezca entre los profesionales de los niveles primario y secundario.

Encaminar el trabajo asistencial en esa dirección es una iniciativa que ya se ha considerado como el paradigma de futuro en el funcionamiento de la cirugía mayor ambulatoria eficiente en la que ha de producirse la absoluta integración de la atención primaria en la cirugía mayor ambulatoria hasta controlar el flujo del circuito íntegramente, ya que es en la atención primaria donde se inicia (con la derivación del paciente) y es allí donde culmina (con el alta). ⁽⁴⁹⁾

En opinión del autor estas premisas son claves también para perfeccionar el proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y CCE en el contexto cubano ya que se cuenta con un Sistema Nacional de Salud único, gratuito, accesible, con cobertura universal, basado en la APS, respaldado por la permanente voluntad política del Estado de priorizar el sector y también favorecido por el alto nivel educativo de la población cubana la que, en general, posee en una elevada educación sanitaria.

La experiencia personal del autor de este trabajo le permite asegurar que esta integración no solo es necesaria, sino factible. Hace más de ocho años que en la ciudad Santa Clara un equipo de investigadores nos enrolamos en el proyecto “Modelo para el perfeccionamiento asistencial en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía” aprobado por el Hospital Clínico-Quirúrgico “Arnaldo Milián Castro”. Como resultados de ese proyecto se aportaron tres propuestas encaminadas a la integración entre los niveles primario y secundario de atención para el perfeccionamiento del proceso de atención al paciente en cirugía mayor ambulatoria y CCE. Las propuestas consistieron en un modelo teórico-asistencial, un manual de organización y procedimientos y un modelo de historia clínica dirigido a este tipo de actividad. Se obtuvieron evaluaciones favorables en su calidad, pertinencia y posibilidades de implementación y su aplicación experimental ha mostrado experiencias satisfactorias.

CONCLUSIONES

Se evidencia el desarrollo alcanzado en la cirugía mayor ambulatoria que ha llegado a convertirse en una modalidad quirúrgica imprescindible en la práctica asistencial cotidiana, han perdurado y se ha arraigado por las innegables ventajas que ofrece a todos los involucrados en el proceso de atención y que es perfectible sobre la base de postulados de colaboración entre los niveles de atención primario y secundario de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vasallo Hernández N, Vásquez Clavelo Y, Cruz Rodríguez J, Fernández Cabrera C, Cruz La Rosa A, García Bermúdez L. Cirugía mayor ambulatoria. Rev. electrón. PortalesMédicos.com [Internet]. 2015 [citado 15 Jun 2018];10(11): [aprox.7p.]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/cirugia-mayor-ambulatoria/>
2. Reyes Pérez AD. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía. Rev. habanera cienc. méd. [Internet]. 2015 [citado 15 Jun 2018];14(3):373-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v14n3/rhcm14315.pdf>
3. Vásquez Clavelo Y, Cruz Rodríguez J, Zurbano Fernández J, Vasallo Hernández N, Fernández Cabrera C, Cruz La Rosa A. Evaluación de la calidad en cirugía mayor ambulatoria y cirugía de corta estadía. Rev. electrón. PortalesMédicos.com [Internet]. 2015 [citado 20 Nov 2017];10(19):[aprox.4p.]. Disponible en: <https://www.revista-portalesmedicos.com/revista-medica/calidad-en-cirugia-mayor-ambulatoria/>
4. Martínez-Ramos C. Cirugía Mayor Ambulatoria. Concepto y Evolución. Reduca [Internet]. 2009 [citado 16 Nov 2016];1(1):294-304. Disponible en: <http://www.revistareduca.es/index.php/reduca/article/view/61/91>
5. Nazar C, Zamora MG, González AA. Cirugía ambulatoria: selección de pacientes y procedimientos quirúrgicos. Rev Chil Cir [Internet]. 2015 [citado 20 Feb 2016];67(2):207-13. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rhccir/v67n2/art17.pdf>
6. Brahin FA, Álvarez VM, Martín PA. Cirugía mayor ambulatoria. Rev. Arg. Res. Cir [Internet]. 2016; [citado 20 Feb 2016];Rel. Of.:21-37. Disponible en: <https://docplayer.es/49080614-Rev-arg-res-cir-2016-rel-of-1-4.html>
7. Verdeguer Ribes S. Predicción del estado domiciliario postoperatorio en cirugía mayor ambulatoria. [tesis doctoral internet]. Valencia: Universidad de Valencia-Facultad de Medicina Odontología; 2015. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <https://docplayer.es/15641656-Tesis-doctoral-prediccion-del-estado-domiciliario-postoperatorio-en-cirugia-mayor-ambulatoria.html>
8. Neumayer L, Vargo D. Principios de cirugía preoperatoria y operatoria. En: Townsend CM, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL. Sabiston. Tratado de Cirugía. 19na ed. Barcelona: Elsevier; 2013. p. 211-39.
9. Cuba. Minsap. Anuario estadístico de salud 2017 [Internet]. La Habana: Ministerio de Salud Pública; 2018. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://files.sld.cu/dne/files/2018/04/Anuario-Electronico-Espa%C3%B1ol-2017-ed-2018.pdf>
10. González AM. Cirugía ambulatoria y de corta estadía. Periódico Trabajadores. [18 Mar 2013]; p.5.
11. Feijoo Cano C. Técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento ambulatorio de várices. [tesis doctoral internet]. Zaragoza: Universidad de Zaragoza; 2016. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <https://zagan.unizar.es/record/47441/files/TESIS-2016-043.pdf>
12. Ramos Martín MP, Harto González J, Ávila Alarcón IR, Benito Persona MA. Programa de alta resolución de la hernia inguinal dentro de una unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb [Internet]. 2014 [citado 25 Oct 2018];19(Suppl.1). Disponible en: <http://www.simposioasecma2014.com/revistacomunicacionesyponencias/VOLUMEN%2019%20SUP%201%20OCTUBRE%202014.pdf>
13. Reyes Díaz ML, Naranjo Fernández JR, Domínguez Amodeo A, Valera Sánchez Z, Curado Soriano A, Navarrete de Cárcer E, et al. Reparación herniaria mediante abordaje laparoscópico totalmente extraperitoneal en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria: ¿Avanzamos hacia el futuro? Rev Port Cir [Internet]. 2014 [citado 20 Feb 2016];(30):13-8. Disponible en: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpc/n30/n30a04.pdf>
14. Cruz Rodríguez J. Un programa para la cirugía mayor ambulatoria. Medicentro Electrónica [Internet]. 2016 [citado 25 Oct 2016];20(3):243-5. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v20n3/mdc16316.pdf>
15. Baratas de las Heras MA. La cirugía ambulatoria en un hospital público del grupo 5: aspectos organizativos, económicos y de gestión de lista de espera quirúrgica. [tesis doctoral]. Madrid: Universidad Complutense; 2010. [citado 18 Mar 2019]. Disponible en: <https://eprints.ucm.es/9820/1/T31482.pdf>

16. Cruz Rodríguez J, Reyes Pérez AD, Zurbano Fernández J. Cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía: necesaria coordinación entre los niveles primario y secundario de salud. *Medicent Electrón* [Internet]. 2015 [citado 25 Oct 2016];19(2):128-31. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mdc/v19n2/mdc16215.pdf>
17. Valderrama Gutiérrez MR. Complicaciones en pacientes postoperados de apendicectomía con manejo ambulatorio en el Hospital General de Ecatepec Las Américas. [tesis de especialidad en Cirugía General Internet]. México: Universidad Autónoma del estado de México; 2014. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/14927?show=full>
18. Santos Alvarado CD. Complicaciones por tipos de cirugías ambulatorias en el hospital Abel Gilbert Pontón año 2013-2014. [tesis optar el título de médico internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10963/1/TESIS%20CARLOS%20DARIO%20SANTOS%20ALVARADO.pdf>
19. Capitán Valvey JM, González Vinagre S, Barreiro Morandeira F. Cirugía mayor ambulatoria: dónde estamos y dónde vamos. *Cir Esp* [Internet]. 2018 [citado 20;96(1):1-2. [citado 22 Dic 2018]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-pdf-S0009739X17301070>
20. Águila González A, Aymerich del Valle E, Torres Hernández CM. Alta precoz: sus ventajas sociales y sobre los indicadores hospitalarios. *Rev Cubana Cir.* 1979;18(3):179-81.
21. Cruz Rodríguez J. Cirugía mayor ambulatoria e integración con el nivel primario de atención: una mirada desde Cuba. *Cir May Amb* [Internet]. 2019 [citado 6 Abr 2020];24(1):33-4. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/08_24_1_CD_Cruz.pdf
22. Villasana Roldos LE, Rivera Aragón E. Tratamiento quirúrgico ambulatorio de la enfermedad pilonidal. *Rev Cubana Cir.* 1990;29(2):309-13.
23. Roque Acosta PP, García Capote ME, Collado Canto E, Torres R. Cirugía ambulatoria de la hernia inguinal bajo anestesia local. *Rev Cubana Cir.* 1990;29(3):493-502.
24. Mederos Curbelo ON, Pargas López A, Ruiz Barrionuevo J, Gutiérrez Rojas A, Peraza Santiago E, Gerardo del Castillo A. Cirugía mayor ambulatoria en coordinación con el médico de la familia: estudio de 254 enfermos. *Rev Cubana Med Gen Integr* [Internet]. 1991 [citado 25 Oct 2016];7(3):243-7. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-100471?lang=pt>
25. Cabrera Martín R, Zamora Santana O, Domínguez Lanuza JC, Alonso González E, Cabrera Espinoza JC, de Cárdenas F. Cirugía mayor ambulatoria. Estado de satisfacción de los pacientes. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1991;7(3):248-50.
26. Docobo Durántez F, Arjona Sánchez JL. La colecistectomía laparoscópica ambulatoria es un procedimiento coste-efectivo en comparación con la colecistectomía laparoscópica con ingreso. *Cir May Amb* [Internet]. 2014 [citado 25 Oct 2016];19(Suppl.1). Disponible en: <http://www.simposioasecma2014.com/revistacomunicacionesyponencias/VOLUMEN%2019%20SUP%201%20OCTUBRE%202014.pdf>
27. Recart A. Cirugía mayor ambulatoria. Una nueva forma de entender la medicina quirúrgica. *Rev Med Clin Las Condes* [Internet]. 2017 [citado 29 Oct 2018];28(5):682-90. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-cirugia-mayor-ambulatoria-una-nueva-S0716864017301256>
28. Santos Alvarado CD. Complicaciones por tipos de cirugías ambulatorias en el hospital Abel Gilbert Pontón año 2013-2024. [tesis de grado optar por el título médico internet]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2015. [citado 20 Feb 2016]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/10963/1/TESIS%20CARLOS%20DARIO%20SANTOS%20ALVARADO.pdf>
29. Skues M, Jackson I. Ten year performance of Ambulatory Surgery in England. *Cir May Amb* [Internet]. 2018 [cited 2018 Dec 22];23(1):23-7. Available from: https://www.iaas-med.com/files/Journal/24.1/24_1_SKUES_revised.pdf
30. Cruz Rodríguez J. Guía de organización y procedimientos para el desarrollo de la cirugía mayor ambulatoria y de corta estadía en coordinación con el equipo de la Atención Primaria de Salud. *Medisur* [Internet]. 2015 [citado 25 Oct 2018];13(5):682-707. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ms/v13n5/ms16513.pdf>

31. González A, de la Fuente N, del Río E, Zamora M, Nazar C. Cómo planificar, diseñar y organizar un centro de cirugía ambulatoria. Rev Chil Cir [Internet]. 2016 [citado 20 Feb 2018];68(4):328-38. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcir/v68n4/art11.pdf>
32. Hollenbeck BK, Dunn RL, Suskind AM, Strobe SA, Zhang Y, Hollingsworth JM. Ambulatory Surgery Centers and Their Intended Effects on Outpatient Surgery. Health Serv Res [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 25];50(5):1491-507. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4600358/>
33. Hernández-Avendaño V, Jiménez-López M, Salazar-Lozano CR. Cirugía mayor ambulatoria: una opción real. Estudio de costo-beneficio en una unidad de segundo nivel. Rev Esp Méd Quir [Internet]. 2017 [citado 25 Oct 2018];22:95-103. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2017/rmq173b.pdf>
34. Rodríguez-Padilla Á, González-Benjumea P, Morales-Martín G, Escobedo-Suárez I, Utrera-González A, Balongo-García R. Abordaje laparoscópico de la hernia inguinal en unidad de cirugía mayor ambulatoria. Cirugía Andaluza [Internet]. 2017 [citado 25 Oct 2018];28(3):101-5. Disponible en: <https://www.asacirujanos.com/revista/2017/28/3/02>
35. Falcón Hernández A, Navarro Machado VR, Molina Lois RM, Morejón Barroso O, Araña Hernández Y, Reyes Cabrera H. Primer Centro Especializado Ambulatorio en Cuba y sus resultados en tres años de trabajo. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2015 [citado 25 Oct 2018];41(1):130-8. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v41n1/spu11115.pdf>
36. Alomá Díaz D, Falcón Hernández A, Molina Lois M, Navarro Machado VR. Cumplimiento de los estándares de diseño y construcción de hospitales seguros en el primer centro especializado ambulatorio en Cuba. Actas de la Convención Internacional de Salud "Cuba Salud 2015" en abril 20-24 [Internet]. La Habana: Palacio de las Convenciones; 2015. [citado 25 Oct 2018] Disponible en: <http://www.convencionsalud2015.sld.cu/index.php/convencionsalud/2015/paper/view/739/296>
37. Martínez Molina J. Cinco años de cirugía electiva ambulatoria. Periódico Granma. 2014 Sep 8;Secc. Nacionales.
38. Martínez MA, Rodríguez Martín A, Beltrán González MG, Sauque Puig E. Tecnologías de la información y comunicación en la consulta preanestésica en cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb [Internet]. 2016 [citado 25 Oct 2018];21(2):77. Disponible en: <http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/Enfermer%c3%ada.pdf>
39. Alcaraz Busqueta F, Masip Barrafon M. Informatización del seguimiento postoperatorio de enfermería en C.M.A. Cir May Amb [Internet]. 2014 [citado 25 Oct 2018];19(Suppl.1).Disponible en: <http://www.simposioasecma2014.com/revistacomunicacionesyponencias/VOLUMEN%2019%20SUP%201%20OCTUBRE%202014.pdf>
40. Pérez Irache I, de la Hera Pérez G, Barcelona Asensio P, Luengo Beltrán MA, Jiménez Salas B, Jiménez Bernadó A. Estudio transversal de las complicaciones postoperatorias detectadas mediante contacto telefónico en pacientes intervenidos en una Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir May Amb [Internet]. 2015 [citado 25 Oct 2018];20(4):155-9. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/04_20_4_OR_Perez.pdf
41. Esteban Sánchez JL. Seguimiento postoperatorio del paciente. Cir May Amb [Internet]. 2018 [citado 25 Oct 2018];23(2):52-5. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/02_2_Ponencias_2.pdf
42. Prat Borrás I, Torra Feixas MJ. Evaluación del protocolo de cirugía del pie en el servicio de CMA. Un año de funcionamiento (cirugía mayor ambulatoria). Cir May Amb [Internet]. 2018 [citado 25 Oct 2018];23(2):130-1. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/02_2_Ponencias_2.pdf
43. Bustos Molina F. Estudio piloto de Directorio de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria. Cir May Amb [Internet]. 2015 [citado 25 Oct 2018];20(4):141-54. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/03_20_4_OR_bustos.pdf
44. Arance García M. Seguimiento postoperatorio "on line", una realidad en CMA. Cir May Amb [Internet]. 2017 [citado 25 Oct 2018];22(1):1-2. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/Editorial_4.pdf
45. Sánchez Fornelino P. Evolución enfermera en las unidades de CMA, 25 años después: función gestora. Cir May Amb [Internet]. 2014 [citado 25 Oct 2016];19(Suppl.1). Disponible

en:

<http://www.simposioasecma2014.com/revistacomunicacionesyponencias/VOLUMEN%2019%20SUP%201%20OCTUBRE%202014.pdf>

46. Cagigas JC, Ruíz Álvarez P, Cagigas-Roecker P, Gutiérrez Calero E, Ochoa M, Lavín CR. Auditoría de la CMA en los procesos quirúrgicos de las áreas III y IV de la Comunidad Autónoma de Cantabria. *Cir May Amb* [Internet]. 2018 [citado 22 Dic 2018];23(1):34-43. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/08_23_1_AE_Cagigas%202.pdf
47. Menéndez Dávila M. Cirugía criolla de nivel mundial. *Periódico Juventud Rebelde*. 2013 Mar 6;Secc. Nacionales.
48. De la Osa JA. Inaugurado congreso de Cirugía. *Periódico Granma*. 2013 Mar 6;Secc. Nacionales.
49. Andrés Lozano R, Paricio Talayero JM. Papel primordial de la Atención Primaria en la ordenación de la Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb* [Internet]. 2017 [citado 22 Dic 2018];22(4):178-9. Disponible en: http://www.asecma.org/Documentos/Articulos/02_22_4_Editorial1.pdf

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés en esta investigación.

Recibido: 05/11/19

Aprobado: 27/02/20



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)