



abril 2024

Entrevistas do mês

Na edição de abril da newsletter, Ana Vasquez Lima, revelou mais sobre o 15.º Simpósio Nacional de Cirurgia Ambulatória que decorrerá em Vigo, em Espanha, entre os dias 6 e 7 de junho de 2024. Na segunda parte, Fernando Docobo, Vogal para a Formação da Associação Espanhola de Cirurgia Ambulatória (ASECMA) focou-se no trabalho desenvolvido pela entidade e o estado da Cirurgia Ambulatória na região, assim como a importância das relações estabelecidas com outras instituições.

"O nosso objetivo é partilhar conhecimentos e experiências que nos permitam continuar a evoluir para uma Cirurgia Ambulatória mais acessível e de qualidade, centrada nas necessidades dos nossos doentes"



O 15.º Simpósio Nacional de Cirurgia Ambulatória decorrerá em Vigo, em Espanha, entre os dias 6 e 7 de junho de 2024. Qual é a importância desta iniciativa?

Ana Vasquez Lima (AVL): O nosso objetivo é partilhar conhecimentos e experiências que nos permitam continuar a evoluir para uma Cirurgia Ambulatória mais acessível e de qualidade, centrada nas necessidades dos nossos doentes.

Quais os principais desafios de organizar um evento deste cariz?

AVL: O nosso principal desafio é conseguir um programa variado e participativo de elevado nível científico que seja atrativo para todos os especialistas envolvidos na cirurgia de ambulatório.

Quais serão os *hot topics* em destaque?

AVL: A importância do trabalho realizado por equipas multidisciplinares, em que todas as opiniões contam e se concentram na prestação de cuidados de qualidade aos nossos doentes.

Além de sessões em formato de conferência, o 15.º Simpósio Nacional de Cirurgia Ambulatória irá dinamizar cursos. O que os participantes podem esperar deste formato?

AVL: Os cursos estão centrados na área da formação contínua. Há um total de seis *workshops* onde estaremos em contacto direto com especialistas na área, utilizando metodologias ativas de aprendizagem. Serão abordados vários temas de interesse em Cirurgia Ambulatória, tais como técnicas de reparação da parede abdominal, proctologia, bloqueios guiados por ultrassons, segurança na gestão da via aérea, retenção urinária, qualidade percebida e indicadores.

Como profissional de saúde ligada à Cirurgia Ambulatória, qual a sua perspetiva relativamente ao futuro desta área?

AVL: Estamos na ponta do icebergue. A Cirurgia Ambulatória deve ser a primeira escolha para um grande número de procedimentos cirúrgicos e de doentes. A recuperação é melhor no domicílio e os profissionais de saúde devem continuar a trabalhar em conjunto para atingir este objetivo.

Optimizar as técnicas cirúrgicas para causar o menor dano possível, adequar a gestão anestésica perioperatória para proporcionar bons cuidados durante todo o processo perioperatório, com projectos de gestão que facilitem a acessibilidade dos doentes aos programas de Cirurgia Ambulatória e estabelecer ligações de comunicação eficazes entre todos os profissionais envolvidos.

Como é que podemos melhorar a educação da população sobre os procedimentos de Cirurgia Ambulatória e qual é o impacto da partilha de conhecimento especializado para o público-geral?

AVL: Com informação, divulgação e educação. Mas, sobretudo, fazendo as coisas bem, com qualidade e segurança, para que o doente se sinta confortável e acompanhado por um profissional em todos os momentos.

Quais são os principais desafios na gestão das unidades de Cirurgia Ambulatória e que estratégias têm sido eficazes para lidar com os mesmos?

AVL: Cada unidade de Cirurgia Ambulatória deve definir os seus próprios objetivos e, para isso, é necessário analisar a sua situação inicial, estabelecer um plano de ação para atingir esses objetivos, executar o plano e realizar uma análise contínua da situação para avaliar se são necessárias novas estratégias. Afirmando isto porque diria mesmo que nenhuma unidade de Cirurgia Ambulatória é igual a outra (em termos de recursos, estrutura, protocolos, entre outros), nem se encontra no mesmo estágio de evolução, daí a importância de estabelecer prioridades.

Para mim, os principais desafios devem ser a procura de qualidade assistencial, bem como facilitar a inclusão progressiva de um maior número de procedimentos e doentes nas nossas unidades, implementando a acessibilidade aos mesmos.

As estratégias para este objetivo, do meu ponto de vista, são ser entusiasta, conhecedor e trabalhar em equipas multidisciplinares.

Como é que a abordagem multidisciplinar impacta os resultados alcançados na Cirurgia Ambulatória?

AVL: Na minha opinião, há duas chaves essenciais para o funcionamento de uma unidade de Cirurgia de Ambulatório: trabalhar bem em equipa e que estas sejam multidisciplinares. Isto permite combinar os pontos fortes, favorece a aprendizagem cruzada e gera um sentimento de afiliação e de integração. O resultado são cuidados de qualidade centrados nas necessidades dos doentes.

Qual é a importância da parceria entre ASECMA e APCA na organização de eventos ibéricos na área da Cirurgia Ambulatória?

AVL: O intercâmbio de experiências científicas, pessoais e mesmo sociais e culturais não só se soma como estabelece uma relação sinérgica em todos os aspetos. Para mim, pessoalmente, com a estreita relação que mantemos com os nossos colegas vizinhos, só tenho palavras de agradecimento pelo apoio que nos dão.

Aproveito, também, a oportunidade para expressar a minha eterna gratidão aos oradores e assistentes do nosso país irmão, especialmente ao Dr. Carlos Magalhães pelo seu apoio incondicional a "Vigo24".

Por fim, que expectativas apresenta para este encontro? Existe alguma mensagem que gostaria de deixar aos participantes?

AVL: As expectativas são muito elevadas e encaramos este desafio com grande confiança e entusiasmo. Esperamos ver-vos a todos em Vigo!

"A Cirurgia Ambulatória demonstrou ao longo dos anos vantagens contínuas, tanto na assistência, com percentagens elevadas de eficácia e taxas mínimas de morbilidade e mortalidade nula, como sociais, com elevada satisfação por parte dos doentes, pelos resultados obtidos e dos cuidados recebidos"



Pode partilhar a história da Cirurgia Ambulatória em Espanha e o papel da ASECMA neste desenvolvimento?

Fernando Docobo (FD): La cirugía mayor ambulatoria (CMA) aparece como sistema organizado para el tratamiento quirúrgico en Estados Unidos y posteriormente en Europa a mediados del siglo XX.

En España el interés en por la CMA era muy limitado hasta la década de los años 90 del siglo pasado. A partir de aquí y en relación con los avances técnicos, anestésicos (control de náuseas, vómitos y del dolor postoperatorio), quirúrgicos (técnicas de mínima invasión) y de la gestión clínica de los procesos más comunes cuando se produce su expansión. Con anterioridad habían existido iniciativas y resultados publicados por grupos nacionales que habían realizado en una etapa previa, determinados procedimientos con estancias hospitalarias de una o dos pernoctaciones. Son destacables en estos inicios las experiencias de los hospitales de Viladecans, Toledo, Sevilla y Valencia y las primeras publicaciones de los Dres. Jesús Rivera Gutierrez y Enrique Sierra Gil.

La Guía de Organización y Funcionamiento de Ministerio de Sanidad y Consumo publicada en 1993, definió la cirugía mayor ambulatoria y estableció por primera vez los procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos realizables con cualquier tipo de

anestesia que requieren cuidados postoperatorios de corta duración, por lo que no necesitan ingreso hospitalario.

En 1994 se constituyó en Toledo la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA), y se desarrollaron guías clínicas apropiadas a sus objetivos. Con carácter anual y de forma alternativa se comenzaron a celebrar congresos y simposios intercongreso por todo el país, celebrándose en 2022 el 14.º Simposio Intercongreso en Gijón y este año 2023 en Sevilla el 15º Congreso y 10º Ibérico.

El Real Decreto 1227/2003 definió a la CMA como “los procedimientos quirúrgicos, terapéuticos o diagnósticos que pueden realizarse por su complejidad controlada y recuperación en pocas horas tras la realización del procedimiento”. También define los centros y las unidades que realizan la actividad quirúrgica sin ingreso. En este año mismo se publicó por parte del Ministerio de Salud y Consumo la “Guía de organización y funcionamiento de la Unidades de CMA”.

La International Association for Ambulatory Surgery (IAAS) es fundada el 14 de Marzo de 1995 coincidiendo con su primer congreso en Bruselas, y desde entonces celebra con carácter bianual congresos por todo el mundo. La ASECMA se adhiere a la IAAS, de la que es “Full Member” desde su inicio en 1995. Participando activamente en el Executive Committee y en la General Assembly, lo que conllevó a poder organizar el VI Congreso Internacional de 2005 en Sevilla y posteriormente el XI Congreso Internacional el 2015 en Barcelona.

En el año 2007 se creó la Sección de CMA en la Asociación Española de Cirujanos, que había funcionado desde 2005 como grupo de trabajo. La Sociedad Española de Anestesiología al igual que otras especialidades tienen así mismo secciones de CMA. En 2008 se publicó la Guía de Estándares y Recomendaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Informes, estudios e investigación de la Unidad de Cirugía Mayor Ambulatoria.

Las posibles ventajas de la CMA se centraban en reducir los gastos de los procesos asistenciales, organizar los circuitos asistenciales de determinadas patologías acortando los tiempos de respuesta y por tanto las demoras asistenciales. La relación más directa con los pacientes conllevaba a un mejor control del circuito asistencial, de la morbilidad derivada y así poder alcanzar mejores resultados.

Para ello había que desarrollar estrategias y estructuras que soportaran dicha demanda (unidades de CMA y apoyo de atención primaria, atención domiciliaria, etc) con personal experto, que buscasen la eficacia y la eficiencia y al mismo tiempo considerar el necesario apoyo familiar durante los primeros días del postoperatorio. Los cuidados de enfermería tanto intra y extra hospitalarios y la formación clínica también contribuyeron a ampliar una sólida oferta de servicios quirúrgicos sin ingreso. Con ello quedaba patente la transversalidad de la actividad en estas unidades y por tanto el trabajo en equipo.

Tras una etapa de implantación y consolidación de los circuitos asistenciales, de los procedimientos básicos de ambulatorización con seguridad y eficacia, se produce una amplia difusión por todas las comunidades autónomas del país con la creación de Unidades de Cirugía Mayor Ambulatoria de diversas características.

En España se realiza actualmente el 43,04 % de toda la cirugía en régimen ambulatorio y el 55,20% de la cirugía electiva, porcentaje similar a países del entorno e inferior a Suecia 80% y Dinamarca 89%, que tradicionalmente tienen cifras superiores.

Del conjunto de los 37 procedimientos propuestos por la Asociación Internacional de Cirugía Ambulatoria (IAAS), para valorar la implantación y el desarrollo de la CMA, España se sitúa en el 66.78%, similar a Holanda 68%, e inferior a Suecia 73%, Reino Unido 77%, Bélgica 78%, Dinamarca 86% y Noruega 88%.

Aunque el índice de ambulatorización en España ha aumentado considerable y progresivamente en los últimos años, se observa que aún existe una amplia variabilidad en su desarrollo entre las diferentes comunidades, lo que viene sucediendo prácticamente desde su inicio y condiciona la media nacional de forma clara. Hay comunidades que superan ampliamente la media nacional como La Rioja (58.04%) y Andalucía (52.18%), mientras que otras lastran esa media con porcentajes del 32.01% de Canarias, del 31.93% de Navarra o el 22% de la Comunidad Gallega.

Esta misma variabilidad, se observa en las tasas de ambulatorización de la cirugía programada; La Rioja con el 68% , Andalucía con el 66.40% y Castilla La Mancha con 63.40% encabezan las comunidades con mayores porcentajes. Siendo Aragón con el 41.47% , Navarra con el 40.46% y Galicia con el 34% las de menor porcentaje. Aunque estas últimas van incrementando su actividad, las causas de esta variabilidad son múltiples, desde la realización de los procedimientos con ingreso por menor implicación en la gestión clínica, por dificultades técnicas o de lejanía poblacional, o a la dificultad en la objetivar de la actividad desarrollada en las diferentes Comunidades Autónomas.

Esta deseable armonización de la actividad en todas las comunidades debe ser un objetivo a considerar sin demora ya que es la causa que más influye en el crecimiento de los índices de ambulatorización y de sustitución en hospital de día.

En cuanto a la organización, la mayoría de la CMA se realiza en hospitales públicos con unidades integradas o independientes. En España hay aproximadamente unos 280 centros en los que se practica CMA.

Se debería fomentar la creación de unidades de CMA autónomas y “free-standings” ya que tienen un circuito independiente y mayor rentabilidad, y la cirugía que se realiza como “office-based” que en muchas ocasiones son resultados no comunicados sobre todo en la práctica privada.

Se observa así mismo una variabilidad en cuanto al tamaño de los centros hospitalarios, a menor tamaño mayor actividad de cirugía mayor ambulatoria 50.15% hasta el 37.88% de centros de más de 200 camas.

El pago se realiza por el sistema sanitario público por caso de acuerdo al sistema GRD . En los centros privados según aseguramiento y caso.

Hay una amplia variabilidad de los procedimientos realizados de todas las especialidades, por ejemplo en Urología llega a oscilar desde 15.71% hasta el 93.73%. A nivel nacional el objetivo que se persigue es potenciar la ambulatorización en todos los servicios de salud existentes y unificar la cartera de procesos lo más posible, desarrollar programas de calidad y evaluación normalizada. Registrar toda la actividad realizada. Incentivar su práctica en todas las áreas hospitalarias y promover la formación.

El desarrollo de procedimientos anestésicos que requieren un menor tiempo de recuperación y técnicas quirúrgicas de mínima invasión deberían de facilitar la mejora de los índices de sustitución y ambulatorización. Sin embargo estas posibilidades se ven escasamente representadas en los referidos índices. Sigue siendo necesario un impulso desde los gestores sanitarios a los que se trasladan los planteamientos de las sociedades científicas como ASECEMA.

En general, todos los procesos asistenciales deben mejorar sus índices de sustitución, siendo importante que lo hagan de forma prioritaria los más frecuentes en las demoras asistenciales.

Entre los procesos a aumentar los porcentajes en régimen ambulatorio en Cirugía General, se encuentran: hernias inguinales que deberían superar el 65%, patología proctológica por encima del 50%, exéresis quistes pilonidales sobre el 80%, las colecistectomías sobre 25%, varices esenciales de miembros inferiores (70%), ERGE sobre 10%, exéresis de lesiones benignas de mama sobre el 50% y sobre el 5% de mastectomías. En la obesidad mórbida tratada con bandas o bypass gástrico habría que conseguir que las estancias superiores a 24 horas pudieran ser ambulatorizables con eficacia y seguridad.

En otorrinolaringología y cirugía maxilofacial son mejorables los porcentajes del 61% en mirigotomías, del 35% en tonsilectomías, del 54% rinoplastias y del 80% en la extracción quirúrgica de dientes, y del 59% cirugía de la articulación témporo - mandibular.

En oftalmología el 96% de las cataratas es comparable a los mejores indicadores internacionales.

En urología son aceptables los resultados en el 99% de las esterilizaciones y el 85% de las circuncisiones; por el contrario el 28% de cirugía testicular y el 1.5% resección transuretral prostática deberían incrementarse.

En cirugía torácica: Un 15% bronco-mediastinoscopia sería un objetivo real.

En traumatología: Se debería superar el 65% de las artroscopias de rodilla, 50% de retirada de implantes, 10% en reparación de ligamentos cruzados, 65% enf. Dupuytren, 90% túnel carpiano y 70% quistes de Baker.

La cirugía plástica debería mejorar los porcentajes del 4% reducción de mamas, 13% abdominoplastias; probablemente no estén documentadas todas las intervenciones realizadas en el sector privado.

En ginecología se pueden desarrollar todos los procedimientos incluidos el 71% de esterilizaciones, 37% de abortos, 25% curetaje-dilatación, 0,2% histerectomía laparoscópica y 1,5% cistorectoceles.

Esta sería la forma de mejorar los índices de ambulatorización y poder tener datos objetivables para poder compararlos con los de otros países.

Como a Cirurgia Ambulatorial impactou a formação de internos em Espanha?

FD: De forma dispar. A nivel de pregrado, si bien en los últimos años se ha introducido la CMA en algunos programas de asignaturas quirúrgicas. Su presencia en clase teórica para transmitir conceptos y bases de actuación, aún no es general. En los aspectos prácticos, los alumnos de un curso no rotan en su totalidad por las Unidades de CMA, lo que sería muy recomendable. Para los especialistas futuros de anestesia y cirugía así como a los futuros médicos de familia.

A nivel postgrado, los programas nacionales de las especialidades, solo hacen referencia a la realización de seminarios (Cirugía), o a la breve presencia de un mes (anestesiología).

Solo en algunos Hospitales Universitarios, entre los que nos incluimos desde hace 20 años, se contempla en pregrado una lección de CMA en la asignatura “Fundamentos de Cirugía” y en la presencia un mes en la Unidad de CMA. En el rotatorio de la especialidad de Cirugía General y Digestivo se programa la permanencia en las unidades de CMA entre 3-6 meses.

Quais são os maiores desafios enfrentados na promoção da Cirurgia Ambulatorial em Espanha?

FD: En el impulso al desarrollo de la CMA ha tenido gran importancia el cambio de pago por la actividad realizada sin ingreso, ya que hasta el año 1999 no se equiparó el pago por proceso ambulatorio al efectuado con ingreso, lo que hizo que los procesos en realizados en régimen ambulatorio fuesen mucho más rentables para los sistemas sanitarios y por ello el sistema sanitario y los gerentes de los hospitales empezaron a promover entre los objetivos anuales de actividad quirúrgica la CMA.

Este aspecto financiero sigue siendo un lastre importante en el desarrollo de la cirugía ambulatoria en varios países de nuestro entorno en los que no existe ningún estímulo financiero ni para las instituciones hospitalarias ni para los servicios asistenciales. Si se quiere mejorar su implantación y desarrollo, la financiación de los procedimientos sin

ingreso se deben equiparar a los realizados con ingreso o incluso aumentarla como sucede en Inglaterra con la colecistectomía laparoscópica (pago del 120% frente al procedimiento con ingreso).

É possível melhorar a implantação da Cirurgia Ambulatória em Espanha?

FD: Creemos que sí existen amplias posibilidades de mejora. El Ministerio de Sanidad y Consumo y las diferentes Comunidades Autónomas junto con las asociaciones científicas implicadas han establecido para los próximos años estrategias que favorezcan su desarrollo.

Así mismo es importante desarrollar la formación en todas las áreas implicadas, desde los propios gestores administrativos, la formación universitaria (medicina y enfermería) y la de postgrado en cada especialidad implicada, así como la asistencia primaria que es quien dirige al paciente hacia la resolución de su patología y que en pocas horas asume el control de su postoperatorio.

Se deben incorporar al circuito de ambulatorización del paciente quirúrgico los avances tecnológicos posibles además de la telefonía móvil, (dispositivos de control remoto para la monitorización de constantes, etc.) que puedan aumentar la seguridad, eficacia y eficiencia de los procesos, con el control postoperatorio tanto por parte de la Unidad de CMA como por la asistencia ambulatoria de atención primaria.

En cuanto a la organización, la mayoría la actividad se realiza en hospitales públicos con unidades integradas o autonomas.

El pago se realiza por el sistema sanitario público por caso, de acuerdo al sistema GDR . En los centros privados según aseguramiento y caso.

Como a Cirurgia Ambulatorial contribui para melhorar o acesso aos cuidados de saúde em Espanha?

FD: La CMA ha demostrado a lo largo estos años desde su inicio, continuas ventajas, tanto asistenciales con elevados porcentajes de eficacia y unas tasas mínimas de morbilidad y nula mortalidad, como sociales con elevada satisfacción por parte de los pacientes por los resultados obtenidos y del trato recibido, y económicas al considerándose un circuito muy eficiente con un ahorro global de los costes con su aplicación de un 25-68%.

Esta importante implantación y desarrollo de la CMA, en España, debe seguir con su expansión en los próximos años, al conocerse claramente las causas y los problemas que lo dificultan, y sobre los que habría que actuar de forma clara y determinante a nivel institucional.

El tratamiento de los numerosos pacientes con las patologías incluidas en las listas de demoras asistenciales, no sería posible actualmente en tiempo y forma si no fuese tratado de forma ambulatoria.

Nuevas patologías son incluidas de forma paulatina, al comprobarse su posible realización en régimen ambulatorio con seguridad y eficacia, tal como la obesidad mórbida, la cirugía suprarrenal, la cirugía tiroidea, paratiroidea, así como diversos procedimientos realizados de forma urgente. Los avances anestésicos y las técnicas de mínima invasión tanto laparoscópicas como robóticas así lo apoyan.

En España al haber transferido a las Comunidades Autónomas la Sanidad, es necesario realizar reuniones periódicas con el Ministerio de Sanidad para tratar de equilibrar los presupuestos y el grado de cumplimentación de los objetivos planteados.

Es de esperar que en los próximos años se sigan mejorando los indicadores por la implicación de todos los interesados desde el propio Ministerio de Sanidad y Consumo, las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas, las asociaciones científicas y las asociaciones de usuarios.

Quão importante é a colaboração entre a ASECMA e outras organizações médicas para promover a Cirurgia Ambulatorial e a educação profissional de saúde?

FD: Desde hace tiempo se sabe que la potenciación de la CMA en España tendría que ir apoyada por todas las sociedades científicas implicadas.

ASECMA, SEDAR (Asociación Española de Anestesiología y Reanimación) y AEC (Asociación Española de Cirujanos) ya habían promocionado la realización de CMA, en el país desde su propia creación, llegando a alcanzar importantes índices. Pero para seguir avanzando se necesitan establecer alianzas que la sigan potenciando.

En este sentido ASECMA ha establecido desde 2022 acuerdos de colaboración con la SEDAR que tiene una sección de Cirugía Mayor Ambulatoria, y con la AEC que también tiene desde 2008 una sección de CMA. Los presidentes de las 3 asociaciones han acordado una colaboración mutua y continuada en los temas comunes para potenciar el desarrollo la CMA en España.

También se ha actuado en los aspectos formativos con las Facultades de Medicina, para incluir en los programas formativos de asignaturas como Fundamentos de Cirugía, una lección sobre “Cirugía Mayor Ambulatoria” y en el plano de las prácticas, que la totalidad de los alumnos de cada curso pueda realizar un período de prácticas en una Unidad de CMA, para conocer de primera mano su funcionamiento. Con lo que al iniciar su período de residencia, puedan tener una sólida base en CMA.

Quais as principais tendências ou inovações da Cirurgia Ambulatória?

FD:

*Avances en anestesiología

- Medicación analgésica y prevención de náuseas y vómitos. Nuevos fármacos. Anestesia multimodal;
- Bloqueos analgésicos ecoguiados;
- Nuevos dispositivos supraglóticos.

*Avances en cirugía:

- Cirugía de mínima invasión (laparoscópica y robótica);
- Colectectomía. Hernioplastia inguino-crural y abdominal. Tiroidectomías, paratiroidectomías. Cirugía suprarrenal;
- Cirugía de urgencias: Apendicectomía, colectectomía. Traumatismos

*Avances en dispositivos electrónicos para seguridad:

- Seguimiento posoperatorio de los pacientes.

*Avances estratégicos:

- Horarios quirúrgicos específicos para Unidades de CMA, mediante jornadas continuadas de 8 a 18 horas. Plantillas estables en un alto porcentaje tanto anestesiólogos y cirujanos como enfermería.

Pode destacar algumas das iniciativas em que a ASECMA está atualmente envolvida?

FD:

- Proyecto DUCMA - Confección de Directorio de Unidades de CMA en España;
- Proyecto PRACMA - Confección de un directorio de Unidades de CMA acreditadas en España;
- I Master de Cirugía Mayor Ambulatoria - Universidad Francisco de Victoria. ASECMA- ACCMA. Madrid 2019-2020;
- II Master de Cirugía Mayor Ambulatoria. Director. Universidad Francisco de Victoria Madrid. ASECMA-ACCMA. 2021-23;
- Curso de CMS. Sección de CMA. Asociación Española de Cirujanos. Creado en 2016, 7ª Edición en 2023. Directores. F.Docobo, JM Capitán, D. Morales, JM Suarez;
- Becas-ayudas de estudio ASECMA.

Há algum projeto futuro da ASECMA que mereça atenção especial?

FD:

- Implementar actividad en CMA en España en todos los niveles;
- Establecer planes de formación oficiales en CMA en pregrado y postgrado. Posibilidad de crear la figura del Fellowship en CMA con idea de diseñar posibles futuros directores competentes para las unidades;
- Continuar con los Masters en CMA de ASECMA-ACCMA;
- Desarrollar proyectos de Investigación de CMA motivo de Tesis de Doctorado (En seguridad, eficacia, eficiencia. Dispositivos electrónicos para controles postoperatorios domiciliarios. Nuevos procedimientos anestésicos, nuevos fármacos, anestesia multimodal. Nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos, mínima invasión laparoscópica y robótica, etc);
- Publicar la Guía clínica de CMA de la AEC;
- Potenciar las capacidades de ASECMA con las instituciones sanitarias;
- Favorecer los acuerdos entre las sociedades implicadas en CMA como ASECMA, SEDAR y AEC;

- Favorecer e implementar los Congresos Ibéricos de CMA, en colaboración entre la APCA (Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatoria y ASECMA iniciados en Braga en 2012.



Siga as nossas notícias nas redes sociais e no nosso website!



You received this email because you are registered with APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
[Unsubscribe here](#)



Copyright © 2024 APCA - Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória
Todos os direitos reservados.