

## CARTA AL DIRECTOR

### Cirugía de recuperación prolongada y cirugía rápida: un freno para la cirugía ambulatoria

*Sr. Director:*

Dos recientes artículos en su revista defienden la puesta en marcha de unidades de cirugía rápida (1) o de cirugía de recuperación prolongada (2) con el objetivo de optimizar los programas de CMA y aumentar la actividad quirúrgica global. Estamos convencidos de que su introducción conduce a un rendimiento quirúrgico global inferior y al deterioro de los indicadores de calidad asistencial de las unidades de cirugía ambulatoria que operan en ese entorno. Son conocidos los diferentes factores que están actuando como barreras para la implantación y expansión de la CMA (3) y en nuestra opinión la interpretación flexible del concepto cirugía ambulatoria es la más importante. Como han señalado Toofgaard y Parmentier (4) “la CMA es una innovación tecnológica reciente y por lo tanto es vulnerable aún y precisa que se defina con claridad (qué es) y se comprenda lo que persigue (para qué)”.

La cirugía de recuperación prolongada es sencillamente cirugía con ingreso realizada en una franja horaria diferente a la habitual en función de la disponibilidad de espacios y recursos humanos de cada centro. No constituye una innovación organizativa ni mejora la eficiencia. Aumenta el volumen de actividad a un coste superior al que comportaría realizado como cirugía ambulatoria. Además, resta pacientes ambulatorios por parte de profesionales con una práctica más conservadora y desincentiva la adopción por estos de nuevos retos y responsabilidades profesionales.

La cirugía rápida (o turno de noche de UCMA o hospital de 23 h o cirugía ambulatoria de recuperación ampliada) (5) es la propuesta de mantener abierta en horario nocturno la UCMA para evitar ingresos causados por necesidad de observación o retardo en la recuperación del paciente. Una tasa de ingresos del 2,47% es aceptable como indican los autores y no distorsiona el funcionamiento normal de un hospital. Implantar un turno de noche en una UCMA no es sólo ineficiente; acaba definiti-

vamente con la CMA: “un caso de cirugía ambulatoria es un paciente que de forma programada recibirá una operación o prueba y que requiere de instalaciones para su recuperación pero que no requiere pasar la noche en el hospital” (6).

La CMA nunca ha precisado unidades de 23 horas “para ensayar operaciones más invasivas y luego trasladarlas a CMA”.

La cirugía ambulatoria no debe seguir ligada a la deriva de la cirugía con ingreso ni puede venderse como la cura a los males que la afectan. Defendemos que la cirugía con ingreso y la CMA son dos prácticas que difieren de forma importante en organización y en su cultura profesional. La calidad y la búsqueda de la excelencia no es propiedad de la CMA, la práctica asistencial con ingreso también persigue el mismo objetivo, pero la forma en que una u otra lo deben llevar a cabo es radicalmente diferente y la existencia de vasos comunicantes actualmente dificulta más que beneficia a ambas.

R. Rodríguez Chinchilla, S. Barona Trapote<sup>1</sup>

*Servicio de Anestesiología y Reanimación. UCSI. Fundación Hospital Manacor. <sup>1</sup>Área Quirúrgica. Hospital Comarcal de Inca. IB-Salut. Illes Balears*

### Bibliografía

1. 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.
2. Arroyo Sebastián A, Sánchez del Valle FJ, Arroyo Sebastián MA, Romero Simó M, Arroyo Guijarro A, Segura Mas A. Carta al director: Cirugía de recuperación prolongada. *Cir May Amb* 2006; 11 (2): 85-7.
3. Smith I, Cooke T, Jackson I, Fitzpatrick R. Rising to the challenges of achieving day surgery targets. *Anaesthesia* 2006; 61 (12): 1191-9.
4. Toftgaard C, Parmentier G. International terminology in ambulatory surgery and its worldwide practice. In: Lemos P, et al., editors. *Day Surgery/Development and Practice*. IAAS; 2006.
5. Domínguez-Adame E, Márquez R. Cirugía mayor ambulatoria: necesidad de uniformar criterios y conceptos. *Cir Esp* 2001; 69: 630-1.
6. Ogg TW. Preface. In: Lemos P, et al., editors. *Day Surgery/Development and Practice*. IAAS; 2006.