

# Análisis de los reingresos hospitalarios domiciliarios en un programa de cirugía mayor ambulatoria

Manuel Cortiñas Sáenz<sup>a</sup>, Llanos Martínez Gómez<sup>b</sup>, José Ignacio Miota de Llama<sup>c</sup>, Máxima Lizán-García<sup>d</sup>, Jesús García Guerrero<sup>d</sup> y Pascual González-Masegosa<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

<sup>b</sup>Bloque Quirúrgico de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

<sup>c</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

<sup>d</sup>Servicio de Medicina Preventiva. Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

<sup>e</sup>Jefe Sección de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital de Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete. España.

## Resumen

**Objetivos.** Cuantificar las tasas de reingresos por complicaciones mayores y menores por años de estudio de un programa de cirugía mayor ambulatoria (CMA) y evaluar la inclusión de pacientes con un estado basal más deteriorado en los resultados.

**Pacientes y método.** Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos en un programa de CMA en nuestro centro durante el período de 1998-2003. En el período de estudio citado se intervino de forma programada y con criterios de selección de CMA a un total de 25.553 pacientes. Para analizar la evolución de las complicaciones en el período de estudio, utilizamos la prueba de la  $\chi^2$  de tendencias, en la que se obtuvieron *odds ratio* anuales y sus intervalos de confianza teniendo como referencia el primer año del estudio.

**Resultados.** El índice de sustitución en el período de estudio fue del 55,25%. El riesgo proporcional de tener una complicación mayor en nuestra serie es de 1:426. El total de pacientes con reingreso hospitalario procedente de su domicilio representa 0,83% del total de pacientes intervenidos en régimen de CMA.

La causa más común de reingreso hospitalario en el presente trabajo son los factores quirúrgicos, principalmente la hemorragia del lecho quirúrgico. La mayoría de las complicaciones son menores o leves, y el dolor en la zona de la herida quirúrgica es el problema encontrado con más frecuencia.

**Conclusiones.** La seguridad es una actitud y cuando se siguen buenos principios de selección del pa-

ciente por el cirujano y anesthesiologo, con evaluación preanestésica cuidadosa, no hay motivo para esperar más complicaciones que en pacientes hospitalizados.

**Palabras clave:** Cirugía mayor ambulatoria. Anestesia. Mortalidad. Complicaciones.

## ANALYSIS OF OUTPATIENTS READMITTED TO AN AMBULATORY SURGERY PROGRAM

**Objectives.** To quantify readmission rates due to both major and minor complications per year of study in an ambulatory surgery program and to assess the effect of including patients with greater severity on the results.

**Patients and method.** We performed a retrospective study of patients undergoing surgery in an ambulatory surgery program in our health center between 1998 and 2003. During the study period, 25,553 patients met the selection criteria for elective ambulatory surgery. To analyze the evolution of complications over the study period, the first year of the study period was taken as the reference, and the  $\chi^2$  test was used to measure tendency, obtaining annual odd ratios (OR) and their respective confidence intervals.

**Results.** The substitution index in the study period was 55.25%. The proportional risk of a major complication in our series was 1:426. The number of patients readmitted from home represented 0.83% of the total number of patients undergoing ambulatory surgery.

The most common causes of readmission were surgically-related occurrences, mainly bleeding from the surgical site. Most complications were minor, the most frequently found problem being pain in the surgical wound.

Correspondencia: Dr. M. Cortiñas Saénz.  
Cid, 34, 4-F. 02002 Albacete. España.  
Correo electrónico: stl967523977@wanadoo.es.

Manuscrito recibido el 7-12-2005 y aceptado el 13-7-2006.

**Conclusions. Safety is an attitude and when the surgeon and the anesthesiologist apply appropriate patient selection criteria and perform a careful pre-anesthesia evaluation, there is no reason to expect more complications in ambulatory patients than in in-patients.**

**Key words:** Ambulatory surgery. Anesthesia. Mortality. Complications.

## Introducción

El objetivo primordial de la cirugía mayor ambulatoria (CMA) es conseguir el máximo bienestar operatorio, con la disminución de las complicaciones y con la máxima seguridad posible. La CMA es un buen modelo organizativo de asistencia quirúrgica multidisciplinaria que permite tratar a pacientes bien seleccionados de una manera efectiva, segura y eficiente, sin necesidad de contar con una cama de hospitalización tradicional<sup>1,2</sup>. La seguridad del paciente no radica en si está hospitalizado o es ambulatorio.

La puesta en marcha de un programa de estas características se basa en la coordinación y la formación de los equipos de atención primaria y especializada para, de este modo, conseguir el bienestar global del paciente, la ausencia de complicaciones y la seguridad en el postoperatorio. A pesar del cumplimiento de los requisitos óptimos, hay un porcentaje pequeño de complicaciones que pueden surgir una vez el paciente ha recibido el alta hospitalaria. Aun así, la mortalidad es prácticamente nula y el índice de complicaciones, bajo<sup>3,4</sup>.

## Pacientes y método

Estudio descriptivo realizado en un hospital público. El área de influencia abarca una población estable de 275.000 habitantes, y cuenta con 252 camas y 6 quirófanos. Nuestra unidad de CMA corresponde a las denominadas de tipo II, en las que se comparten recursos con uno de los hospitales del Complejo Hospitalario, pero dispone de los elementos del bloque quirúrgico de la unidad a tiempo completo y cuenta con una readaptación al medio propia, en la que se adopta una organización independiente de los servicios quirúrgicos y bajo una doble dependencia funcional por parte de sus miembros. Éste incluye a pacientes procedentes de las especialidades de cirugía general, cirugía plástica, traumatología, ginecología, oftalmología, otorrinolaringología, dermatología y urología.

Se estudiaron las complicaciones y las causas de reingreso hospitalario en pacientes intervenidos por CMA desde el 1 de enero de 2003 hasta el 31 de diciembre de 2005 tras ser dados de alta en la unidad en el período comprendido en los 7 días posteriores a la intervención. Se realiza un seguimiento durante un período de 30 días de los pacientes para la variable mortalidad. La posibilidad de atención médica en otros centros se obvia, ya que nuestro hospital es el único de titularidad pública. Posteriormente se realizó una entrevista telefónica para conocer el circuito realizado hasta su posible ingreso hospitalario.

La primera fase del control postoperatorio se realizó en la unidad de recuperación postanestésica, y posteriormente en las salas de readaptación al medio, en las que al cumplir los criterios generales de alta se trasladaron a su domicilio. Hay protocolos consensuados entre los distintos servicios respecto a la profilaxis antibiótica y de enfermedad tromboembólica.

En las primeras 24 h se estableció contacto telefónico con ellos para conocer su evolución.

Las variables a estudiar son el índice de sustitución, el índice de reingresos, la tasa o el índice de ingresos, las complicaciones mayores

y las complicaciones menores y la mortalidad de la serie a los 30 días tras la intervención.

El índice de sustitución se define como el porcentaje de pacientes intervenidos en régimen de cirugía ambulatoria respecto al total de intervenciones quirúrgicas realizadas.

El índice de reingresos se define como los ingresos hospitalarios tras el alta médica de la unidad de CMA.

La tasa o el índice de ingresos se define como los pacientes programados en régimen de CMA y a los que no se da de alta el día de la intervención quirúrgica. El índice de ingresos se divide en tempranos y tardíos, con un punto de corte en 6 h tras la intervención quirúrgica.

Las complicaciones mayores se pueden definir como la respuesta adversa con potencial para provocar un daño grave. Dentro de las complicaciones mayores se contabilizaron: hemorragia mayor, angina prolongada, dolor torácico atípico, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, broncoespasmo, bloqueo auriculoventricular, coma hiperhipoglucémico, tromboflebitis, neumonía, shock anafiláctico, pancreatitis aguda, insuficiencia cardíaca descompensada y taquiarritmias.

Las complicaciones menores son las respuestas adversas con mínimo potencial para producir un daño grave. Dentro de las complicaciones menores se registraron: hemorragia menor, dolor de la herida quirúrgica, síndrome de etiología diversa, dolor lumbar mecánico, retención urinaria, reacción alérgica, cefalea pospunción dural, vértigos, vómitos, fiebre, infección de herida quirúrgica, ileo paralítico, crisis de ansiedad, reagudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica e infección respiratoria.

La medición de las variables se realizó mediante frecuencias relativas, salvo en el caso de las complicaciones en que se expresaron como riesgos proporcionales.

Para obtener los datos se recogieron los números de historia clínica de los pacientes que reingresaron tras el alta médica de la unidad de CMA y de los que presentaron complicaciones mayores o menores del Conjunto Mínimo Básico de Datos. Para los reingresos y las complicaciones mayores, se revisaron las historias clínicas de estos pacientes mediante los programas informáticos HP HIS y HP DOCTOR. Para los pacientes cuyos datos no estaban disponibles en formato electrónico, se consultó su historia clínica en formato de papel.

Para analizar la evolución de las complicaciones en el período de estudio, utilizamos la prueba de la  $\chi^2$  de tendencias, en la que se obtuvieron *odds ratio* (OR) anuales y sus intervalos de confianza teniendo como referencia el primer año del estudio. Para realizar estos cálculos utilizamos el programa informático Epiinfo.

## Resultados

En el período de estudio citado, se intervinieron de forma programada y con criterios de selección de CMA a un total de 25.553 pacientes, con un leve predominio del sexo femenino (55,7%) respecto a los varones (44,3%), y se observó cómo ha aumentado el número de procedimientos practicados por CMA durante el período de estudio (fig. 1). El índice de sustitución en el período de estudio fue del 55,25%. El índice de ingresos fue de 1.939 (7,59%). Los ingresos tempranos representan el 91,78% (1.780 casos), el resto fueron tardíos.

La incidencia acumulada de infección de herida quirúrgica (IHQ) en una intervención catalogada como limpia fue del 2,21%, respecto a la posibilidad de detección de esta infección en función de la estancia hospitalaria, sólo se conseguiría el 100% de ellas si el paciente permaneciera ingresado 16 días.

La edad media  $\pm$  desviación estándar (DE) de los pacientes afectados de complicaciones mayores fue de  $64 \pm 12,6$  años y una estancia  $\pm$  DE de  $5 \pm 8,5$  días. Las complicaciones mayores se produjeron en el período de estudio de 60 pacientes, por lo que riesgo proporcional de presentar una complicación mayor en nuestra serie es de 1:426 (tabla 1). La complicación mayor más frecuente de nuestra serie es la hemorragia posquirúrgica, que representa el 41,67% de todos los episodios. De los 60 pa-

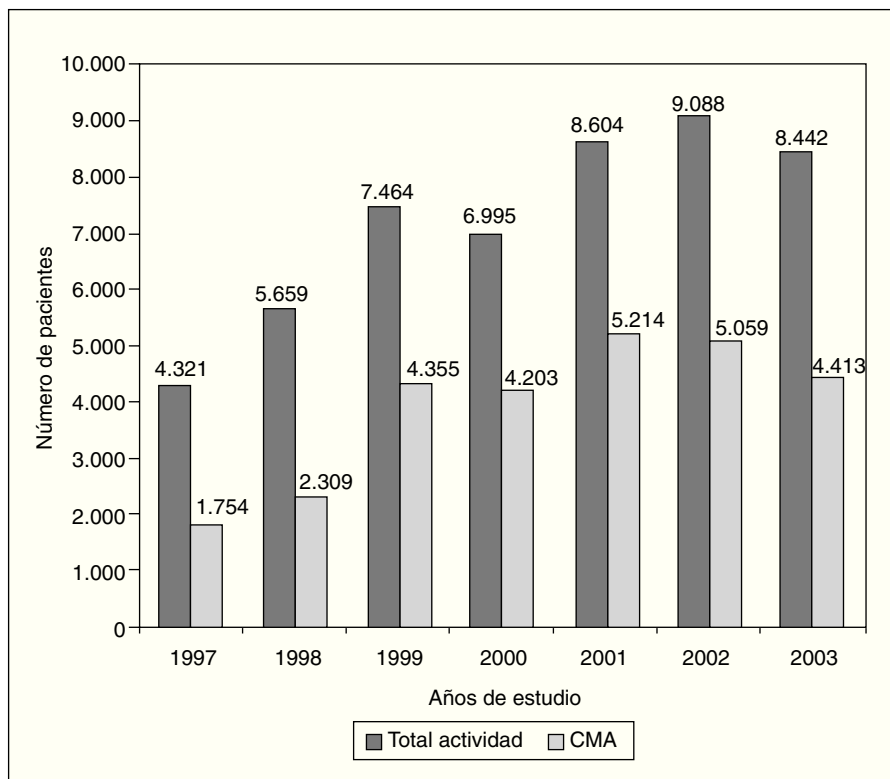


Fig. 1. Evolución de la actividad quirúrgica por años de estudio. CMA: cirugía mayor ambulatoria.

cientes con episodios de morbilidad importante, 6 (10%) tienen un fallo respiratorio, principalmente por aparición de un cuadro neumónico, 5 presentan angina prolongada, uno (6%) tiene un infarto de miocardio, uno (6%) presenta un déficit del sistema nervioso central, y 4 (6,6%) muestran cuadro de trombosis venosa profunda. La OR de tendencias para complicaciones mayores fue descendiendo hasta el año 2001, en que comienzan a incrementarse año tras año, y siempre se halla por debajo de los valores del primer año de estudio, sin que estos datos sean estadísticamente significativos (tabla 2). El número de pacientes que requirió ingreso en unidades de cuidados críticos fue de 8 (0,031%), de forma predominante, para soporte respiratorio en régimen de ventilación mecánica no invasiva y apoyo hemodinámico. La mortalidad global a los 30 días tras la intervención quirúrgica en la cohorte de pacientes intervenidos en régimen de CMA fue de 1 caso (0,0039%). En un caso, un paciente al alta hospitalaria presentaba como secuela una hemiparesia derecha tras tener un accidente cerebrovascular hemorrágico a los 21 días de la intervención quirúrgica.

La edad media  $\pm$  DE de los pacientes afectados de complicaciones menores fue de  $41 \pm 18,2$  años y una estancia  $\pm$  DE de  $1 \pm 3,4$  días. Las complicaciones menores que requirieron ingreso hospitalario se produjeron en 157 pacientes. La causa más frecuente fue la hemorragia menor (tabla 3). La evolución durante el período de estudio de las complicaciones menores es similar a la de las complicaciones mayores, y primero muestra una tendencia descendente hasta el año 2001, en que comienzan a aumentar, sin que estos datos sean estadísticamente significativos (tabla 2).

El total de pacientes con reingreso hospitalario procedente de su domicilio representa el 0,83% del total de pacientes intervenidos en régimen de CMA.

## Discusión

La diferencia fundamental entre la cirugía con ingreso y la que se produce en régimen ambulatorio es que en esta última el paciente pasa el postoperatorio en su domicilio. Así, cualquier pequeña adversidad que asume la familia y el propio paciente, se convierte en una complicación cuando se trata de CMA.

La tasa de ingresos en las unidades suele oscilar entre 1-2%<sup>3,4</sup>. En nuestro trabajo, las tasas de ingresos no planificados (7,59%) es más alto que los descritos en otras series<sup>5</sup>, aunque dentro de los límites aceptables, pero al contrario que esas series, nosotros incluimos a pacientes ASA III estabilizados, y en la cirugía oftálmica pacientes sin limitación por el estado físico basal. Se debe resaltar que aproximadamente el 92% de los ingresos se cataloga de temprano, ya que se trata de pacientes que al finalizar la intervención quirúrgica se reconvierten de forma directa en cirugía de corta estancia, a causa de una serie de factores, entre los que podemos destacar una planificación deficiente en el proceso de selección y a la existencia de facultativos con poco interés en estas modalidades quirúrgicas. En diversos estudios se comprueba que las tasas de reingresos domiciliarios son extremadamente bajas, con cifras inferiores al 1%<sup>6,7</sup>, y en algunas series se llega a informar solamente de tasas de reingresos del 0,15%<sup>6</sup>. En nuestra serie la cifra del 0,83% se en-

TABLA 1. Riesgos proporcionales de complicaciones mayores por año de estudio

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Hemorragia mayor	1:577	1:1.452	1:2.101	1:1.303	1:723	1:883	1:1.022
Angina prolongada	1:2.309	1:2.177	0	1:5.214	1:5.059	0	1:5.111
Dolor torácico atípico	1:2.309	1:2.177	0	1:2.607	1:5.059	1:4.413	1:3.650
Infarto de miocardio	0	0	1:4.203	0	0	0	1:25.553
Accidente cerebrovascular	1:2.309	0	0	1:5.214	0	0	1:12.776
Broncospasmo	0	1:4.355	0	0	0	0	1:25.553
Bloqueo auriculoventricular	0	1:4.355	0	0	0	0	1:25.553
Coma hiperhipoglucémico	0	1:4.355	1:4.203	0	0	0	1:12.776
Tromboflebitis	0	0	1:4.203	1:5.214	1:5.059	1:4.413	1:6.388
Neumonía	0	0	0	1:5.214	1:5.059	1:1.471	1:5.111
Shock anafiláctico	0	0	0	1:2.607	0	0	1:12.776
Pancreatitis aguda	0	0	0	0	1:5.059	0	1:25.553
Insuficiencia cardíaca descompensada	0	0	1:4.203	0	1:5.059	1:4.413	1:8.518
Taquiarritmias	0	0	1:4.203	0	0	0	1:25.553
Complicaciones totales	1:330	1:435	1:600	1:434	1:389	1:401	1:426

cuentra en consonancia con lo publicado. Para el presente y futuro de la CMA, estos resultados sugieren la consideración de una técnica anestésico-quirúrgica eficiente y con un futuro prometedor<sup>8</sup>.

En algunos estudios se afirma que las complicaciones importantes no son frecuentes. La mortalidad es extremadamente rara y las complicaciones mayores son extremadamente infrecuentes<sup>9,10</sup>. Los casos de infarto de miocardio, embolias pulmonares o déficits cerebrales son extremadamente bajos, con una incidencia tan baja como la que puede esperarse por la edad del paciente en grupos sin intervención quirúrgica<sup>11</sup>. Los episodios suelen aparecer aproximadamente en los 2 primeros días tras la intervención. Aun así se estima que aproximadamente un 40% ocurrirá entre las 48 h y el mes tras la intervención médica<sup>12</sup>.

La mortalidad después de CMA oscila entre 1/66.500 y 1/11.273. Natof<sup>10</sup> publicó una serie de 1,1 millones de casos ambulatorios después de anestesia general con una mortalidad de 0,15/10.000, cifras considerablemente menores que las publicadas respecto a cirugía con ingreso tradicional. En nuestra cohorte de CMA, la mortalidad a los 30 días después de la cirugía fue de 1/25.553 pacientes, debido a un cuadro de neumonía adquirida en la comunidad, con shock séptico refractario a tratamiento en un paciente ASA III estable con enfermedad respiratoria de tipo enfisematosa de base. Estas cifras se hallan en concordancia con los trabajos reseñados anteriormente.

La experiencia ganada en CMA con el paso del tiempo ha permitido que los criterios de selección de pacientes en relación con la enfermedad asociada sean ahora mucho más liberales<sup>13</sup>. Esta modalidad quirúrgica se puede aplicar a pacientes ASA III y IV que tengan controladas sus enfermedades y estén en situación estable. Las complicaciones peroperatorias están más a menudo relacionadas con la cirugía que con la condición médica peroperatoria<sup>14</sup>. Desde el año 2001, con la introducción de pacientes con peor estado basal, hemos encontrado un aumento de los riesgos proporcionales de complicaciones mayores y menores, sin diferencias estadísticamente significativas, y se observa la importancia de una correcta selección de pacientes candidatos a la CMA. Las complicaciones mayores aparecen habitualmente en los pa-

TABLA 2. Odds ratio (OR) de tendencias por año para las complicaciones mayores y menores

Año	OR	Intervalo de confianza	ASA III* y ASA IV
<b>Complicaciones mayores</b>			
1998	1		0
1999	0,76	0,27-2,20	0
2000	0,55	0,47-1,74	0
2001	0,76	0,28-2,13	88
2002	0,85	0,32-2,34	102
2003	0,82	0,30-2,34	127
<b>Complicaciones menores</b>			
1998	1		0
1999	0,55	0,29-1,07	0
2000	0,55	0,28-1,06	0
2001	0,64	0,35-1,18	88
2002	0,80	0,45-1,43	102
2003	0,84	0,46-1,52	127

\*Número de pacientes ASA III no estables y pacientes ASA IV.

cientes con factores de riesgo específicos. La mayoría de las complicaciones son menores o leves, y el dolor en la zona de la herida quirúrgica es el problema encontrado con más frecuencia. El tratamiento inadecuado del dolor es la causa fundamental de ingresos hospitalarios<sup>15,16</sup>. En nuestra serie encontramos que en un 62% de los casos los reingresos por dolor de la zona quirúrgica ocurren en pacientes intervenidos con anestesia local sin instaurar el protocolo analgésico existente en nuestra unidad. Estos resultados deberían impulsar la necesidad imperiosa del cumplimiento de los protocolos analgésicos para todos los pacientes que se intervengan en nuestro bloque quirúrgico. La formación a los distintos especialistas quirúrgicos de la importancia del tratamiento del dolor y las distintas formas de analgesia postoperatoria, así como la importancia de la medicación de rescate, es una cuestión de la unidad que debe mejorarse en un futuro cercano. Es posible tratar el dolor moderado-grave con seguridad y de modo eficaz en el domicilio del paciente.

En nuestro estudio, la causa más común de ingreso hospitalario son factores quirúrgicos, principalmente la hemorragia del lecho quirúrgico, en los que otros autores encuentran resultados similares<sup>3,17,18</sup>. Los cuadros de vó-

TABLA 3. Riesgos proporcionales de complicaciones menores por año de estudio

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	Total
Hemorragia menor	1:289	1:726	1:841	1:521	1:316	1:315	1:433
Dolor de herida quirúrgica	1:770	1:871	1:1.051	1:1.043	1:1.012	1:630	1:881
Síncope de etiología diversa	1:770	1:1.452	1:2.101	1:2.607	1:1.265	1:2.206	1:1.597
Dolor lumbar mecánico	0	0	0	0	1:2.529	1:2.206	1:6.388
Retención urinaria	1:2309	0	1:2.101	0	0	1:4.413	1:6.388
Reacción alérgica	0	1:4.355	1:4.203	0	1:5.059	0	1:8.518
Cefalea pospunción dural	0	0	0	1:1.738	1:5.059	0	1:6.388
Vértigos	0	0	0	1:5.214	1:2.529	0	1:8.518
Vómitos	0	0	0	1:5.214	1:2.529	1:4.413	1:8.518
Fiebre	1:1.154	1:2.177	1:2.101	0	1:2.529	0	1:3.650
Infección herida quirúrgica	1:770	1:1.089	1:1.401	1:1.738	1:2.529	1:2.206	1:1.503
Ileo paralítico	0	0	0	1:5.214	0	0	1:25.553
Crisis de ansiedad	0	0	0	1:5.214	0	1:4.413	1:12.776
Reagudización de la EPOC	0	0	0	1:2.607	0	1:4.413	1:8.518
Infección respiratoria	0	0	1:4.203	0	0	1:4.413	1:12.776
Complicaciones totales	1:115	1:207	1:210	1:179	1:145	1:138	1:163

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

mitos y náuseas se han considerado clásicamente una causa importante de admisiones hospitalarias<sup>11</sup>. En los últimos años la incidencia ha declinado con la inclusión de nuevas drogas antieméticos. Alrededor del 90% de los pacientes de CMA presenta alguna secuela después de ser dado de alta<sup>19</sup>, y aproximadamente un tercio de todas las complicaciones posquirúrgicas ocurre durante los 2 días posteriores a la intervención.

Debido a la disminución de los días de hospitalización, el seguimiento de la IHQ después del alta adquiere cada vez mayor importancia. Varios investigadores<sup>20,21</sup> han demostrado que la mayoría de estas infecciones se presenta a las 3 semanas postintervención. Estos datos coinciden con nuestros hallazgos, ya que en nuestra serie a los 16 días se detecta la inmensa mayoría de las IHQ de nuestro medio.

En nuestro medio queda patente la necesidad de mejorar el circuito de recogida de las complicaciones y de los problemas menores que no generan ingresos ni consultas a los servicios de urgencias hospitalarios. Quizá con una conexión mejor con medicina primaria se podría evitar esta zona de penumbra, ya que supone una importante insatisfacción por parte de los pacientes y sus familiares. Igualmente es necesario medir y desarrollar sistemas de codificación que nos permitan medir la complejidad tanto de los pacientes en sí mismos, como de los diferentes tipos de intervenciones. Estos indicadores pueden servir de guía para establecer unos estándares nacionales que nos ayuden a mejorar día a día nuestros resultados.

## Bibliografía

- Raich M, Martínez P, Jiménez JA, González FJ. Complicaciones postalta en cirugía ambulatoria. En: Anestesia para la cirugía ambulatoria II. Barcelona: EDIKA MED; 1999. p. 239-52.
- Rodríguez-Cuellar E, Rafael Villete P, Alcalde J, Landa JL, Porrero JL, Gómez M, et al. Proyecto nacional para la gestión clínica de procesos asistenciales. Tratamiento quirúrgico de la hernia inguinal. *Cir Esp*. 2005;77:194-202.
- Twersky R, Fishman D, Homel P. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 1997;84:319-24.
- Galindo Palazuelos M, Peraza Sánchez M, Ramos Goicoechea JF, González Fernández I, Castro Ugalde A, Manso Marín J. Resultados de un programa de cirugía mayor ambulatoria, implicaciones anestésicas. *Cir May Amb*. 2003;8:151-7.
- Ramón C, Pelegri D, Turon E, et al. Selection criteria used in 1310 patients in ambulatory major surgery. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 1993;40:234-7.
- Mezei G, Chung F. Return hospital visits and hospital readmissions after ambulatory surgery. *Ann Surg*. 1999;230:721-7.
- Sampietro Crespo A, Vaquerizo Gareta A, Fernández Duran A, et al. Major outpatient surgery in urology: our experience. *Arch Esp Urol*. 1995;48:343-6.
- Bueno-Lledó J, Planells-Roig M, Sanahuja-Santafé A, García-Espinosa R, Arnau-Bertomeu C, Guillemot M. Factores intraoperatorios predictivos del fracaso del régimen ambulatorio tras colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2005;78:168-74.
- Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within one month of ambulatory surgery and anaesthesia. *J Am Med Asso*. 1993;270:1437-41.
- Natof HE. FASA survey results revised. En: Wetchler BV, editor. Outpatients Anaesthetic. No double standar. *Anesth Patient Safety Found Newsletter*. 1987;2:8.
- Scott I, Chung F. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesth Analg*. 1999;88:508-17.
- Warner MA, Shields SE, Chute CG. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. *JAMA*. 1993;270:1437-41.
- Pearson A, Richardson M, Cairns M. "Best practice" in day surgery units: a review of the evidence. *Ambulatory Surgery*. 2004;11:49-54.
- Pedraja R. Manejo del paciente diabético en Cirugía Mayor Ambulatoria. En: Maestre JM, editor. Guía para la Planificación y Desarrollo de un Programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Madrid: Ediciones Ergón SA; 1997. p. 81-3.
- Joshi GP. Postoperative pain management. *Int Anesthesiol Clin*. 1994;32:113-26.
- Coley KC, Williams BA, DaPos SV, Chen C, Smith RB. Retrospective evaluation of unanticipated admissions and readmissions after same day surgery and associated costs. *J Clin Anesth*. 2002;14:349-53.
- Osborne GA, Rudkin GE. Outcome after day care surgery in a major teaching hospital. *Anesth Int Care*. 1993;21:822-7.
- Fortier J, Chung F, Su J. Unanticipated admission of ambulatory surgical patients: a prospective study. *Can J Anaesth*. 1998;45:612-9.
- Philip BK. Patients assesment of ambulatory anaesthesia and surgery. *J Clin Anesth*. 1992;4:355-8.
- Weigeltit A, Dryer D, Haley RW. The necessity and efficiency of wound surveillance after discharge. *Arch Surg*. 1992;127:77-82.
- Mertens R, Jans B, Kurz X. A computerized nationwide network: for nosocomial infection surveillance in Belgium. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 1994;15:171-9.