

Servicio cirugía pediátrica descentralizado, UdelaR-ASSE 2003-2015

Decentralized pediatric surgery service, UdelaR-ASSE 2003-2015

Serviço de Cirurgia Pediátrica descentralizado, UdelaR-ASSE 2003-2015

Ruver Berazategui¹, Ariel Fraga Cabrera^{2*}, Berch Hagobian²,
Adriana Méndez³

Resumen

En salud, contribuye a la mejora en la calidad de vida de las personas un sistema de salud eficiente, eficaz y equitativo. En los niños con patología quirúrgica de alta prevalencia el acceso a un servicio cercano a la zona en que residen contribuye a estos objetivos. En un contexto de crisis la Clínica Quirúrgica Pediátrica (CQP) ve una oportunidad para descentralizar. El objetivo es describir el Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado dependiente de la CQP, entre 2003-2015. Se realizó un análisis documental y la caracterización del servicio. El análisis muestra: 10 unidades de cirugía pediátrica programada, correspondientes a los Hospitales de: las Piedras, Durazno, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Unión y Florida. Se realizó de 2003 al 2015 un total de 1369 policlínicas, 11265 consultas, 345 fechas quirúrgicas y 1994 niños operados. Se integraron 2 Unidades Docentes Asistenciales, y 113 estudiantes: 33 pregrados, 46 practicantes internos y 34 residentes y posgrados. Se realizaron 7 jornadas: “semana de cirugía pediátrica del interior”, en el Hospital de Rivera. Se elaboró un manual de procedimientos con funcionarios y autoridades. Se incorporó a los familiares acompañando a los niños en sala de recuperación post- anestésica. El proceso de descentralización se encuentra consolidado, con una experiencia de trabajo interinstitucional entre la academia y el subsector público de salud. El mismo ha cumplido con los objetivos de brindar una asistencia equitativa, cubriendo una demanda insatisfecha y resolviendo la patología de alta prevalencia en forma oportuna.

Palabras clave

Cirugía pediátrica, descentralización de servicios, gestión clínica, atención primaria.

Abstract

In health, an efficient, effective and equitable health system contributes to the improvement of people's quality of life. In children with surgical pathology of high prevalence, the access to a service nearby to the area in which they reside, contributes to these objectives. In a crisis context, the Pediatric

1. Ex-Prof. Director de la Clínica Quirúrgica Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

2. Ex-Asistente de la Clínica Quirúrgica Pediátrica, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

3. Prof. Adjunta del Departamento de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

* Contacto: Ariel Fraga Cabrera. E-mail: mantoniafraga@gmail.com

Surgical Clinic (PSC) sees the opportunity to decentralize. The objective is to describe the decentralized Service of Pediatric Surgery dependent to the PSC in the period 2003-2015. Following our objective, we made a documentary analysis of the decentralization and a description of the service. The analysis shows: 10 units of pediatric surgery scheduled, corresponding to Hospitals: Las Piedras, Durazno, Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR), Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Union and Florida. It has been made between 2003 and 2015 a total of 1369 clinics, corresponding to 11265 consultations, with 345 surgical dates that concluded in 1994 children operated. Two pedagogical units were integrated, and 113 students: 33 undergraduate, 46 internal practitioners and 34 residents and postgraduate. Seven meetings called “week of pediatric surgery” were made in the Rivera Hospital. A procedure manual was developed with officials and authorities. Was included the family members to accompany their children in the post-anesthetic recovery room. The decentralization process is consolidated, with the inter-institutional work experience between the academia and the public health sub-sector. It has fulfilled with the objectives of providing an equal assistance, covering an unsatisfied demand and solving the pathology of high prevalence in a properly manner.

Key Words

Pediatric Surgery, Decentralized Service, Clinical Management, Primary Care.

Resumo

Em saúde, a melhoria da qualidade de vida decorre de um sistema eficiente, eficaz e equitativo. Em crianças com patologia cirúrgica de alta prevalência, o acesso a um serviço próximo da área de residência contribui para esses objetivos. Em um contexto de crise, a Clínica Cirúrgica Pediátrica (CQP) vê uma oportunidade para descentralizar. O objetivo é descrever o Serviço de Cirurgia Pediátrica Descentralizado dependente da CQP, entre os anos de 2003 e 2015. Realizou-se uma análise documental e foi caracterizado o serviço. A análise se refere a 10 unidades de cirurgia pediátrica programada, correspondendo aos hospitais de Las Piedras, Durazno, CHPR, Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Unión e Florida. No período acima foram realizados 1369 ambulatorios, 11265 consultas, 345 datas cirúrgicas e 1994 cirurgias pediátricas. Foram integradas duas Unidades Docentes Assistenciais e participaram 113 estudantes (33 graduandos, 46 praticantes internos, e 34 residentes e pós-graduandos). Foram realizadas 7 jornadas (“Semana de Cirugía Pediátrica del Interior”), no Hospital de Rivera. Foi elaborado um manual de procedimentos, com participação de funcionários e autoridades. As crianças foram acompanhadas por seus familiares na sala de recuperação pós-anestésica. O processo de descentralização está consolidado, com uma experiência de trabalho interinstitucional entre a academia e o subsector público da saúde. Ele atingiu os objetivos de prestar uma assistência equitativa, cobrindo uma demanda insatisfeita e resolvendo a patologia de alta prevalência em tempo hábil.

Palavras-chave:

Cirurgia pediátrica, descentralização de serviços, gestão, gestão clínica, cuidados primários.

Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de la Salud) establecen puntos estratégicos para la planificación de las políticas y los programas que las instrumentan⁽¹⁾. Algunos de ellos son el acceso universal a los diagnósticos y tratamientos más adecuados enfocados en la prevención, diagnóstico precoz y la descentralización de los servicios de salud.

Las policlínicas de cercanía mejoran el acceso de los niños y sus familias a la consulta, acortando los tiempos de espera. La captación de niños sin diagnóstico y el diagnóstico oportuno evita tiempos de demora y traslados más largos, iniciando el tratamiento en forma adecuada. De esta manera se da continuidad al proceso asistencial estableciéndose un contacto directo con el profesional y el equipo de salud que realizará el seguimiento. Las mismas ventajas corresponden a los centros de proximidad que tienen capacidad de resolución quirúrgica al disponer de las condiciones necesarias para realizar todo el proceso asistencial en la misma localización (la policlínica de cercanía, coordinación quirúrgica y la cirugía). El vínculo adecuado entre el equipo de salud y el usuario facilita el proceso de atención incluida la instancia del consentimiento informado, procedimiento en el que cabe fundamentar los beneficios de la cirugía, los riesgos evolutivos que se evitarían si la patología no fuese resuelta y las complicaciones que pudieran derivarse de la misma.

En la bibliografía internacional se reseñan los fundamentos sobre la importancia de que esta intervención sea brindada por los cirujanos pediátricos, relacionados en forma continua y longitudinal a la asistencia del niño y su familia⁽²⁾⁽³⁾. Uruguay cuenta con oportunidades que permiten la descentralización de los servicios quirúrgicos, y que se concreta en una estrategia políticamente definida por la Clínica Quirúrgica Pediátrica (CQP) para una asistencia sistematizada y organizada que logre buenos resultados, mejore la calidad de atención y la satisfacción del usuario y

su familia.

La CQP es la encargada de la formación de los recursos humanos responsables de realizar la cirugía pediátrica. Realiza sus prácticas en las instalaciones del Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR) que pertenece a la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), contando con una red asistencial en el primer y segundo nivel con recursos para desarrollar esta actividad; los mismos se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional.

En 2001 la CQP había desarrollado en el CHPR el programa de “Cirugía de corta estadía” (internación hospitalaria no mayor a 24 h) y el de “Cirugía del día” (alta hospitalaria en el día de la cirugía de pacientes residentes en el área metropolitana de Montevideo). Estos programas están dirigidos a niños en los que se propone un procedimiento de coordinación no complejo. Están basados en trabajos internacionales que evidencian que la mayoría de los niños con indicación de cirugía no compleja son candidatos a recibir una estadía hospitalaria breve. Siendo el tratamiento igualmente efectivo y seguro que con internaciones más prolongadas⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁵⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾.

A partir de la crisis económica de 2002 en Uruguay el sistema de Salud Pública enfrentó dificultades para garantizar el derecho individual y colectivo frente al aumento de la demanda asistencial. El CHPR registró un mayor número de niños con indicación de cirugía no compleja, aumentando la lista de espera. La CQP estudió las características epidemiológicas de esta población que saturaba su servicio, resultando en su mayoría apta para ingresar en un programa de cirugía de estadía breve.

La coyuntura nacional, sumada a la ausencia de proyectos con una actividad quirúrgica sistemática fuera del CHPR, y a la existencia de infraestructuras, recursos humanos y materiales subutilizados en otros centros hospitalarios del interior, fueron considerados como una oportunidad para descentralizar.

Podemos considerar varios grupos de interés

que comparten el beneficio de esta política de descentralización del Servicio de Cirugía Pediátrica (SCP): los niños y sus familias, la CQP, el CHPR, los recursos humanos de ASSE y los estudiantes (de grado y post-grado) de Facultad de Medicina, y de las Escuelas Técnicas.

Las ventajas de la estrategia de descentralización tenidas en cuenta son: mejorar la accesibilidad del usuario; diagnóstico y tratamiento oportuno; centralizar la consulta de alta complejidad en el CHPR; formación de recursos humanos.

Los espacios utilizados para la gestión descentralizadora tienen la potencialidad de convertirse entonces, en nuevas áreas en donde la asistencia y las actividades pedagógicas pueden iniciarse y desarrollarse en coordinación interinstitucional con un impacto social positivo demostrable.

En la misma dirección es que actualmente desde 2010 existe un marco de cooperación entre ASSE y Facultad de Medicina, que a través del Programa de Unidades Docente-Asistenciales (UDA) impulsa procesos de este tipo, y se convierte en un factor de fortalecimiento y consolidación de los mismos. Creemos pertinente y oportuno transmitir esta experiencia de 12 años de evolución del Servicio de Cirugía Pediátrica Descentralizado (SCPD). Siendo el objetivo describir el proceso de desarrollo del servicio dependiente de la CQP en el período 2003-2015.

Materiales y métodos

Realizamos un estudio en el que triangulamos un diseño cualitativo de análisis documental con un diseño cuantitativo observacional descriptivo retrospectivo.

El análisis documental nos permitió: describir el proceso de descentralización y el servicio quirúrgico. Se revisó todo registro escrito de las actividades realizadas. Los registros escritos revisados corresponden: al “manual de procedimientos de cirugía pediátrica, Las Piedras-2003”, “manual de procedimientos de cirugía pediátrica, Las Piedras-2004”, “manual de procedimientos de

cirugía pediátrica, Durazno -2004”; “programa de policlínicas periféricas”; “programa de corta estadía” y “programa de cirugía del día”; “proyecto UDA de cirugía pediátrica Las Piedras – Durazno; “poster de puesta del día Las Piedras”; “informe UDA 2010, 2011, 2012, evaluación y planilla de datos 2013; evaluación y planilla de datos 2014; formulario, objetivos y metas 2014.

El diseño observacional descriptivo permitió realizar la caracterización de los servicios prestados: para ello se recurrió a fuentes secundarias: los registros de ASSE, realizando el pedido de los datos a las autoridades. Se tomó como población a todo niño/a asistido en las UCPP de ASSE entre el 2003 a 2015 y las variables pedidas fueron: policlínicas realizadas, consultas realizadas, fechas quirúrgicas (días en que se realizan las cirugías), número de niños/as operados, número de cirugías realizadas según UCPP; tipo de patología operada por año, sexo y edad y servicio donde se realizó. Para el análisis de los datos se utilizó el software Epi info 7, calculándose las frecuencias absolutas para las variables cualitativas.

Resultados

Al 2015 se concretó la instalación y funcionamiento de 10 unidades de cirugía pediátrica programada (UCPP), compuestas por la consulta en policlínica de cercanía y la cirugía programada o de coordinación. Las mismas corresponden a los hospitales (centros de referencia) de: Las Piedras, Durazno, CHPR, Rocha, Minas, San Carlos, Rivera, Salto, Bella Unión y Florida. La cronología del proceso de descentralización se muestra en la Tabla 1.

Para realizar la actividad quirúrgica en el proceso de descentralización del servicio de cirugía pediátrica en el Hospital de la Piedras se realizó un manual de procedimientos quirúrgicos que se actualizó para desarrollar el servicio en el Hospital de Durazno.

Previo a la instalación del SCPD en la Regional Norte se realizaron 7 Jornadas de la “semana de

cirugía pediátrica del interior” en el Hospital de Rivera.

Entre el 2003 y 2015 se realizaron 1369 policlínicas que correspondieron a 11265 consultas, realizándose 345 fechas quirúrgicas (Tabla 2). La distribución de consultas, fechas quirúrgicas y niños operados según el año se muestra en el Tabla 3. El total de niños operados en este período fue de 1994, de los cuales 8 tuvieron complicaciones, 9 recidivas, y todos excepto 2 recibieron el alta hospitalaria antes de las 24 hs. No se registró

mortalidad entre los niños asistidos.

La distribución de patologías operadas (Tabla 4) en Las Piedras, Durazno, Metropolitana y Florida fue: 194 criptorquidias, 256 fimosis, 360 hernias inguinales, 35 hernias de línea blanca, 91 hernias umbilicales, 97 hidroceles, 32 uñas encarnadas, 43 casos sincrónicos (realización de 2 procedimientos quirúrgicos por paciente en el mismo acto anestésico quirúrgico), y 63 otros (patología miscelánea).

La UDA regional Este realizó un total de 186 operaciones, que correspondieron a las siguientes patologías: 48 hernias inguinales, 34 fimosis, 39 criptorquidias, 22 hidroceles, 13 hernias umbilicales, otros 15, y 8 litiasis vesiculares realizadas por cirugía laparoscópica. En total se realizaron 13 procedimientos laparoscópicos: 8 que correspondieron a niños con litiasis y 5 a niños con testículo no palpable.

En 2 jornadas de cirugía pediátrica del interior, realizadas en el Hospital de Rivera en 2005 y 2006,

2003	Hospital de Las Piedras. Manual de procedimientos quirúrgicos.
2004	Hospital de Durazno. Actualización del manual de procedimientos quirúrgicos.
2005	Jornadas Quirúrgicas Pediátricas en el Hospital de Rivera. Se realizaron 7 jornadas “semana de cirugía pediátrica del interior”.
2005	Policlínicas periféricas en el área metropolitana: Rap-metropolitana.
2010	Unidades Docentes-asistenciales (UDA) de Cirugía Pediátrica: UDA regional Este (hospitales de Rocha, Minas y San Carlos) y UDA Las Piedras.
2011	Florida y regional Norte (hospitales de Rivera, Salto y Bella Unión).

Tabla 1. Cronología del proceso de descentralización

	Área metropolitana	Durazno	Las Piedras	Florida	Reg. Norte**	UDA Reg. Este*	Total
Policlínicas	911	120	253	85	s/d	s/d	1369
Consultas	5812	1681	2243	363	s/d	1166	11265
Fechas quirúrgicas	96	67	136	46	s/d	s/d	345
Niños operados	333	196	499	78	704	184	1994

Tabla 2. Distribución de las actividades en las UCPP 2003 – 2015.

UDA reg. Este*: integrada por las UCPP de Rocha, Minas y San Carlos

Reg. Norte**: integrada por las UCPP de Rivera, Salto y Bella Unión.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	totales
consultas	s/d	75	144	359	349	402	353	492	756	1182	1236	1207	485	7040
Fechas quirúrgicas*	4	17	22	20	18	23	12	16	24	48	63	59	49	375
niños operados	14	74	79	75	53	75	39	59	85	129	150	140	149	1121

*Fechas quirúrgicas: días en que se realizaron las cirugías.

Estos datos corresponden a las UCPP del Área metropolitana, Las Piedras, Durazno y Florida.

Tabla 3. Distribución de consultas, fechas quirúrgicas y niños operados por año.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	TOTALES
criptorquidia	1	22	14	13	6	18	8	17	19	15	21	24	16	194
Fimosis	1	17	6	10	13	24	8	15	17	32	46	45	22	256
hernia inguinal	1	33	29	27	21	25	10	12	34	59	56	35	18	360
hernia de línea blanca	8	1	0	1	1	3	1	2	1	8	3	4	2	35
hernia umbilical	1	0	5	12	3	5	2	2	11	13	11	15	11	91
hidrocele	1	8	10	7	9	5	7	5	5	13	15	8	4	97
uña encarnada	0	0	3	0	0	0	0	3	3	3	7	9	4	32
casos sincrónicos*	1	2	0	5	3	8	1	2	2	5	9	2	3	43
otros**	2	7	12	5	3	2	3	4	7	7	4	5	2	63
niños operados	15	88	76	75	56	82	39	57	94	147	156	136	75	

Sincrónicos*: cuando en el mismo acto anestésico-quirúrgico se realizan dos procedimientos.

Otros**: patología miscelánea (quiste epidermoide, lipoma, etc).

No se incluyen datos de UCPP Reg. Norte, UCPP Reg. Este por no contar con los datos.

Tabla 4. Distribución de los niños operados según patología por año.

Fuente: sistema de registros hospitalarios de ASSE.

se realizaron 137 cirugías, que correspondieron a 127 niños operados, porque hubo 10 casos sincrónicos.

Por la UDA de las Piedras se formaron 113 estudiantes: 33 pregrados, 46 practicantes internos y 34 residentes y posgrados. Se realizaron 8 seminarios, 4 ateneos dirigidos a los estudiantes, y 1 jornada de actualización dirigida a los técnicos vinculados con la asistencia pediátrica en el primer nivel de atención.

Se incorporó una modalidad de trabajo facilitando la participación de los familiares en el acompañamiento en sala de recuperación post-anestésica en los hospitales de Las Piedras y Durazno.

Discusión

Los resultados expuestos muestran que el proceso de descentralización de la cirugía pediátrica

en el Uruguay es una realidad que comenzó hace 12 años. En este proceso observamos el rol protagonista de la CQP, que con su fuerza de convocatoria integró a las autoridades y funcionarios técnicos y no técnicos en la conformación de las UCPP. El liderazgo de la CQP permitió que en los lugares en donde se establecieron las UCPP, las mismas continúen funcionando al día de hoy.

En cuanto a la distribución de las patologías resueltas es la esperable según la casuística internacional⁽²⁾⁽³⁾⁽⁶⁾⁽⁷⁾, siendo las más frecuentes: hernia inguinal, fimosis, criptorquidia en este orden. Los casos de niños con recidivas y complicaciones fueron pocos y aislados. Es de destacar que no hubo complicaciones graves ni mortalidad en estos 12 años de funcionamiento, cumpliéndose con la meta de otorgar el alta antes de las 24h de internación en todos los niños excepto 2.

La participación de la clínica cuyo rol es la formación de recursos técnicos propició la integración de las UDA al SCPD, lo que a su vez apoyó la consolidación de la descentralización, siendo un lugar de formación de estudiantes de grado, post-grado, y diferentes técnicos que están vinculados al servicio.

Un hecho a destacar son las jornadas de cirugía pediátrica en el interior, realizadas en Rivera, que permitieron generar las condiciones para el establecimiento de las UCPP de la regional Norte.

Se elaboró un manual en el que intervinieron los recursos humanos involucrados en el funcionamiento de las UCPP de Las Piedras y Durazno lo que generó un mayor compromiso de los funcionarios y autoridades al sentirse parte del proyecto. Sin duda esto ha tenido que ver con el cumplimiento de las metas propuestas.

Es de destacar el desarrollo de una propuesta innovadora como fue el proyecto de sala de recuperación post anestésica originalmente instalado en el Hospital de la Piedras donde sigue funcionando. Posteriormente lo incorpora Durazno y lo extiende facilitando el ingreso del familiar a la inducción anestésica.

Para alcanzar los objetivos y metas en cada unidad consideramos importante el compromiso de personas que lideraron el proceso y lo hicieron sustentable. La participación de recursos humanos muy involucrados con el servicio creemos que ha contribuido para su desarrollo, hecho que propició en forma activa la clínica durante todo el proceso. Ejemplo de lo cual es el hecho de que una de las primeras propuestas de la clínica fue la elaboración de un manual de procedimientos, que se realizó con la participación de los funcionarios y autoridades. La elaboración de este manual permitió el protagonismo de todos los actores en el proceso empoderándose del mismo. En algunos lugares, como en la regional Norte, la experiencia de las jornadas quirúrgicas creó las condiciones para la instalación de las UCPP.

Conclusiones

El desarrollo de la descentralización de la cirugía pediátrica es un proceso que comenzó hace 12 años liderado por la CQP. Este proceso se encuentra consolidado y en funcionamiento habiendo alcanzado su propósito. El servicio fue resolviendo la demanda insatisfecha de una población de niños con las patologías quirúrgicas prevalentes disminuyendo los tiempos y listas de espera para su resolución. Por lo cual los resultados se consideran positivos porque la experiencia logró alcanzar un servicio de cercanía para el usuario y su familia, al tiempo que descongestionó el CHPR.

Como surge del análisis del proceso, funcionamiento y caracterización del SCPD, cada etapa ha contribuido al fortalecimiento global del mismo generando la experiencia necesaria para continuar el proceso.

El liderazgo ejercido por la CQP lo consideramos de vital importancia a la hora de generar estrategias para desarrollar el proyecto. La CQP puso énfasis en que la elección de cada lugar en que se instaló y desarrolló este servicio fuera el resultado de una observación cuidadosa para la cual realizó una evaluación de factibilidad.

Uno de los aspectos de mayor satisfacción para la CQP es haber generado a través de este servicio un ámbito para mejorar la relación médico-paciente mediante modalidades innovadoras como lo es el acompañamiento del niño por uno de sus familiares en la sala de recuperación post anestésica. Resulta importante lograr estos espacios para trabajar las actitudes que vinculan al niño, su familia y los integrantes del equipo de salud. Considerando que proponer y realizar un acto-anestésico quirúrgico a un niño es una situación de stress emocional y angustia especiales, estas estrategias son imprescindibles en la búsqueda de buenos resultados del proceso asistencial en su globalidad.

Los servicios descentralizados y de cercanía mejoran la accesibilidad de los usuarios,

brindando una asistencia oportuna y de calidad.

La experiencia acumulada demuestra que hay servicios como este que pueden implementarse desde una gestión local con compromiso de los recursos humanos y considerando la oportunidad de los recursos materiales existentes, sin demandar recursos financieros adicionales. Lo que mejora la distribución de recursos y su utilización por parte del sistema sanitario.

Agradecimientos

Agradecemos a los compañeros sin cuya colaboración no se podría haber realizado esta experiencia. Dr. Carlos Strozzi, Dr Luis Aycaguer, Dra. Marianela Doris Brienza Fernandez, Dr Carlos Poggi, Dr. Alejandro Britos, Dr. Carlos Juambeltz, Dr. Juan Kenny, Dr. Néstor Nuñez, Dr. Diego Pereyra Núñez, Dr. Santiago Piñeiro, Dr. Sergio Sauto, Dr. Juan Urroz.

Referencias

- Ocampo-Rodríguez MV, Betancourt Urrutia VF, Montoya-Rojas JP, Bautista-Botton DC. Sistemas y modelos de salud: su incidencia en las redes integradas de servicios de salud. *Rev Gerenc Polit.* 2013;12(24):114–29.
- Rodríguez Fernández C, Morales Sánchez R, Regueras Santos L, Mata Zubillaga D, Iglesias Blázquez C, Rodríguez Fernández LM. Actuaciones quirúrgicas en nuestro medio. *Bol Pediatr.* 2008;48(203):46–51.
- Aspiazu DA, Soares A, Roldán S, Cabello R, Gracia A, Agustín JC De. ¿Cuándo derivar un paciente al cirujano pediátrico? *Cir Pediatr* 2012. 2013;25(4):177–81.
- Trigos-Micoló I, Barquin-Donnadieu M, Gutiérrez-Soriano L. Programa Nacional de Cirugía Extramuros de la SSA 1994-2000. *Cir Cir* 2001;69(4):160–6. [cited] Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/cir-cir/cc-2001/cc014b.pdf>
- Landa GG, Prado C, Azcona I, Sánchez C. Cirugía infantil ambulatoria: 25 años de experiencia. *Cir Pediatr* 2000. 2000;13(4):159–63.
- López Álvarez-Buhilla P, Astigarraga Aguirre I, Torres Piedra C, Azcona Zorrilla MI, Olaizola Mendibil A., Latorre Guisasaola M. Cirugía de alta resolución pediátrica: una serie de 75 casos. *Rev Calid Asist.* 2009;24(6):239–44.
- Rubio DM, Gentile J, Gutiérrez V, Dávila M. Manejo del paciente quirúrgico en un programa de hospital de día. *Rev Cir Infant.* 2003;13:42–6..