

CARTAS AL DIRECTOR

Cirugía mayor ambulatoria y cirugía de recuperación prolongada

Sr. Director:

Hemos leído con interés la "carta" publicada en el último número de *Cirugía Mayor Ambulatoria* (1), referida a dos artículos publicados recientemente en la misma revista (2,3). Si bien la cirugía mayor ambulatoria (CMA) y la cirugía de corta estancia (ahora llamada cirugía de recuperación prolongada, por consenso de la *International Association for Ambulatory Surgery*, CRP) (4) difieren en una serie de aspectos (alguno tan notable como el hecho de pernoctar en el hospital), al mismo tiempo comparten muchos otros. Por ello consideramos afines ambos métodos de tratamiento quirúrgico.

Tal como hemos expresado en otras ocasiones, podríamos considerar que existen tantas modalidades de CMA y CRP como grupos de profesionales o centros que las practican, con numerosas diferencias, sutiles o manifiestas, entre sí. Entendemos la CMA (y también la CRP) como una modalidad terapéutica consistente en transferir, en pacientes seleccionados, el componente más extenso del periodo postoperatorio al domicilio del paciente. Esta práctica redundaría en un ahorro económico y, además, paga otros dividendos tales como: mayor satisfacción tanto de pacientes como de profesionales, mejores resultados clínicos, un efecto dinamizador del resto de actividad hospitalaria, en algunos casos una reducción de listas de espera, etc. No concebimos que tales beneficios deban limitarse a aquellos pacientes que, imperativamente, deban ser dados de alta el mismo día de la intervención quirúrgica.

Una serie de motivos, tales como la complejidad de la cirugía practicada o la hora de comienzo de la misma, pueden justificar la pernocta del paciente en el centro quirúrgico y no por ello estaremos atentando contra los principios esenciales de la CMA. Contrariamente, si acotamos la complejidad de nuestros procedimientos o limitamos la utilización de quirófanos al turno de "mañanas", estaremos despilfarrando costosos recursos. En EE.UU., la mayoría de unidades concebidas inicialmente para la práctica de procedimientos ambulatorios estrictos, dentro de un horario habitual de 7 a.m. a 7 p.m., fueron transformadas en unidades de corta estancia, permaneciendo abiertas de lunes a sábado o de forma permanente. Aunque para algunos autores esto podría interpretarse como el redescubrimiento de la hospitalización en pequeñas clínicas, creemos que en realidad se trata de una nueva concepción sobre el manejo del paciente quirúrgico, orientada a tratar satisfactoriamente las enfermedades de la forma menos agresiva y más económica posible, entendiendo también

como agresión apartar al paciente de su entorno habitual mediante la hospitalización (5).

Sin embargo, no debemos confundirnos y llamar CMA, o CRP, a lo que en realidad no lo es. Así pues, hemos visto como en ocasiones se ha referido como de "corta estancia" la cirugía practicada a pacientes apendicectomizados con carácter urgente con estancias postoperatorias entre 24 y 72 horas. Igualmente, se ha referido como "cirugía de corta estancia" a series de reparaciones herniarias o de colecistectomías con estancias medias de uno o dos días sin que haya mediado ningún tipo de selección de pacientes, información detallada preoperatoria y ofrecimiento del método, ni tampoco la monitorización del postoperatorio, tanto hospitalario como domiciliario, propios de la CMA. Entendemos que estas prácticas, que han dado origen al término jocoso de "estancia acortada", constituyen en todo caso una buena gestión de la estancia media hospitalaria y que son algo bien distinto de la CMA (o de la CRP), caracterizadas por una uniformidad de actuaciones en pacientes seleccionados que aceptan el método y practicada idealmente en unidades *ad hoc*. A diferencia de Rodríguez Chinchilla y Barona Trapote, no creemos que la incorporación de la CRP a las unidades de CMA conduzca a un deterioro del rendimiento quirúrgico, sin embargo estamos de acuerdo con estos autores en que la CMA y también la CRP son una innovación tecnológica (o mejor metodológica) reciente y que por tanto son vulnerables (como hemos visto en los ejemplos citados anteriormente) y apreciamos todo tipo de advertencias que nos protejan de esta vulnerabilidad.

M. Giner Nogueras

Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Carlos.
Madrid

BIBLIOGRAFÍA

1. Rodríguez Chinchilla R, Barona Trapote S. Cirugía de recuperación prolongada y cirugía rápida: un freno para la cirugía ambulatoria (Carta al Director). *Cir May Amb* 2007; 12 (3): 116.
2. Moral González M, Cuberes Monserrat R, Blázquez Martín A, Picardo Nieto AL, Fernández Acereño MJ, García-Blanch de Benito G. Incidencia de ingreso hospitalario en pacientes de CMA. *Cir May Amb* 2006; 11 (4): 212-5.
3. Arroyo Sebastián A, Sánchez del Valle FJ, Arroyo Sebastián MA, Romero Simó M, Arroyo Guijarro A, Segura Mas A. Cirugía de recuperación prolongada (Carta al Director). *Cir May Amb* 2006; 11 (2): 85-7.
4. IAAS, ASECMA. Ambulatory surgery definitions. Definiciones en cirugía mayor ambulatoria (artículo especial). *Cir May Amb* 2000; 5 (1): 13-5.
5. Giner M. Cirugía ambulatoria y de estancia corta. ¿Objetivos asistenciales o económicos? (editorial). *Cir Esp* 1994; 55: 249-50.

Recibido: octubre de 2007.

Aceptado: octubre de 2007.

Correspondencia: Manuel Giner Nogueras. Departamento de Cirugía. Hospital Clínico San Carlos. C/ Profesor Martín Lagos, s/n. Madrid. e-mail: revista@asecma.org