

Monográfico Cirugía Mayor Ambulatoria

La formación en Cirugía Mayor Ambulatoria en cirugía general y digestivo

Training in Ambulatory Surgery in general and digestive surgery

Docobo Durántez F, Morales García D

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Unidad de Cirugía Endocrina. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria. Málaga.

RESUMEN

La formación en Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) se considera básica en la práctica de medicina, en sus diferentes especialidades y en la enfermería. El objetivo de este artículo es la puesta al día en la formación en CMA así como sugerir una serie de directrices que nos ayuden a mejorar la misma. La formación debe iniciarse en el período de Pregrado donde se presentan las bases del conocimiento de la misma tanto teóricas como prácticas en una rotación específica en la unidad de cirugía mayor ambulatoria y en la que deben participar la totalidad de alumnos de cada curso académico, lo que proporciona un conocimiento real, no solo a los futuros especialistas del área quirúrgica sino también a los futuros médicos de atención

primaria y a las enfermeras, actores principales en el circuito asistencial quirúrgico sin ingreso, manteniéndose durante el periodo de formación (formación de postgrado) con una rotación expresa y específica en la Unidad de CMA.

Al mismo tiempo, es fundamental la formación continuada a lo largo de la vida profesional, la formación del formador y la acreditación tanto de unidades como de profesionales por las sociedades científicas, tanto nacionales (Asociación Española de Cirujanos, Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria), como Europeas en forma de Board.

CORRESPONDENCIA

Fernando Docobo Durántez
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío
41013 Sevilla.
fdocobod@yahoo.es

XREF

Palabras Claves: Cirugía Mayor Ambulatoria, formación pregrado y postgrado, formación continuada.

CITA ESTE TRABAJO

Docobo Durántez F, Morales García D. La formación en Cirugía Mayor Ambulatoria en cirugía general y digestivo. Cir Andal. 2022;33(4):462-467.

ABSTRACT

Teaching and training are basic in medical specialties and nursery. The objective of this paper is update in Day Surgery and find the best possibilities to get a better result.

This teaching must begin in pregraduate period, with definition of theoretical and practice basis of Day Surgery, with a specific period in day surgery unit. This practice period must be developed by all students of each academic course. This approach gives a real situation to all medical students, not only to future surgeons but general practitioners and nursery. Both main actors of day surgery healthcare circuit. In postoperative period each surgical specialty develops a specific period in Day Surgery Unit.

Sometimes, continues training must be developed along professional live. Training the trainer programs. Units and professional accreditation by scientific national associations as Asociación Española de Cirujanos, Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria and European Associations as Day Surgery Board.

Key words: Ambulatory surgery, undergraduate and postgraduate training, continuing education.

INTRODUCCIÓN

La Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) definida como tal por la International Association for Ambulatory Surgery (IAAS), como el conjunto de procedimientos y/o intervenciones quirúrgicas en las que el paciente es dado de alta el mismo día de la intervención, excluyendo los procedimientos realizados en consulta así como los procedimientos de cirugía menor y cirugía ambulante, se ha instaurado como el sistema de tratamiento quirúrgico de elección en un gran número de procesos asistenciales a nivel mundial en los últimos 25 años¹.

Un gran número de pacientes son portadores de patologías concretas, pero muy frecuentes en las listas de demoras asistenciales, pueden y deben de ser intervenidos en este sistema sin precisar pernocta en la unidad o en el hospital y que es costo-eficiente.

Esta evolución del tratamiento quirúrgico de numerosos procedimientos realizados de forma electiva y algunos también de urgencia, viene derivada de la eficacia en su aplicación, en la seguridad del procedimiento y control evolutivo, así como en la eficiencia en su resolución a unos costes inferiores a los realizados con ingreso hospitalario. Además, esto conlleva, como valor añadido, la posibilidad de utilizar el recurso cama quirúrgica en la resolución de otras patologías más complejas que están en las listas de demoras asistenciales.

Hay dos aspectos fundamentales para que estos sistemas asistenciales puedan funcionar adecuadamente en el futuro, una es la propia financiación dentro de los sistemas públicos de salud gestores de la gran mayoría de la actividad quirúrgica nacional. El otro aspecto a valorar es el garantizar de cara al futuro una adecuada formación de los profesionales que van a estar implicados en su realización.

En el primer punto, cada vez es más notoria la necesidad de incentivar las unidades clínicas y servicios que presentan una actividad

importante en CMA. Todo ello en relación a la calidad proporcionada en el tratamiento, en el ahorro de costes, en la satisfacción del paciente y en la disminución de las demoras asistenciales. Esta incentivación se debería hacer sin tener que elevar los presupuestos actuales a ningún nivel, si no que presupuestariamente incrementar la actividad en CMA evitando aumentar la financiación otro tipo de programas que no lo hacen y por el contrario generan estancias para las mismas patologías con el incremento del gasto que supone la pernocta del paciente cuando esta es innecesaria o cuando puede ser obviada². Otra forma de implementar la CMA sería favorecer la creación de unidades independientes monográficas o multidisciplinares, que son las más rentables económicamente^{3,4}.

En segundo lugar y no menos importante, ya que constituye el pilar de la asistencia, es la formación en CMA. Con la experiencia obtenida en las últimas décadas con la aplicación y desarrollo de la CMA en nuestro medio^{3,5}, pensamos que la formación en CMA, una nueva forma estratégica de aplicar tratamientos ya conocidos, previa selección de los pacientes adecuados, realización de los procedimientos planteados y en los controles de alta y postoperatorios, siempre con la mayor eficacia y seguridad para los pacientes. La formación debería de iniciarse lo antes posible, esto es, en el período de pregrado tanto de medicina como de enfermería.

La formación debe establecerse con una línea estratégica de primer orden, determinada tanto a nivel nacional como autonómico para que los gestores clínicos, verdaderos responsables de la implantación y funcionamiento de las unidades de CMA en los centros hospitalarios en sus diferentes tipos, puedan impulsar su desarrollo^{5,6}.

La pandemia nos ha demostrado claramente que hay oportunidades para el cambio⁷ y que no ha afectado a la formación de los residentes en cuanto a la CMA, es más, dado que, en algunos lugares en plena pandemia, solo ha sido posible operar CMA, en aquellos centros con unidades satélites, la formación incluso ha salido beneficiada^{6,8,9}.

¿POR QUÉ LA FORMACION EN CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA ES DISTINTA?

La formación en CMA tiene una serie de peculiaridades que la hacen diferente a la formación tradicional en distintas áreas o especialidades. En primer lugar, la CMA supone un cambio en el paradigma de la relación médico-paciente, ya que el paciente es dado de alta el mismo día de la intervención y el médico que atiende al paciente ese día no va a tener al paciente ingresado, viendo su evolución diaria. Esto no supone un problema en la actualidad ya que, debido a la sobrecarga asistencial, muchas veces se operan o se siguen pacientes en consulta, que no han sido vistos previamente por el médico o la enfermera que ese día los atienden.

Pero para el médico residente (MIR), si se ha considerado que esto podría ser un problema, ya que la estancia en la unidad no le permitiría la continuidad asistencial, lo que tiene muy fácil solución, organizando de manera correcta la rotación, de manera, que además de estar en la unidad y en el quirófano, el MIR participe de manera activa en la consulta de pre y postoperatorio de CMA. Por otro lado, la unidad de CMA no es lugar ideal para aprender a realizar historias clínicas los estudiantes de medicina, ni aprender el manejo de las heridas, pero si es el lugar ideal para afianzar los conocimientos

necesarios en gestión clínica que oferta la CMA, es muy importante entender que los aspectos estructurales y organizativos de la CMA tienen su propia idiosincrasia.

Por último, hay que tener en cuenta los tipos de unidades de CMA de cada centro, y que a veces cuesta entender que la rotación se tiene que hacer en un centro que está alejado del hospital donde el MIR realiza su formación, pero que paradójicamente le va a ofrecer una formación posiblemente mejor que si la unidad está dentro del propio hospital¹⁰.

FORMACIÓN DE PREGRADO

La formación en CMA se considera actualmente básica para el cirujano. El circuito asistencial, la selección de pacientes en relación con determinadas patologías, la aplicación rigurosa de los diversos procedimientos, los criterios al alta y el posterior seguimiento deben ser los pilares de esta actividad, pero sigue siendo llamativo que en la actualidad no existan criterios instaurados de formación a nivel pregrado, donde solo en algunas Facultades de Medicina como en la de Sevilla¹¹, han incluido a la CMA en sus programas teórico y prácticos.

No tiene sentido qué en tercer curso de medicina, en todos los programas de las asignaturas relacionadas con la cirugía se hable de las bases de la cirugía oncológica, de los trasplantes o de la hemostasia, y no se hable de las bases y fundamentos de la CMA, actividad con la que los futuros médicos y enfermeras, independientemente de su especialización, van a tener un vínculo durante toda su carrera. En nuestra experiencia, esta incorporación se debe realizar al comenzar la actividad clínica, tanto teórica como práctica debiendo de tener todo el alumnado la posibilidad de tener formación teórica y asistencia práctica en CMA en su período clínico y esto además está avalado por estudios como los de Docobo¹², en el que fueron evaluados de forma prospectiva los alumnos de medicina en las asignaturas Fundamentos de Cirugía y Anestesiología (3º curso), Patología Quirúrgica 1 (4º curso), Patología Quirúrgica 2 (5º curso) y Clínica Quirúrgica (6º) en un periodo de 4 años, en relación a las competencias adquiridas en CMA en los cursos de 2012 a 2016. En relación a competencias adquiridas conocimientos (escala de 10-0), habilidades (escala 10-0) y actitudes (escala 10-0), ya que de los 706 alumnos que fueron evaluados y en relación a distintos ítems (**Tabla 1**), presentando unos resultados altamente satisfactorios. Con todo ello, sugerimos unas propuestas de mejora de la formación de pregrado, que serían:

- Introducción a los estudiantes de Medicina en los principios de la CMA en su primer contacto con la patología quirúrgica y que en los planes actuales de formación, tiene lugar en el tercer año de carrera.

- Conocimiento de eficiencia, eficacia, calidad y valoración de resultados. Manejo de los indicadores en Gestión clínica y especialmente en gestión de la CMA: índice de sustitución, índice de ambulatorización, índice de reingreso, morbilidad....

- Introducción de una rotación en la Unidad de CMA durante el último año de carrera, al igual que se rota en distintas unidades quirúrgicas.

Tabla 1. Formación de pregrado

Competencias adquiridas en una serie de 706 alumnos en el período, n relación a los conocimientos (escala de 10-0), habilidades (escala 10-0) y actitudes (escala 10-0).

Adquisición de Conocimientos (4 Preguntas en examen teórico):

548 alumnos (77,62%) contestaron afirmativamente a las preguntas realizadas en el examen teórico.

148 (20,96%) contestaron 3 de las 4 preguntas realizadas-

10 alumnos (1.40%) contestaron menos de las 3 preguntas planteadas.

Habilidades desarrolladas reflejadas en el cuaderno de prácticas:

Alto (8-10/10) : 253 alumnos (35.83%) , Medio (7-5/10) : 398 alumnos (56,37%), Bajo (4-1/10): 55 alumnos (7,179%)

Actitudes (Grado de implicación):

Alto (8,9/10) 371 alumnos; (52,54%) Medio (7,6,5 /10) 262 alumnos, Bajo (4,1/10) 73 alumnos (10,33%).

- Implementar un cambio en la mentalidad del discente pero también en la del docente.

FORMACIÓN DE POSTGRADO

Inicialmente se consideró que el personal sanitario encargado de la CMA debía de ser altamente capacitado y que solo los expertos podrían dedicarse a la CMA, tal como afirmaba Hardman¹³, algo que el tiempo ha desmentido, como demuestran los estudios de Docobo^{7,12}o Larrañaga⁵, los cuales dejan claro que la formación de postgrado no afecta negativamente al funcionamiento de la unidad de CMA, mas al contrario, la beneficia y enriquece además de que no altera el funcionamiento de la misma.

Se han propuesto distintos modelos para la formación de postgrado, desde considerarlo como una rotación más en el programa a la formación continuada durante todo el periodo de la residencia. Parece que un modelo mixto, en el que encaja la rotación específica y la formación continuada debería de ser el aceptado, ya que ofrece los mejores resultados^{7,10}.

Además, el propio programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo, que seguramente precisa de mejoras y actualizaciones, pero es el que está vigente en la actualidad, señala solamente la realización de cursos en relación a la CMA durante el segundo año de residencia, pero no habla de ninguna rotación específica^{14,15}, a diferencia de otras sociedades como la Sociedad para la Anestesia Ambulatoria (SAMBA)¹⁶.

Es muy importante saber qué es lo que opinan los residentes a cerca de su propia formación, y cuando se les pregunta, tal como refleja el estudio de C Martínez *et al.*¹⁷ donde realiza una encuesta de opinión sobre la cirugía mayor ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas. Afirman que es importante conocer y formarse en este tipo de cirugía, las técnicas quirúrgicas que se realizan en CMA son fundamentales para su formación, que la CMA debe de incluirse de manera estructurada en el programa de formación y que el tener formación en CMA mejora sus expectativas laborales.

De esta manera, parece claro que la formación específica en CMA durante el postgrado y especialmente durante el período formativo que representa la residencia, debe de estar claramente definido y estructurado y que no solo no perjudica la actividad de la unidad de CMA, sino que es claramente beneficioso.

Parece que la rotación durante el primer año de residencia y una rotación más durante los años tercero y cuarto de formación, en la Unidad de CMA, serían una buena propuesta de mejora de la formación de nuestros residentes.

Stone propone una serie de directrices para la enseñanza de la CMA en el postgrado¹⁸ que incluirían:

- Transmisión a los residentes de la importancia de la disminución de la estancia quirúrgica, explicando los criterios de relación costo beneficio que se utilizan en la CMA.

- Aprendizaje específico de la forma y momento de preparar a los pacientes para la CMA, realizando una estancia a tiempo completo en la Unidad de CMA e incluyendo una rotación por el área de consulta.

- Es indispensable que el residente aprenda habilidades de comunicación con los pacientes que incluyan la verificación de que estos han entendido las instrucciones que se les han dado y tienen capacidad para cumplirlas.

- Concienciarse con el concepto de trabajo en equipo de forma interactivas con otros servicios, así como el conocimiento de las opciones de la medicina extrahospitalaria.

- Los docentes en CMA deben de estar especialmente seguros de que el residente interviene en la toma de decisiones sobre el alta y la evolución de los pacientes, adquiriendo experiencia en este sentido.

Y estos principios, trasladados a nuestro entorno, podrían claramente resumirse en:

- Aprendizaje de la técnica quirúrgica y/o anestésica.

- Faceta estructural y organizativa del circuito asistencial de la CMA.

- Circuitos de Atención primaria, gestión de lista de espera, criterios de selección e inclusión de pacientes.

- Selección de procedimientos, tipo de anestesia, analgesia.

- Criterios de alta, control postoperatorio domiciliario y evaluación de resultados.

- Las sesiones clínicas, la simulación clínica y la participación en cursos, seminarios y talleres procuran un aprendizaje dirigido adecuado.

- Se debe complementar como siempre con estudio y autoaprendizaje. Los recursos existentes en la red (e-learning, búsquedas concretas, participación en foros, etc) también deben ser utilizados.

- Además siempre existe la posibilidad de participar en proyectos de investigación quirúrgica que puedan contribuir a la mejora continua la labor desarrollada por los tutores es esencial en todo este entramado. En sus tareas se implica la vigilancia del cumplimiento del itinerario formativo de cada residente, haciendo especial referencia a la formación en CMA¹⁸.

- En las entrevistas periódicas para valorar competencias, se requiere de una evaluación formativa que proporcione al residente y a los educadores retroalimentación sobre sus fortalezas y debilidades para futuros desarrollos.

- Los objetivos de un feed-back adecuado deben de contemplar el estimular y mejorar el aprendizaje y garantizar los estándares establecidos. La mejora continua de las habilidades y la modulación de los comportamientos conllevan a la implementación de las competencias clínicas. Un fluido feed-back, en el que queden evidenciadas con claridad el cumplimiento del programa en CMA y los objetivos específicos que se han de cumplir en el período de rotación⁹.

- En cualquier caso la educación debe ser interactiva, alejándose de aspectos doctrinales. Aunque el papel activo debe recaer en el residente, el docente debe facilitar la adquisición de los conocimientos y habilidades.

- Los docentes en CMA deben estar especialmente seguros de que el residente interviene en la toma de decisiones sobre el alta y la evolución de los pacientes, adquiriendo experiencia en este sentido. Por este motivo, se considera una premisa clave la importancia de formar al formador. Ello implicará la participación en clases teóricas, seminarios y la realización de formación práctica con la realización de actividad con objetivos concretos en la propia unidad de CMA.

¿Cómo se transmiten las competencias en CMA? Las competencias, se deben transmitir en el propio desarrollo del ejercicio profesional y en la actividad clínica real. Se debe fomentar el trabajo en equipo, para poder transmitir los diversos grados de responsabilidad de forma progresiva⁷.

En el estudio de Docobo³, se observan los buenos resultados obtenidos. En el periodo 2001-2006 un total de 15 residentes han rotado por la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria (**Tabla 2**).

FORMACIÓN CONTINUADA EN CMA

Como se ha citado con anterioridad, es fundamental la formación continuada en CMA, esta se requiere para mantener actualizadas las indicaciones, procedimientos quirúrgicos y anestésicos novedosos y para evaluar los resultados alcanzados con los mismos. La asistencia a cursos de que en nuestra experiencia han tenido una alta participación y rendimiento, asistencia a centros de formación experimental y simulación clínica, así como la participación en reuniones y congresos promovidos por asociaciones profesionales deben ser las vías para ello^{2,3}, y en el año 2022, a pesar de la pandemia, la formación continuada debe de ser una de las banderas en el progreso de la CMA. La propia pandemia nos ha enseñado un cambio de paradigma en la formación de manera que la imposibilidad de formación presencial se ha sustituido por actividades on-line, y la CMA no se ha quedado atrás en este sentido. Desde la Asociación Española

Tabla 2. Formación de postgrado

Valoración de la actividad desarrollada en un grupo de 15 residentes en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria en el período 2001-2006

CONOCIMIENTOS: (5% + 23.6% = 28.6%)

- Discente: (5%): Asistencia a las Sesiones Clínicas del Servicio Unidad (10): 15 Residentes asistieron
- Docente: (23.6%):
Sesiones 6 (10%); 15 Residentes realizaron 6 sesiones,
Sesiones clínicas Unidad: 2,
Sesiones temáticas de la Unidad: 2,
Sesiones Video Bibliográficas: 2
- Cursos: 2 (5%); 15 Residentes participaron en 2 cursos.
Curso Anual C.M.A.; 1.
Curso Urgencias Quirúrgicas 1
- Comunicaciones: (5%); Reuniones – Congresos Nacionales: 15 Residentes presentaron 2 comunicaciones
- Publicaciones Científicas: 1/0 : Publicaron un artículo 11 residentes (3.6%)

ACTITUDES: (4% + 5% + 10% = 19%)

- Asistencia (5%): 4% Todos los días posibles (100 días) . Asistencia media 99 días. 3 Residentes faltaron 2 días. 9 faltaron 1 día y otros 3 no faltaron ningún día
- Disponibilidad (5%): Sí en los 15 Residentes (5%)
- Relaciones (10%):
Adecuadas en los 15 Residentes. Media 10%
Equipo trabajo Usuarios: Adecuada
Reclamaciones con implicación propia (No)

HABILIDADES: (5% + 45% = 50%)

- Consultas externas. 5%. Asistencia a 10 consultas externas los 15 Residentes
- Actividad quirúrgica: 45% (327 Intervenciones quirúrgicas media)
- Hernias inguinales (Hernioplastias): 104 (60% como cirujano con bloqueo anestésico)
- Hernias umbilicales (Hernioplastias): 45 (80% como cirujano con bloqueo anestésico)
- Hernias ventrales (Hernioplastias): 16 (50% como cirujano)
- Otras hernias (Epigástrica. Spiegel. Femoral): 8 (50% como cirujano)
- Tumores de partes blandas: 26 (50% como cirujano)
- Colelitiasis (Colecistectomía laparoscópicas): 14 (Como ayudante con la cámara)
- Quistes pilonidales (Exéresis, puesta a plano): 42 (95% como cirujano)
- Fisuras de ano (E.L.I.): 10 (80% como cirujano)
- Fistulas de ano (Fistulectomías): 25 (60% como cirujano)
- Hemorroides (Hemorroidectomías): 25 (60% como cirujano)
- Tumores benignos mama: 12 (50% como cirujano)

GRADO DE CUMPLIMENTACION:

Conocimientos:	Grado de cumplimentación	28.6% / 30% (98.3%)
Actitudes:	Grado de cumplimentación	19% / 20% (95%)
Habilidades:	Grado de cumplimentación	50% / 50% (100%)

olvidar tampoco algo fundamental, que es la formación del formador, y en CMA, esta también debe de ser específica.

En conclusión; la CMA debe de ser conocida por todos los graduados en Medicina y Enfermería, para que los futuros especialistas en atención primaria tengan una aproximación real a su circuito asistencial y que los especialistas futuros del área quirúrgica tengan una sólida base de conocimientos y habilidades en CMA. La posibilidad de realizar formación continuada debe estar siempre presente y ser ofertada en las unidades, tanto para los alumnos y los residentes, como para los profesionales implicados en la CMA.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jarret EM, Staniszewski A The development of ambulatory surgery and future challenges. Chapter 1.ppp 21-34.In "Day Surgery.Development and practice". Editors Paulo Lemos, Paul Jarrett.Beverly Philip.Porto 2006.
2. Morales D, Docobo F, Suarez JM. Asociación Española de Cirujanos.Cirugía AEC.3ª edición. Sección 23. pp 1291-1306.Editorial Panamericana. Madrid 2022.
3. Docobo F, Bernal C, Durán I, Mena J, Blanco JL, Tamayo MJ.Participación de los residentes en cirugía mayor ambulatoria. Programación docente. Rev And Pat Digest. 1999;22:97-8.
4. Hair B, Hussey P, Wynn BA comparison of ambulatory perioperative times in hospitals and freestanding centers. Am J Surg 2012; 204 (1):23-27.
5. Larrañaga E. Resultados de la CMA con participación MIR. Cir May Amb 1997; 2 (Supl 1): 289-292.
6. Lipp . A.K Surgical training should specifically include training in day case surgery. BMJ. 2015 Sep 17;351:h4880 PMID: 26381435. doi: 10.1136/bmj.h4880.
7. Docobo F. Objetivos de la rotación de los médicos residentes de cirugía en la unidad clínica de cirugía mayor ambulatoria. Cir May Amb. 2008;13:78-82.
8. Docobo Durántez F. Cirugía Mayor Ambulatoria y pandemia por COVID-19. Oportunidad para el cambio. Cir Andal. 2020;31(2):134-35.
9. Morales García D, Docobo Durántez F, Capitan Vallvey JM , Suarez Grau JM, Campo Cimarras MA, González Vinagre S,Hidalgo Grau L , Puigcercós Fusté JM, Zaragoza Fernández C, Valera Sanchez Z, Vega Ruiz V y Grupo de Trabajo CIRUGIA-AEC-COVID-19.
10. Consenso de la sección de cirugía mayor ambulatoria de la Asociación Española de Cirujanos sobre el papel de la cirugía mayor ambulatoria en la pandemia SARS-CoV-2.Cir Esp. 2022 Mar; 100(3): 115–124. Martín Pérez E. Formación de Residentes en CMA. Cir May Amb 10 (4) :161-163.2005.
11. Programa asignatura "Fundamentos de Cirugía ,Anestesiología y Reanimación"Facultad de Medicina. Universidad de Sevilla.sevius4.us.es/index.php?PyP=LISTA&codcentro= 14&titulación=172&asignatura=1720055.
12. Docobo F, Álamo JM, Tamayo MJ, García M, Padillo J. Undergraduate training in day surgery. Abstract book. 2nd European Congress IAAS. Paris; 2016.
13. Hardman DTA et al. The unplanned admission: a review of the day surgery experience. Amb Surg 1997; 5: 21-24.

de Cirujanos se ha realizado recientemente el VI Curso Online de formación en CMA (www.aec.es)²⁰ y desde la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (www.asecma.org)²¹ se está realizando el II Master on-line de CMA, además de una importante labor en cuanto a documentación de Unidades de CMA para su posible acreditación como tales (Proyecto DUCMA), lo que representa un gran avance en cuanto a la certificación de los profesionales en CMA tanto a nivel nacional como a nivel Europeo, en forma de Board. No debemos de

14. Orden SCO/1260/2007, de 13 de abril, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo.«BOE» núm. 110, de 8 de mayo de 2007, páginas 19864 a 19873 (10 págs.) Sección:III. Otras disposiciones: Ministerio de Sanidad y Consum. Referencia:BOE-A-2007-9409.PermalinkELI:<https://www.boe.es/eli/es/o/2007/04/13/sco1260>.
15. Miguelena JM, Landa JI, Jover JM, Docobo F, Morales D, Serra X, et al. Formación en cirugía general y del aparato digestivo: nuevo programa, mismos retos. *Cir Esp.* 2008;84(2):67-70.
16. Society for Ambulatory Anesthesia (SAMBA) Curriculum Guidelines for the Anesthesia Resident Rotation in Ambulatory Anesthesia. November 15, 2005. <http://www.sambahq.org/professional-info/ed-curr-2.html>.
17. Martínez Ramos C, Sanz López R, Cerdán Carbonero MT, Núñez Peña JR. Encuesta de opinión sobre la cirugía mayor ambulatoria en la formación del residente de especialidades quirúrgicas. *Educación Médica* 2004;7: 140-146.
18. Stone MD, et al. Management of ambulatory surgery and outpatient care. In: Cox SS, Pories WJ, Foil MB, Patselas NT, editors. *Surgical resident curriculum*. 2ª ed. Arlington VA: The Association of Program Directors in Surgery; 1995.p.151-58.
19. Menéndez P, Padilla D, Villarejo P, Arjona I, Cubo T, Martín J Investigación en la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria. *Cir May Amb.* 2009;14:133-5.
20. Asociación Española de Cirujanos.VI Curso online de formación en CMA (www.aec.es).
21. Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria II Master on-line de CMA, a (www.asecma.org).