

ACTUALIZACIÓN PRÁCTICA

Cirugía del prolapso de órganos pélvicos sin ingreso

M. Castillo Vico, A. Bergueiro Flor

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital del Mar. Parc de Salut Mar. Barcelona

Introducción

El prolapso de los órganos pélvicos (POP) se define como el descenso de uno o más órganos, entre los que se incluyen el útero, la vagina, la uretra, la vejiga, el recto, el colon sigmoide y el intestino delgado, desde su posición anatómica habitual. Este desplazamiento se produce como consecuencia del fallo de las estructuras de soporte y puede alcanzar diferentes grados.

Las disfunciones del suelo pélvico, como el POP y la incontinencia urinaria (IU), representan una gran carga para la salud pública debido a su alta prevalencia¹, deterioro significativo de la calidad de vida^{2,3} y sustancial coste económico^{4,5}. Probablemente, a lo largo de su vida, 1 de cada 10 mujeres se someterá a cirugía del POP o de la IU⁶. Desafortunadamente, el riesgo de reintervención puede alcanzar el 30 %. Además, el envejecimiento de la población conlleva una mayor prevalencia de esta patología, lo que supondrá la necesidad de aumentar los procesos quirúrgicos en relación con el POP; a este respecto, la cirugía mayor ambulatoria (CMA) sería una opción que cabría tener en cuenta⁷, ya que disminuiría de golpe tres aspectos ligados a las especialidades quirúrgicas: la lista de espera, la estancia hospitalaria y el coste económico.

Pero el incremento de esta patología no ha repercutido en el aumento de los procesos quirúrgicos para el POP, ya que el contexto de la pandemia por COVID-19 ha significado la paralización de la cirugía no urgente y no oncológica en muchos hospitales^{8,9}, lo cual ha conllevado un aumento de las listas de espera. Para intentar minimizar este efecto, ampliamos la indicación de la CMA en la cirugía del POP a la histerectomía vaginal, aprove-

chando la red de asistencia domiciliar que posee nuestro centro hospitalario.

La presente actualización práctica pretende mostrar el protocolo pre/posquirúrgico de la cirugía del POP sin ingreso en la Unidad del Suelo Pélvico del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital del Mar, perteneciente al Parc de Salut Mar de Barcelona.

Protocolo de la cirugía de órganos pélvicos sin ingreso

En un esfuerzo por mejorar la gestión de hospitalización y estancia postoperatoria, y en el contexto de la pandemia causada por la COVID-19, en que la actividad quirúrgica programada con ingreso se redujo al mínimo, impulsamos un protocolo de hospitalización quirúrgica a domicilio (HQAD), apoyado por la red de comadronas que realizan controles del puerperio a domicilio, ya que la red de enfermería habitual de hospitalización a domicilio estaba sobrepasada por la atención a enfermos durante la pandemia.

Este documento no solo recoge los criterios para realizar este tipo de cirugía, sino también una referencia para las consultas postoperatorias y recomendaciones en el domicilio. El protocolo se realizó con la colaboración y el soporte de la Unidad de la CMA y la Unidad del Dolor del Hospital del Mar.

Criterios generales de las pacientes tributarias de HQAD

- Edad <70 años (criterio no excluyente, siempre y cuando se cumplan todos y cada uno de los siguientes criterios).
- Clasificación del estado físico según la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA) en grados I-II (y III bien compensados en pacientes jóvenes, previa valoración con el Departamento de Anestesiología).

Correspondencia:

Maite Castillo Vico

Correo electrónico: mcastillov@psmar.cat

- Paciente que no padezca dolor crónico.
- Apoyo social y acompañamiento en el domicilio la noche de la cirugía.
- Aceptación por parte de la paciente y sus familiares.
- Pacientes sin anemia previa a la intervención (o con cifras de hemoglobina >11,5 g/dL).

Criterios generales posquirúrgicos al alta

- Pacientes hemodinámicamente estables y con buen estado general.
- Control correcto del dolor con analgesia oral, valorado mediante una Escala Visual Analógica (EVA) con una puntuación del 1 al 10 (EVA 0-2).
- Pérdidas de sangre escasas y/o sin repercusión clínica.
- Tolerancia a la ingesta oral.
- Inicio de micción espontánea.
- Tolerancia a la bipedestación y la deambulación.

Antes del alta se administrarán:

- Dosis de heparina subcutánea.
- Dosis de analgesia intravenosa.

Procedimientos tributarios de HQAD en la cirugía del POP

- Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento anterior:
 - Plastia anterior.
- Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento apical:
 - Histerectomía vaginal.
 - Intervención de Manchester.
 - Colposacropexia laparoscópica (abordaje abdominal).
 - Colpoespinofijación de Richter (abordaje vaginal).
- Técnicas quirúrgicas reconstructivas del compartimento posterior:
 - Plastia posterior para la reducción del rectocele.
 - Corrección del enterocele.
- Combinación de estas intervenciones si el POP que presenta la paciente lo requiere.

Aunque no es una cirugía propiamente dicha del POP, en uroginecología también se lleva a cabo de forma ambulatoria la cirugía de bandas suburetrales para la IU.

Una vez realizada la intervención y cuando la paciente alcance los criterios para el alta domiciliaria, se le proporcionará un informe en el que, además de constar la

información relevante respecto a su situación clínica, el procedimiento quirúrgico, los controles posteriores, etc., se incluirán las siguientes instrucciones:

Pauta analgésica

- Continuar con su tratamiento habitual.
- Paracetamol 1 g/8 h v.o. conjuntamente con Enantyum® 1 comprimido/8 h v.o. durante los 2 primeros días.
- Tramadol 50 mg v.o. de rescate si presenta dolor a pesar de la pauta anterior (máximo 3 veces/día; se trata de una analgesia de rescate solo para las primeras 48 h).
- Transcurridas las 48 primeras horas solo Enantyum® 1 comprimido/8 h, y si persiste el dolor, añadir de nuevo paracetamol 1 g/8 h.
- A partir del quinto día postintervención, si el dolor es más leve, solo tomar paracetamol 1 g/8 h.
- Ir disminuyendo la analgesia progresivamente.
- Omeprazol 40 mg/24 h v.o. mientras tome Enantyum®.
- Pauta profiláctica antitrombótica según el procedimiento sin cambios respecto a los ingresos en el hospital.

Actividades de la vida diaria

- Dieta blanda la noche de la intervención, y después dieta normal rica en fibra para evitar el estreñimiento.
- Movilización activa y progresiva según lo permita el cuerpo.
- Ducha diaria; si hay incisiones abdominales, lavarlas con agua y jabón.
- Se recomienda no levantar pesos, evitar la tos persistente y el estreñimiento, y no mantener relaciones sexuales durante unas 6-8 semanas postintervención.

Signos de alarma para consultas

- Entra dentro de la normalidad presentar un pequeño sangrado por los genitales externos durante los 7 primeros días del postoperatorio; posteriormente se puede presentar flujo vaginal durante 2 meses.
- Se debe consultar al Servicio de Urgencias en caso de dolor muy intenso, fiebre, sangrado superior a una menstruación o imposibilidad de miccionar.
- En caso de dudas cuando la paciente llegue al domicilio, se le proporciona un teléfono de contacto que corresponde al busca del ginecólogo de guardia.

Control postoperatorio domiciliario

La comadrona que vaya a visitar a la paciente a su domicilio estará al corriente del caso y tendrá acceso a su historia clínica y al informe del alta. En primer lugar, realizará una evaluación de la paciente (que se detalla a continuación), y después de esta contactará telemáticamente con el cirujano asignado por el equipo quirúrgico para realizar una valoración conjunta de la evolución de la paciente y acordar el seguimiento postoperatorio.

Debemos insistir en que los criterios de alta de la HQAD serán los mismos que si la paciente se encontrara hospitalizada en nuestro centro: control del dolor, tolerancia oral instaurada, micción normal y movilización activa.

Guía de actuaciones

A la llegada al domicilio, se examinará de forma global a la paciente y se realizarán las siguientes determinaciones:

1. Anamnesis del estado general. Preguntas tipo: «¿Cómo diría que se encuentra?», «¿Ha podido ir del dormitorio al baño sola?».
2. Examen del color de la piel y de su estado de hidratación.
3. Control del dolor. Preferentemente se aconseja utilizar la EVA, pero se debe registrar lo que explique la paciente: «¿Globalmente tiene dolor?», «¿El dolor es más intenso cuando se mueve?», «¿El dolor la ha despertado durante la noche?» (figura 1).
4. Control de la diuresis: habitualmente sería cualitativo, preguntando a la paciente si ha miccionado y de qué color es la orina:
 - En caso de orina verde, probablemente se haya utilizado un contraste tipo azul de metileno durante la cirugía.
5. En caso de necesidad de mantenimiento/retirada de la sonda vesical (si la hubiera), la guía de actuación será informada específicamente por parte del equipo quirúrgico.
5. Control de la motilidad intestinal: preguntar si tolera la dieta o ha vomitado, defecado o expulsado gases; descartar que no haya tenido muchos eructos. La exploración abdominal debería ser aceptablemente tolerable, sin signos de peritonismo/irritación peritoneal.
6. Control de pérdidas hemáticas: preguntar y/o examinar la cantidad de pérdidas hemáticas (ausentes/escasas o menores que una menstruación; abundantes o similares/mayores que una menstruación).
7. Control de heridas (en caso de incisión abdominal): evaluar si tienen buen aspecto, secretan líquido o sangre, o si los márgenes están bien alineados.
8. Control de constantes vitales: presión arterial, frecuencia cardíaca y temperatura.
9. Control de acompañantes: evaluar si está acompañada o si recibe ayuda para realizar las tareas domiciliarias; preguntar al acompañante cómo ve a la paciente en términos generales, comparado con el estado previo a la cirugía.
10. Evaluación global final: hacer un resumen clínico de cómo está la paciente, explicar qué se espera que ocurra en los siguientes días, y hacer un recordatorio de los signos de alarma (fiebre, dolor incoercible, sangrado intenso rojo a través de la vagina o heridas).

Toda esta información es recogida por el profesional que visita a la paciente en su domicilio y anotada en la ficha (tabla 1). Finalmente, estableceremos una comunicación

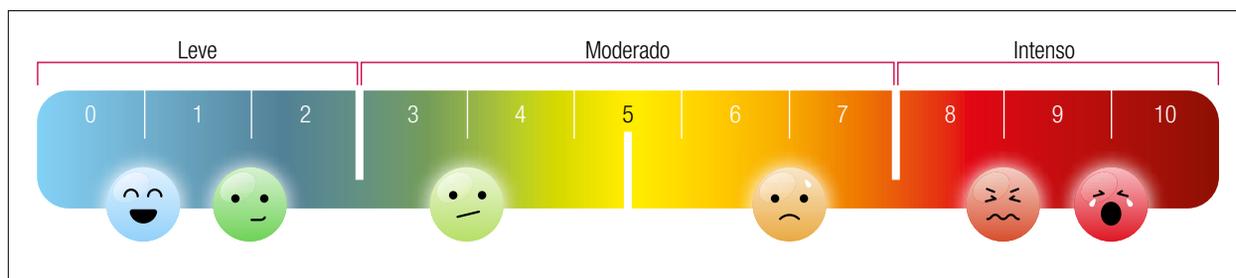


Figura 1. Escala Visual Analógica (EVA)

TABLA 1. Hoja de registro

Identificar con un círculo

Identificación de la paciente: NHC:

Número	Ítem	0 puntos	1 punto	2 puntos
1	Estado general (valoración profesional)	Malo	Regular	Bueno
2	Estado general (valoración de la paciente)	Malo	Regular	Bueno
3	Hidratación	Deshidratación severa	Parcialmente deshidratada	Normohidratada
4	Coloración	Palidez extrema/cianosis	Palidez leve	Normocoloreada
5	Dolor en reposo (EVA)	8-10	3-7	0-2
6	Dolor en movimiento (EVA)	8-10	3-7	0-2
7	Dolor nocturno (EVA)	8-10	3-7	0-2
8	Diuresis, cantidad	Escasa	Moderada	Abundante
9	Diuresis, color	Marrón/roja brillante	Tinte hemático/verde	Amarillo-paja
10	Tolerancia oral	Vómitos recurrentes; ausencia de hambre	Tolera líquidos; algún vómito puntual	Tolera dieta normal
11	Motilidad intestinal	Distensión timpánica; sin expulsión de gases; sensación de plenitud gástrica	Distensión abdominal; sensación de expulsión de gases; mantiene el hambre	Defecación y/o expulsión de gases
12	Pérdidas hemáticas	Abundantes	Escasas	Ausentes
13	Heridas quirúrgicas	Dehiscencia/tumefacción importante	Ligero edema/hematoma	Buen aspecto
14	Presión arterial (mm/Hg)	PAS >150 o <85 PAD <55 o >95	PAS 120-150/PAD 85-95 o PAS 80-90/PAD 55-65	PAS 120-85 PAD 65-85
15	Frecuencia cardíaca (lat/min)	>110 <55	90-110 55-65	65-90
16	Temperatura (°C)	>37,5	36,9-37,5 o <35,5	35,5-36,8
17	Acompañantes	Sola y sin ayuda Personas a cargo	Acompañada a ratos; recibe ayuda en las tareas domésticas de gran esfuerzo	Buen apoyo en todo momento

Puntuación:/32

Comentarios particulares del caso:

EVA: Escala Visual Analógica; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

telemática/videoconferencia para hablar personalmente con la paciente, con el fin de que pueda expresar directamente al equipo quirúrgico cómo se encuentra y plantearle dudas y preguntas, así como explicarle a ella, en función de la información obtenida, el próximo control postoperatorio y/o los pasos a seguir en caso de hallar posibles alteraciones inesperadas.

Discusión. Respuestas a algunas preguntas clave

La pauta analgésica indicada, ¿es suficiente para el postoperatorio con dolor en una escala EVA de 0-2 como máximo?

Nosotros hemos respetado al máximo el protocolo elaborado por la clínica del dolor de nuestra institu-

ción, insistiendo siempre en que uno de los signos de alarma era el dolor intenso. De hecho, tampoco había diferencias con la pauta postoperatoria de las pacientes. Ninguna de nuestras pacientes tuvo que acudir a Urgencias por dolor, ya que todas presentaban una EVA de 2 como máximo, y ninguna de ellas usó la medicación de rescate pautada al alta. A este respecto, en numerosos estudios se ha recogido que la histerectomía vaginal presenta mucho menos dolor postoperatorio en comparación con la laparoscópica¹⁰. Asimismo, tal como se indica en la literatura, la histerectomía vaginal es la vía preferida en la histerectomía, cuando es técnicamente factible, porque se asocia con mejores resultados, menos tiempo quirúrgico y menos complicaciones en comparación con la histerectomía abdominal y laparoscópica total tradicional. Además, la vuelta a una actividad normal es mucho más rápida tras una histerectomía vaginal que con el resto de las vías de acceso^{11,12}.

¿En qué momento después de la cirugía se ha de retirar la sonda vesical?

La sonda vesical se retira en función de la cirugía del POP¹³ y si no aparece ninguna complicación intraquirúrgica: la plastia anterior se retira al cabo de 1 hora; el enterocele/rectocele sale del quirófano sin sondaje vesical; en la histerectomía se retira la sonda a las 2 horas, ya que nos permite valorar de forma objetiva la diuresis.

Si la paciente presenta alguna complicación intraquirúrgica inesperada, ¿qué debemos hacer? ¿Hay más complicaciones y/o tasas de readmisión con la cirugía ambulatoria del POP que respecto a la cirugía del POP con ingreso hospitalario de, al menos, una noche?

Hay que contextualizar cada caso y, según la posible complicación en la cirugía del POP, independientemente de que sea ambulatoria o con ingreso, el equipo quirúrgico, junto con el anestésico, decidirá en ese momento si la paciente se queda ingresada y se descarta el alta domiciliaria. En nuestro hospital no hemos registrado más complicaciones o readmisiones a través de Urgencias de las pacientes intervenidas en régimen ambulatorio respecto a las ingresadas, datos que coinciden con los de otros centros^{13,14}.

¿Cuándo es el momento óptimo para la administración de heparina?

El momento óptimo para iniciar la trombopprofilaxis es a las 6 horas del postoperatorio, y la duración debe ser de 7-10 días. La dosis de dalteparina es de 5000 UI y la de enoxaparina de 40 mg 1 vez al día (o equivalente). En las pacientes con bajo índice de masa corporal (IMC) hay que administrar una dosis más baja, y en las que presentan un IMC elevado o en pacientes obesas se debe considerar una dosis mayor. En caso de riesgo grave de trombosis venosa profunda (TVP) (p. ej., joven adulta con TVP previa o embolia pulmonar sin ningún factor de riesgo transitorio de tromboembolismo venoso, como cirugía o viaje de larga distancia), se debe consultar a un hematólogo respecto a la dosis óptima y la duración de la trombopprofilaxis¹⁵.

Después de procedimientos menores con poco daño tisular (p. ej., plastia anterior, banda suburetral, rectocele) y en pacientes con buena movilización, puede darse el alta domiciliaria sin necesidad de trombopprofilaxis.

Grado de satisfacción de la paciente

El grado de satisfacción en la mayoría de las pacientes es muy bueno y, según diferentes estudios, se sitúa por encima de la cirugía asociada al ingreso hospitalario^{13,14}.

Para realizar la cirugía sin ingreso del POP, ¿cuál sería el tipo de anestesia óptima?

Nuestra mayor experiencia la hemos adquirido con la sedación más anestesia local; es la más empleada, ya que ofrece potenciales ventajas respecto a la anestesia regional o la anestesia general^{16,17}. Pero hay otros grupos de clínicos que abogan por la cirugía vaginal con anestesia local, incluida la histerectomía vaginal asociada o no a la cirugía de otros defectos del suelo pélvico, pues afirman que las pacientes refieren menos dolor en el postoperatorio y disminuye el uso de opioides en las primeras horas poscirugía¹⁸.

Consideraciones económicas

Se ha demostrado de forma consistente que la cirugía vaginal es la vía quirúrgica más económica^{19,20} en ginecología (siempre que sea factible), además del ahorro en costes que supone la cirugía ambulatoria respecto al ingreso y la ocupación de una cama hospitalaria²¹⁻²³.

Conclusiones

- La cirugía relacionada con el POP es realizable mediante CMA.
- No hemos encontrado más tasas de complicaciones intra/posquirúrgicas que la misma cirugía realizada con ingreso.
- Los protocolos de analgesia y tromboprofilaxis son totalmente reproducibles de forma ambulatoria.
- Es básico tener un circuito bien definido y coordinado, tanto en la preadmisión preoperatoria como en el postoperatorio inmediato y el seguimiento al día siguiente.
- En nuestra experiencia, el confort y el grado de satisfacción de la paciente son superiores a los obtenidos con la misma cirugía realizada con ingreso.
- El coste económico es inferior respecto a la misma técnica quirúrgica con ingreso.

BIBLIOGRAFÍA

- Nygaard I, Barber MD, Burgio KL, Kenton K, Meikle S, Schaffer J, et al.; Pelvic Floor Disorders Network. Prevalence of symptomatic pelvic floor disorders in US women. *JAMA*. 2008; 300(11): 1311-1316 [DOI: 10.1001/jama.300.11.1311] [PMID: 18799443; PMCID: PMC2918416].
- Coyne KS, Zhou Z, Bhattacharyya SK, Thompson CL, Dhawan R, Versi E. The prevalence of nocturia and its effect on health-related quality of life and sleep in a community sample in the USA. *BJU Int*. 2003; 92(9): 948-954 [DOI:10.1111/j.1464-410x.2003.04527.x] [PMID: 14632853].
- Jelovsek JE, Barber MD. Women seeking treatment for advanced pelvic organ prolapse have decreased body image and quality of life. *Am J Obstet Gynecol*. 2006; 194(5): 1455-1461 [DOI:10.1016/j.ajog.2006.01.060] [PMID: 16647928].
- Wilson L, Brown JS, Shin GP, Luc KO, Subak LL. Annual direct cost of urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(3): 398-406 [DOI:10.1016/s0029-7844(01)01464-8] [PMID: 11530119].
- Subak LL, Waetjen LE, Van den Eeden S, Thom DH, Vittinghoff E, Brown JS. Cost of pelvic organ prolapse surgery in the United States. *Obstet Gynecol*. 2001; 98(4): 646-651 [DOI:10.1016/s0029-7844(01)01472-7] [PMID: 11576582].
- Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, Colling JC, Clark AL. Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*. 1997; 89(4): 501-506 [DOI:10.1016/S0029-7844(97)00058-6] [PMID: 9083302].
- Wu JM, Kawasaki A, Hundley AF, Dieter AA, Myers ER, Sung VW. Predicting the number of women who will undergo incontinence and prolapse surgery, 2010 to 2050. *Am J Obstet Gynecol*. 2011; 205(3): 230.e1-5 [DOI:10.1016/j.ajog.2011.03.046] [Epub 2011 Apr 2; PMID: 21600549; PMCID: PMC3630997].
- Morales-García D, Docobo-Durantez F, Capitán Vallvey JM, Suárez-Grau JM, Campo-Cimarras ME, González-Vinagre S, et al. 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*. 2021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.012>, 2021
- Álvarez Gallego M, Gortázar de Las Casas S, Pascual Migueláñez I, Rubio-Pérez I, Barragán Serrano C, Álvarez Peña E, et al. SARS-CoV-2 pandemic on the activity and professionals of a general surgery and digestive surgery service in a tertiary hospital. *Cir Esp (Engl. Ed.)*. 2020; 98(6): 320-327 [DOI:10.1016/j.ciresp.2020.04.001] [Epub 2020 Apr 7; PMID: 32336467; PMCID: PMC7138380].
- Lee SH, Oh SR, Cho YJ, Han M, Park JW, Kim SJ, et al. Comparison of vaginal hysterectomy and laparoscopic hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *BMC Womens Health*. 2019; 19(1): 83 [DOI:10.1186/s12905-019-0784-4] [PMID: 31234852].
- Aarts JW, Nieboer TE, Johnson N, Tavender E, Garry R, Mol BW, et al. Surgical approach to hysterectomy for benign gynaecological disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; 2015(8): CD003677 [DOI:10.1002/14651858.CD003677.pub5] [PMID: 26264829; PMCID: PMC6984437].
- Sandberg EM, Twijnstra ARH, Driessen SRC, Jansen FW. Total laparoscopic hysterectomy versus vaginal hysterectomy: a systematic review and meta-analysis. *J Minim Invasive Gynecol*. 2017; 24(2): 206-217.e22 [DOI:10.1016/j.jmig.2016.10.020] [Epub 2016 Nov 17; PMID: 27867051].
- Hamid D. Résultats préliminaires de la prise en charge ambulatoire du prolapso vaginal. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2016; 45(6): 580-584 [DOI:10.1016/j.jgyn.2015.08.004] [Epub 2015 Sep 26; PMID: 26416259].
- Courtieu C, Cornille A, Vaast M, Lacombe S, Panel L. Prospective feasibility study of ambulatory surgery for pelvic organ prolapse. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2019; 236: 36-40 [DOI:10.1016/j.ejogrb.2019.01.019] [Epub 2019 Mar 5; PMID: 30878895].
- Ahonen J. Day surgery and thromboembolic complications: time for structured assessment and prophylaxis. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2007; 20(6): 535-539 [DOI:10.1097/ACO.0b013e3282f0ffc3] [PMID: 17989546].
- Flam F, Söderberg MW. New concepts and trends in vaginal prolapse surgery. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2009; 88(3): 251-254 [DOI:10.1080/00016340902730342] [PMID: 19172442].
- Segal JL, Owens G, Silva WA, Kleeman SD, Pauls R, Karram MM. A randomized trial of local anesthesia with intravenous sedation vs general anesthesia for the vaginal correction of pelvic organ prolapse. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*. 2007; 18(7): 807-812 [DOI:10.1007/s00192-006-0242-3] [Epub 2006 Nov 21; PMID: 17120172].
- Athanasiou S, Zacharakis D, Grigoriadis T, Papalios T, Pitsouni E, Valsamidis D, et al. Vaginal hysterectomy with anterior and posterior repair for pelvic organ prolapse under local anesthesia: results of a pilot study. *Int Urogynecol J*. 2020; 31(10): 2109-2116 [DOI:10.1007/s00192-020-04326-0] [Epub 2020 Jul 2; PMID: 32617637].
- Dorsey JH, Holtz PM, Griffiths RI, McGrath MM, Steinberg EP. Costs and charges associated with three alternative techniques of hysterectomy. *N Engl J Med*. 1996; 335(7): 476-482 [DOI:10.1056/NEJM199608153350705] [Erratum en: *N Engl J Med*. 1997; 336(2): 147] [PMID: 8672153].
- Sculpher M, Manca A, Abbott J, Fountain J, Mason S, Garry R. Cost-effectiveness analysis of laparoscopic hysterectomy compared with standard hysterectomy: results from a randomised trial. *BMJ*. 2004; 328(7432): 134 [DOI:10.1136/bmj.37942.601331.EE] [Epub 2004 Jan 7; PMID: 14711748; PMCID: PMC314505].
- Vaughan RW, Aluise JJ, McLaughlin CP. Ambulatory surgery and the hospital. *Health Care Manage Rev*. 1991; 16(3): 15-26 [DOI:10.1097/00004010-199101630-00003] [PMID: 1938387].
- Yan L, Rong F, Gao M, Chen G, Su Y, Xing L, et al. Complications and feasibility analysis of ambulatory surgery for gynecological diseases in China. *Medicine (Baltimore)*. 2021; 100(1): e23995 [DOI:10.1097/MD.00000000000023995] [PMID: 33429761; PMCID: PMC7793318].
- Adams JG, Walls RM. Supporting the health care workforce during the COVID-19 global epidemic. *JAMA*. 2020; 323(15): 1439-1440 [DOI:10.1001/jama.2020.3972] [PMID: 32163102].