

# CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: NUESTRA EXPERIENCIA

J. JIMÉNEZ CALVO, O. RAIGOSO ORTEGA\*, M. PINOS PAUL,  
J. JIMÉNEZ ARISTU, A. DE PABLO CÁRDENAS, F. LOZANO URUÑUELA,  
M. RUIZ RAMO, M. MONTESINO SEMPER, A. RIVAS ALONSO,  
A. SANTIAGO GONZÁLEZ DE GARIBAY, M. SALVADOR BRAVO\*

*Servicio de Urología. \*Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital Virgen del Camino. Pamplona (Navarra).*

**PALABRAS CLAVE:**

Cirugía mayor ambulatoria. Urología.

**KEY WORDS:**

Ambulatory major surgery. Urology.

Actas Urol Esp. 26 (6): 384-391, 2002

## **RESUMEN**

**INTRODUCCIÓN:** La primera Unidad de Cirugía sin Ingreso se creó en 1990 en el hospital de Villadecans, aunque ya en 1982 Polo y cols., comenzaron un programa de intervenciones estrictamente ambulatorias. Los servicios de Urología españoles se van incorporando poco a poco a este nuevo estilo de trabajo y de momento con excelentes resultados.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Realizamos una descripción del funcionamiento de nuestro servicio dentro de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) y un análisis descriptivo de nuestra actividad en dicha unidad desde febrero de 2000 (fecha de creación) hasta mayo de 2001.

**RESULTADOS:** Se intervienen a 118 pacientes. Siendo 15% mujeres y el 85% hombres. Las intervenciones realizadas más frecuentes fueron: hidrocelectomías, orquidopexias, varicocelectomías, distensiones vesicales, técnica de Nesbit y uretrotomías internas. De todos los pacientes intervenidos ninguno requirió ingreso y el índice de complicaciones fue similar a los pacientes operados en régimen de cirugía convencional. Estas intervenciones suponen el 17% en el año 2000 y el 19% en el 2001 con una clara tendencia a aumentar en los últimos meses.

**CONCLUSIONES:** La CMA es un modelo asistencial eficaz y eficiente en el cual los servicios de urología tienen cabida dado que el grado de satisfacción de los pacientes y la calidad que ofrece es igual que la cirugía con ingreso.

## **ABSTRACT**

**INTRODUCTION:** The first Surgery Ambulatory Unity was created in 1990, at the Hospital de Viladecans although in 1982 Polo et al. had commenced a programme of strictly ambulatory surgery. The Spanish Services of Urology are going to be incorporated to this new style of labour, and, by the moment, with excellent results.

**MATERIAL AND METHODS:** We realice a description of the fonctionement of our service inside the Unity of Ambulatory Major Surgery, and a descriptive analysis of our activity in avobe mentioned unity since february 2000( creation date) to may 2001.

**RESULTS:** 118 patients were intervenited, being 15% women and 85% men. The most frequent surgery done were: hydrocelectomy, orchiopey, varicocelectomy, vesical distensions, Nesbit tecnique and internal urethrotomy. From the whole of the patients, none was ingressed, and the complication tax was similar to the conventional surgery patients. This kind of surgery suppose 17% in 2000 and 19% in 2001 of the whole of surgery, whit clear ingreasing tendency in the last months.

**CONCLUSIONS:** The Ambulatory Major Surgery is an effective and efficient assistential pattern in which Urology Services are included, so that the degree of satisfaction of the patiens and the cality offered is similar than the ingressed surgery.

El primer programa moderno de Cirugía Mayor Ambulatoria se llevó a cabo en 1961 en el Butterworth Hospital de Michigan, en 1961, pero la consagración definitiva de este tipo de unidades fue en 1969 con la puesta en marcha del famoso Surgicenter de Phoenix que 11 años más tarde había tratado a más de 70.000 pacientes. Desde este momento se produjo un gran desarrollo de las técnicas ambulatorias en EEUU. En Europa la implantación fue desigual siendo Bélgica el país donde existe una mayor implantación de este tipo de Unidades, estando presente hasta en un 50% de los Hospitales y realizándose hasta un 20 % de las intervenciones quirúrgicas en unidades de cirugía mayor ambulatoria.

En España en 1982 Polo y cols. inician un programa de intervenciones estrictamente ambulatorias de hernias inguinales con anestesia local. Poco después Rivera y cols. publican sus primeras experiencias en 148 pacientes. En octubre de 1990 se inaugura la primera unidad de Unidad de Cirugía sin Ingreso (UCSI) en España auspiciada por Institut Catala de la Salut integrada al Hospital de Villadecans pero con un funcionamiento autónomo de éste. En ella y desde entonces se practican diferentes técnicas quirúrgicas por parte de distintos servicios incluido el de urología.

En la urología europea las primeras referencias aparecen en 1985 con la guía de intervenciones que facilita el Royal College of Surgeon de UK en la cual se incluyen varias intervenciones urológicas. En años posteriores el número de procedimientos facilitados en las guías del Royal College y el aportado por diferentes unidades de cirugía mayor ambulatoria de EEUU va ampliándose hasta 34 procedimientos (Tabla I).

En España las primeras experiencias publicadas aparecen en 1993 por Vargas y cols. En 1994 el Profesor Valdivia en el Congreso Nacional lo trató como tema monográfico. Posteriormente se han ido sumando diferentes Servicios de urología publicando sus resultados en diferentes revistas, coincidiendo todos ellos en que Urología es una especialidad que se ve directamente influida por el vertiginoso desarrollo de la tecnología (aplicación del láser, laparoscopia, nuevos instrumentos endoscópicos,...) y como consecuencia de ello es posible que gran parte de los procedimientos urológicos puedan ser realizados de forma ambulatoria.

**TABLA I**

CIRUGÍAS REALIZADAS EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA EN NUESTRO SERVICIO

Hidrocele	24
Nesbit	20
Orquidopexia	9
Cistoscopia BMN	8
Distensión vesical	8
Varicocele	8
Circuncisión	8
TVT	5
Litotricia vesical	4
Injerto dérmico (E. Peyronie)	3
Biopsia próstata	2
Orquiectomía	1
RTU vesical	1
Uretrotomía interna	7
Uretroplastia	1
Vasovasostomía	2
Doble J endourológico	1
Extirpación lesión glándula	1
Extirpación divertículo uretral	1
Biopsia testículo	2
URS	1
Extracción c. extraño vesical	1
<b>Total</b>	<b>118 cirugías</b>

## MATERIAL Y MÉTODOS

En nuestro hospital la Unidad de Cirugía Ambulatoria (UCA) se creó en febrero de 2000. Dicha Unidad consta de 2 quirófanos con horario de funcionamiento de 8 a 15,30 horas, sala de despertar propia y sala de recuperación post-anestésica (horario de 8 a 20 horas) desde donde se procede a su alta (con informe médico), además de áreas de consulta, administrativas, sala de espera y vestuarios.

La evaluación del paciente para ser tratado en la UCA se hace con relación a:

1.- *Actitud del paciente:* Es una decisión voluntaria del paciente su inclusión en este tipo de procedimientos. La actitud del paciente frente al dolor y a una intervención son elementos a considerar por parte del facultativo antes de tomar una decisión.

Por lo tanto es indispensable la aceptación libre del método.

El paciente debe firmar un consentimiento expreso del procedimiento y debe constar que se realiza de forma ambulatoria (Fig. 1).

### DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA

El procedimiento de la Cirugía Mayor Ambulatoria es realizar la intervención quirúrgica bajo anestesia local, regional o general, con la peculiaridad de que usted podrá volver a casa con su familia el mismo día de la intervención siempre que su situación médica postoperatoria lo permita. En caso contrario quedaría ingresado en la Unidad de Hospitalización.

Paciente D/Dña .....  
.....

He recibido información clara y sencilla, oral y por escrito, de (1)

.....  
.....en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

El médico que me atiende me ha explicado de forma satisfactoria qué es, cómo se realiza y para qué sirve. También me ha explicado de forma clara todo lo que se refiere a la **Cirugía sin ingreso. Me ha informado de otras posibles alternativas a la cirugía sin ingreso.**

He recibido respuesta a todas mis preguntas.

He comprendido todo lo anterior perfectamente.

Comprendo que la decisión que tomo es libre y voluntaria.

Por tanto **DOY MI CONSENTIMIENTO** a la práctica del procedimiento que se me propone en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria

Firma Médico	Firma Paciente	Firma representante legal
--------------	----------------	---------------------------

Dr.  
Nº Colegiado

DNI:

DNI:

En .....a día .....de .....de .....

He decidido **NO AUTORIZAR** la realización del procedimiento en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Firma Médico	Firma Paciente	Firma representante legal
--------------	----------------	---------------------------

Dr.

DNI:

DNI:

(1) Procedimiento quirúrgico

FIGURA 1: Documento de consentimiento informado

2.- *Entorno social:* El paciente requiere la presencia de una persona responsable durante las siguientes 24 horas en su domicilio. Estudiar según el procedimiento las barreras arquitectónicas. Asimismo, el paciente ha de organizar su vuelta a casa en compañía de una persona responsable. Disponer de teléfono en su domicilio. Que exista una fácil comunicación domicilio-hospital (Figs. 2 y 3).

3.- *Selección de pacientes:* Los criterios de selección dependen del tipo de enfermedad y del riesgo anestésico.

Criterios de inclusión:

Pacientes ASA I, II

Pacientes ASA III, IV estables sin descompensación en los últimos tres meses

HTA controlada

Diabetes mellitus tipo II controlada

## CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA: CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

### Datos de filiación:

Nombre:

Apellidos:

Edad:

Nº Hª:

Nº SS:

Domicilio:

Población

D.P.:

Teléfono:

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- El paciente presenta una patología escrotal, testicular o precisa una uretrotomía interna	SI	NO
- El paciente es ASA I, II o si es III o IV está estable en los últimos 3 meses	SI	NO
- El paciente es normotenso o si es hipertenso se controla con <b>un solo</b> fármaco	SI	NO
- El paciente es normoglucémico o si es diabético lo es de <b>tipo II</b>	SI	NO

**CUALQUIER NO EXCLUYE AL PACIENTE DEL PROCEDIMIENTO**

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- El paciente está en tratamiento psiquiátrico	SI	NO
- El paciente está en tratamiento con anticoagulantes o corticoides	SI	NO
- El paciente tiene antecedentes de epilepsia	SI	NO
- El paciente presenta diabetes tipo I	SI	NO
- El paciente es drogodependiente	SI	NO
- El paciente presenta una obesidad superior al 30%	SI	NO
- El paciente tiene antecedentes de complicación postoperatoria	SI	NO

**CUALQUIER SI EXCLUYE AL PACIENTE DEL PROCEDIMIENTO**

### ACTITUD DEL PACIENTE Y ENTORNO SOCIAL

- El paciente entiende y acepta el procedimiento	SI	NO
- El paciente dispone de teléfono en su domicilio	SI	NO
- El paciente puede estar acompañado durante las primeras 24 horas postoperatorias por una persona responsable que le evite actividades de esfuerzo	SI	NO
- El paciente tiene su domicilio en Pamplona o su comarca	SI	NO
- El paciente vive en un entorno saludable	SI	NO
- El paciente puede organizar su vuelta a casa acompañado por una persona responsable	SI	NO

**CUALQUIER NO EXCLUYE AL PACIENTE DEL PROCEDIMIENTO**

FIGURA 2. Documento de selección de pacientes.

## INFORMACIÓN AL PACIENTE QUE VA A SER SOMETIDO A CIRUGÍA SIN INGRESO

### QUÉ DEBE DE HACER EL DÍA ANTERIOR A LA INTERVENCIÓN

- Realice su actividad normal, pero a partir de las 12 de la noche no coma ni beba nada, ni siquiera agua.

### QUÉ DEBE HACER EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

- Antes de acudir al Hospital tendrá que bañarse o ducharse.
- Acuda con ropa y calzado cómodos, sin joyas ni maquillaje.
- Deberá acudir con un acompañante.
- Esté en el Servicio de Admisión media hora antes de la indicada para la intervención.

Tras la intervención se quedará en la Unidad de Recuperación bajo observación durante una a tres horas y hasta que el médico lo considere oportuno. Si la intervención ha sido con anestesia local puede no ser necesario permanecer en esa Unidad.

### QUÉ DEBE DE HACER TRAS LA INTERVENCIÓN

- El regreso a su domicilio lo deberá hacer acompañado por una persona responsable. Usted **no podrá conducir**.
- Se le entregarán instrucciones por escrito en relación con medicación, dieta, revisión....
- Durante las siguientes 24 horas:
  - Tenga a su disposición ayuda de una persona responsable.
  - No ingiera bebidas alcohólicas y lleve una dieta suave.
  - No tome decisiones importantes.
  - No conduzca ni realice actividades que requieran una atención especial.
  - Guarde reposo.

- En caso de algún problema póngase en contacto a través de los teléfonos

**Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria      948 429837**  
**Urólogo de Guardia                      948 429400**

### MEDICACIÓN PREOPERATORIA:

- Día ..... a las ..... : .....
- Día ..... a las ..... : .....
- Día ..... a las ..... : .....
- Día ..... a las ..... : .....

**FIGURA 3: Documento que se entrega al paciente, de información preoperatoria.**

Patología respiratoria, en función del tipo de cirugía y anestesia

Criterios de exclusión:

- Diabetes Mellitus tipo I
- Epilépticos
- Pacientes en tratamiento psiquiátrico
- Pacientes en tratamiento con anticoagulantes y corticoides

Pacientes con antecedentes de complicaciones en intervenciones previas

Obesidad superior al 30% del peso teórico

Drogodependientes

La edad no constituye un criterio de selección; para los pacientes geriátricos, se valorará la edad biológica y su capacidad de autonomía.

Cuando se inició el programa decidimos al principio incluir un número reducido de patologías para realizarlas en CMA y una vez consolidado el programa y analizados los resultados incluir más patologías.

Las patologías incluidas al principio fueron:

- Cistoscopia más BMN      - Orquidopexia
- Litotricia vesical simple      - Orquiectomía
- TCP      - Vasovasostomía
- Uretrotomía interna      - Técnica de Nesit
- Corrección de hidrocele      - Biopsia testículo
- Corrección varicocele      - Distensión vesical

Tras la primera evaluación y transcurrido un año, decidimos incluir también: (Tabla I)

- TVT
- RTU vesicales mínimas
- Colocación de injertos dérmicos (enfermedad de Peyronie)

- URS

- Uretroplastias

*Círculo asistencial*

Una vez finalizada la intervención el paciente pasa a la sala de despertar. A continuación los pacientes son trasladados a la sala de recuperación post-anestésica donde inician la tolerancia oral y deambulación progresiva. En esta sala los pacientes están acompañados de un familiar.

El alta médica la realiza el urólogo siguiendo estos criterios:

- Test de Aldrete (actividad, respiración, circulación, color, consciencia)
- No signos de ortostatismo
- No signos de sangrado
- Tolerancia ingesta de líquidos
- Ausencia de dolor o si este existe que sea controlable por analgésicos por vía oral
- Aceptación expresa del paciente de regresar a su domicilio

Si no cumple cualquiera de estos criterios el paciente sería ingresado en una habitación de nuestra planta.

El alta médica es firmada por el urólogo, en ella se le indican las recomendaciones para su estancia en su domicilio, la medicación que precisa así como un teléfono de contacto con el hospital por si ocurriera cualquier evento y se le cita al paciente en consultas externas a las 48 horas del procedimiento.

## RESULTADOS

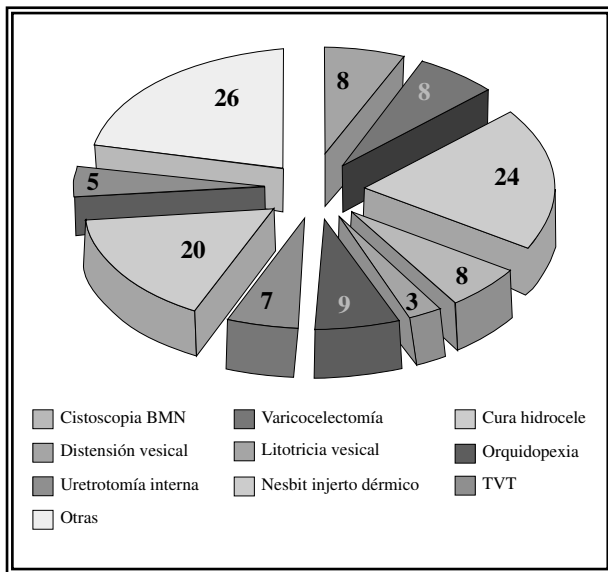
En un periodo de 14 meses hemos realizado 119 intervenciones con edades comprendidas

entre 9 años y 83 años con una media de 45 años siendo un 84% de ellos varones (Tabla II, Gráfico 1). Estas intervenciones suponen el 17% y el 19% de nuestra cirugía con anestesia general en los

**TABLA II**

VARIEDAD DE PROCEDIMIENTOS AMBULATORIOS REALIZADOS EN EE.UU

Vasectomía
Circuncisión
Cistoscopia
Reparación de hidrocele
Uretrotomía
Reparación varicocele
Prótesis de pene
Embolización varicocele
Prótesis uretrales
Manipulación de litiasis ureterales
Orquiectomía
Orquidopexia
Herniorrafia
Meatoplastia
Accesos vasculares
Biopsia testicular
Nefrostomía percutánea
Punción de quistes renales
Cistostomía
Cirugía laparoscópica de la incontinencia
Uretrostomía
Reparación hipospadia
NLP simples
RTU próstata según los casos
RTU vesical según los casos
TCP
Vasovasostomía
Biopsia renal
Epididimectomía
URS
Varicocelectomía laparoscópica
Biopsia laparoscópica de glg linfáticos
Fistulas arterio-venosas
Prótesis testicular
Prótesis prostáticas
Biopsia prostática



**GRÁFICO 1. Tipos de porcentajes y cirugía practicados en nuestro servicio.**

años 2000 y 2001 respectivamente, con una clara tendencia a aumentar en los últimos meses estudiados.

El 40% (48) de los pacientes fueron intervenidos con anestesia general un 37% (45) con anestesia raquídea y el 23% (25) con sedoanalgesia. Respecto al riesgo anestésico ASA el 27% (33) eran ASA I, el 45% (54) eran ASA II y el resto (31 pacientes) ASA III.

El tiempo quirúrgico medio fue de 1 hora y 10 minutos con un rango de 15 minutos y 5 horas.

Las horas de permanencia en la Unidad fue una media de 3,97 horas con un rango entre 2 y 7 horas.

De los pacientes intervenidos ninguno requirió ingreso hospitalario aunque 2 de ellos tuvieron que prolongar su estancia en la sala de recuperación post-anestésica; uno por presentar bradicardia en el momento del alta y otro por cuadro de hipotensión no secundario a sangrado. Estos buenos resultados los atribuimos a la correcta selección de los pacientes en los cuatro aspectos (actitud del paciente, entorno social, riesgo anestésico y técnica quirúrgica a realizar) y está lejos del 3% de reingresos con el que se mide la calidad de las Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Respecto a las complicaciones postoperatorias sólo las presentaron en pacientes intervenidos de hidrocele, y en un 4% (5 pacientes), con hemato-

mas/inflamación testicular que ninguno de ellos requirió reintervención y el dolor fue controlado perfectamente en su domicilio. Este porcentaje es ligeramente inferior al que tenemos en pacientes a los que se les realiza este tipo de cirugía de forma normal con ingreso en sala de hospitalización.

Por todos estos aspectos nos estamos replanteando incluir más técnicas quirúrgicas en Cirugía Mayor Ambulatoria y de hecho en estos últimos meses hemos comenzado a realizar TVT, RTU vesicales mínimas, colocación de injertos dérmicos en enfermedad de la Peyronie, uretroplastias y alguna manipulación endoscópica del tracto urinario superior (litiasis).

## DISCUSIÓN

El objetivo de las unidades de cirugía mayor ambulatoria se puede resumir en prestar una asistencia sanitaria con la misma o superior calidad que la cirugía con ingreso, que le resuelva su problema de salud al tiempo que resulte lo más satisfactorio posible.

Otros objetivos, a otro nivel de responsabilidad sanitaria son:

- Disminuir las listas de espera quirúrgica.
- Reducir la estancia media hospitalaria.
- Optimizar los recursos humanos y técnicos del hospital.
- Favorecer las necesidades del cambio del sistema sanitario.
- Desarrollar e implantar técnicas quirúrgicas innovadoras.
- Aprovechar todos los recursos sanitarios para aumentar la capacidad asistencial ante la progresiva demanda de actos diagnósticos y terapéuticos.

En nuestra experiencia en este tipo de cirugía sin ingreso hemos comprobado que se mejoran varios aspectos: de un lado se trastorna lo menos posible el entorno familiar del paciente que va a ser intervenido ya que las horas de permanencia en el centro hospitalario son escasas; también la posibilidad de infecciones nosocomiales se reducen y por último tenemos las ventajas económicas que este tipo de cirugía reporta al sistema sanitario ya que proceso a proceso sale en torno a un 30% más barato.

Todo este número de ventajas no tienen importancia si se pierde calidad asistencial o el nivel de aceptación de los pacientes es bajo. Esto no sucede,

puesto que las complicaciones no aumentan por utilizar este sistema de trabajo y la aceptación por parte de los pacientes y familiares es muy buena.

El éxito de la cirugía ambulatoria se basa en los cuidados postoperatorios. Los pacientes deben encontrarse permanentemente apoyados y sentir que son controlados por personal sanitario desde su ingreso en las dependencias de la unidad, en el acto quirúrgico, en la sala de despertar y en la sala de recuperación anestésica. También deben percatarse que tras su alta serán evaluados precozmente por el facultativo que indicó su cirugía y que si surge cualquier complicación pueden llamar al urólogo de guardia o acudir directamente al servicio de urgencias del hospital; es decir que ante cualquier contrariedad va haber un urólogo que le resolverá el problema. En nuestro hospital no se realiza control telefónico a las 24 horas de la cirugía. En otras unidades si se realiza, de tal forma que el paciente y su entorno siente que aunque están fuera del entorno hospitalario su personal se preocupa y se interesa por su estado y no da la impresión de desatención médica. Hoy por hoy nos estamos replanteado el realizar llamadas telefónicas a las 24 horas de la cirugía, de esta manera los pacientes tendrán atención médica durante 3 días seguidos, el del ingreso, a las 24 horas con control telefónico y a las 48 horas con visita en consultas externas.

Este sistema de trabajo se puede aplicar a multitud de procedimientos de nuestra especialidad (Tabla II).

De momento los urólogos vamos poco a poco incorporándonos a esta forma de trabajo y es posible que en un futuro la mayor parte de nuestra cirugía sea realizada de forma ambulatoria.

## REFERENCIAS

1. RIVERA GUTIÉRREZ J y cols.: Cirugía ambulatoria. A propósito de 564 casos consecutivos. Centro Médico de Denia. Alicante. *Cirugía Española*. Febrero 1992; **51** (2): 101-105.
2. DE PEDRO CONAL y cols.: Cirugía ambulatoria y de alta precoz. Descripción y desarrollo del programa en un hospital general. Hospital de Móstoles. *Cirugía Española*. Julio 1997; **62** (1): 39-42.
3. SIERRA GIL y cols.: La cirugía ambulatoria en una unidad autónoma integrada a un hospital. Organización, funcionamiento y experiencia. Hospital de San Lorenzo de Viladecans. *Cirugía Española*. Octubre 1992; **52** (4): 29-35.
4. BOTELLO MARTÍNEZ y cols.: Unidad de cirugía ambulatoria. Resultados del primer año de funcionamiento. Complejo Hospitalario Llerena-Zafra. Badajoz. *Cirugía Española*. Julio 1997; **62** (1): 44-47.
5. MARSAL CAVALLE y cols.: Evolución de los criterios de selección en un programa de cirugía mayor ambulatoria. Hospital de Sant Pau y Santa Tecla. Tarragona. *Cirugía Española*. Mayo 1995; **57** (5): 452-455.
6. ALARCÓN LÓPEZ y cols.: Nuestra experiencia en cirugía mayor ambulatoria. Hospital General Básico. Baza. Granada. *Cirugía Española*. Febrero 1997; **61** (2): 98-101.
7. MARTÍN FERNÁNDEZ y cols.: Control de calidad y seguimiento post-operatorio en cirugía mayor ambulatoria. Complejo Hospitalario de Ciudad Real. *Cirugía Española*. Noviembre 1997; **62** (5): 386-391.
8. MARÍN MORALES y cols.: Unidad de Cirugía de día: funcionamiento y experiencia. Hospital El Tomillar. Valme. Sevilla. *Cirugía Española*. Septiembre 1994; **56** (3).
9. RUIZ DE ADANA y cols.: Cirugía de corta estancia: análisis prospectivo de 2.560 procedimientos consecutivos. Hospital Universitario de Getafe. *Cirugía Española*. Marzo 1997; **61** (3).
10. COLOMER y cols.: Unidad de Cirugía sin ingreso: nuevas perspectivas de la cirugía ambulatoria. Hospital de Viladecans. *Acta Chir Catal* 1992; **13**: 37-41.
11. ESTEVAN ESTEVAN y cols.: Auditoria de la cirugía de corta estancia en un hospital general de distrito. Análisis de 530 casos. Hospital Lluís Alcanyis. Xàtiva. Valencia. *Cirugía Española*. Noviembre 1994; **56** (5): 373-377.
12. PAMPIN MEDELA y cols.: Factores psicológicos en la cirugía mayor con anestesia local. Hospital Meixoeiro. Vigo. *Cirugía Española*. Mayo 1997; **57** (5).
13. VICENTE y cols.: Pautas de actuación y protocolos asistenciales. S<sup>a</sup> de Urología de la Fundació Puigvert. *Pulso ediciones*. B-19.714-95.
14. BRIGGS et al.: Urological day case surgery in elderly and medically unfit patients using sedoanalgesia: what are the limits. The Whittington Hospital. London. UK. *British Journal of Urology* 1995; **75**: 708-711.
15. B.R.H. Birch.: Day case surgery and urology: present practice and future trends. Southampton University Hospitals Trust. Southampton. UK. *British Journal of Urology* 1994; **74**: 2-10.
16. MC LOUGHLIN MG, KINAHAN TL.: Transurethral resection of the prostate in the outpatient setting. *J Urol* 1990; **143**: 951.
17. DRAGO JR.: Transurethral incision of prostate. *Urology* 1991; **38**: 305.
18. VARGAS C, RIUS G.: Cirugía urológica sin ingreso. *Actas Urol Esp* 1993; **17**: 87.
19. SAMPIETRO CRESPO A y cols.: Cirugía mayor ambulatoria: nuestra experiencia. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España. *Arch Esp de Urol* 1995; **48** (4): 343-346.
20. VALDIVIA URÍA JG.: Cirugía mínimamente invasiva: Editorial. *Arch Esp de Urol* 1991; **44** (5): 479-481.
21. VALERO J, MEDINA M, GUERRERO J y cols.: Realización de cirugía mayor ambulatoria dentro de una unidad integrada. *Actas Urol Esp* 1999 jun; **23** (6): 523-526.

Dr. J. Jiménez Calvo  
C/ Teodoro Ochoa, 38  
31009 Pamplona (Navarra)

(Trabajo recibido el 5 noviembre de 2001)