

Cirugía de urgencias en CMA

Emergency surgery at CMA

Tallón-Aguilar L¹, Aguilar-Del Castillo F¹, Álvarez-Aguilera M¹, Moreno-Suero F¹, Suárez-Grau J M¹, Pareja Ciuró F²

¹Unidad de Pared Abdominal – CMA. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

²Unidad de Cirugía de Urgencias. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

RESUMEN

Clásicamente, la conjunción del concepto de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) con la cirugía de urgencias no ha sido bien aceptado, ya que las características propias de cada uno de ellos por separados son bastantes antagónicas: cirugía programada Vs no programada, criterios de selección estrictos Vs imposibilidad de selección del paciente, preparación del paciente Vs imposibilidad de preparación, protocolos uniformes Vs dificultad para implementación de protocolos o la rigidez en la programación Vs imposibilidad de programación, entre otros aspectos a tener en cuenta.

Aun así, y dadas las numerosas ventajas existentes en el circuito de CMA, con el desarrollo de la misma se ha propuesto la posibilidad de extenderse también a la cirugía de urgencias dentro

de sus posibilidades. La implantación de protocolos de rehabilitación multimodal quirúrgica (ERAS) ha facilitado su desarrollo.

ABSTRACT

Classically, the conjunction of the concept of Outpatient Surgery (OS) with emergency surgery has not been well accepted, since the characteristics of each of them separately are quite antagonistic: scheduled vs. unscheduled surgery, strict selection criteria Vs impossibility of patient selection, patient preparation Vs impossibility of preparation, uniform protocols Vs difficulty in implementing protocols or rigidity in programming Vs impossibility of programming, among other aspects to take into account.

Even so, and given the numerous advantages existing in the CMA circuit, with its development, the possibility of also extending it to emergency surgery within its possibilities has been proposed. The implementation of enhanced recovery after surgery protocols (ERAS) has facilitated its development.

CORRESPONDENCIA

Luis Tallón Aguilar
Hospital Universitario Virgen del Rocío
41013 Sevilla
luis.tallon.sspa@juntadeandalucia.es

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Tallón-Aguilar L, Aguilar-Del Castillo F, Álvarez-Aguilera M, Moreno-Suero F, Suárez-Grau Juan M, Pareja Ciuró F. Cirugía de urgencias en CMA. Cir Andal. 2023;34(2):153-156. DOI: 10.37351/2023342.9.

RECUERDO HISTÓRICO

A principios de la década de los 90, la *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation*¹ y *The Royal College of Surgeons of England*², hacen referencia por primera vez a la posibilidad de, en determinados pacientes seleccionados, llevar a cabo determinados procesos quirúrgicos urgentes en régimen de CMA. Sin embargo, desde entonces no existe mucha literatura al respecto, siendo en nuestros días un aspecto aún por desarrollar.

En 1999, Figueira *et al* sugieren un modelo que permitía incluir determinados procesos urgentes en pacientes seleccionados en aquellos huecos creados en las unidades de CMA como consecuencia de programaciones quirúrgicas cortas, cancelaciones o incomparecencias de cualquier índole, de forma que mediante una gestión ágil se permitía optimizar ese espacio de tiempo y evitar su desaprovechamiento³.

A finales de la primera década del siglo XXI, van surgiendo en el Reino Unido los primeros artículos que recogen experiencias en cirugía de urgencias en régimen de CMA con buenos resultados y se van definiendo qué procedimientos podrían ser susceptibles de incluirse⁴.

A nivel nacional, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) lo plantea por primera vez en el X Congreso Nacional celebrado en el año 2011 en Oviedo, siendo la conclusión "no a las urgencias en CMA"⁵.

La implantación de protocolos de rehabilitación multimodal quirúrgica (ERAS) en la Cirugía de Urgencias ha facilitado su desarrollo⁶.

MODELO ORGANIZATIVO DE LA CMA EN URGENCIAS

Dos modelos organizativos están descritos en la literatura y/o observados en centros especializados para el manejo ambulatorio de los procedimientos quirúrgicos urgentes:

a) Integración de la CMA dentro del servicio de cirugía: El servicio de urgencias debe permitir la realización de determinados actos quirúrgicos no programados de forma ambulatoria existiendo unos protocolos establecidos, una estructura clara, unos criterios de alta idénticos a los de CMA, una disponibilidad horaria las 24 horas, personal entrenado y cualificado, sin interrumpir el resto de actividad quirúrgica urgente no subsidiaria de manejo en régimen de CMA¹².

b) Actividad urgente integrado en un servicio de CMA: El paciente es derivado desde el Servicio de Urgencias según unos criterios preestablecidos al servicio de CMA para ser atendido siguiendo el mismo circuito de la cirugía programada. Es preciso disponer un sistema flexible y una gestión ágil para el correcto funcionamiento de la misma. Existe la posibilidad del mismo día aprovechando los huecos disponibles por cancelaciones, suspensiones o programación quirúrgica corta; o día siguiente, siendo el paciente derivado al domicilio para acudir a la Unidad de CMA tras recibir unas indicaciones claras y unas pautas establecidas^{5,10}.

Los pacientes deben seguir, con independencia del modelo organizativo, la misma pauta de preparación que en la cirugía

ambulatoria programada, y un circuito establecido (sala de acogida – quirófano – sala de reanimación postoperatoria – sala de adaptación al medio – alta a domicilio), siguiendo los mismos criterios de alta: ausencia de dolor, náuseas o vómitos y presencia de un score del test de Aldrete modificado superior o igual a 11/12 puntos¹⁵.

PROCEDIMIENTOS SUBSIDIARIOS DE REGIMEN DE CMA EN URGENCIAS

Basándonos en la clasificación de la organización británica National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death (NCEPOD)⁷ para determinar el grado de urgencia de una intervención quirúrgica, podemos encontrar las siguientes categorías:

1 Immediate: Intervención inmediata para salvar la vida, las extremidades o los órganos. Precisa de reanimación simultánea con la intervención. Normalmente se lleva a cabo minutos después de tomar la decisión.

2 Urgent: Intervención para el inicio agudo o el deterioro clínico de condiciones potencialmente mortales, para aquellas condiciones que pueden amenazar la supervivencia de una extremidad u órgano, para la fijación de muchas fracturas y para el alivio del dolor u otros síntomas angustiantes. Normalmente dentro de las horas de la decisión de operar.

3 Expedited: Paciente que requiere tratamiento temprano cuando la condición no es una amenaza inmediata para la supervivencia de la vida, la extremidad o el órgano. Normalmente a los pocos días de la decisión de operar.

4 Elective: Intervención planificada o reservada antes del ingreso de rutina al hospital. El tiempo se adapta al paciente, al hospital y al personal.

Algunos autores consideran que los procedimientos immediate y urgent quedan fuera del ámbito de procedimientos adecuados para la cirugía ambulatoria, principalmente como consecuencia de la inmediatez, las comorbilidades y la complejidad de la operación.¹³ Otros, sin embargo, piensan que serían las intervenciones de los grupos urgent y expedited las más adecuadas para realizarse en régimen de CMA dentro de la urgencia quirúrgica. Además, deberían cumplir una serie de premisas o condicionantes como⁸:

- a) Procedimientos frecuentes.
- b) Mínimo riesgo hemorrágico.
- c) No alta complejidad.
- d) Duración no superior a los 60 – 90 minutos.
- e) Rápida recuperación del enfermo.
- f) Posibilidad de movilización precoz.
- g) Control analgésico pre y postoperatorio posible con analgesia vía oral.

h) Paciente reúna criterios de CMA: ASA I – II, criterios psicológicos y sociales.

En cuanto a las contraindicaciones para la realización de cirugía de urgencias en régimen de CMA serían⁹:

- a) Hemorragia significativa.
- b) Dolor de difícil control.
- c) Sepsis que obligue a antibioterapia prolongada.
- d) Fracturas abiertas.
- e) Pacientes politraumatizados.
- f) Necesidad de nuevas actuaciones quirúrgicas.
- g) Necesidad de control médico o radiológico.
- h) Comorbilidades no reconocidas.
- i) Hora tardía de llegada.

En nuestra opinión y experiencia, los procedimientos que pueden ser recomendados para su realización en régimen de CMA se recogen en la **tabla 1**.

Tabla 1. Procedimientos subsidiarios de régimen de CMA en Cirugía de Urgencias

ESPECIALIDAD	PROCEDIMIENTO
GENERAL	Abscesos de partes blandas
PARED ABDOMINAL	Hernias no estranguladas
PROCTOLOGIA	Hemorroides complicadas Fisura anal aguda Abscesos perianales Quiste pilonidal complicado
TRACTO DIGESTIVO	Apendicitis no complicadas
HEPATOBILIAR	Colecistitis aguda no complicadas Cólico biliar de repetición/refractario

Apendicitis aguda no complicada

Es la patología que más se ha publicado en su manejo como régimen ambulatorio urgente, ya que existen numerosos artículos que exponen resultados favorables, alcanzando tasas de ambulatorización que oscilan desde un 35 a un 85%^{16,17}.

Incluso se ha definido el Saint Antoine Score (**tabla 2**) que predice la posibilidad de alta precoz. Los factores asociados de

Tabla 2. Parámetros incluidos en Saint Antoine Score

VARIABLE	PUNTUACION
IMC <28 kg/m ²	1 punto
Leucocitos <15000/mcrl	1 punto
PCR<30 mgr/l	1 punto
No signos radiológicos de peritonitis	1 punto
Diámetro apendicular < 10 mm	1 punto

forma independiente son un IMC<28 kg/m², leucocitos <15000, PCR <30 mgr/l, ausencia de signos radiológicos de perforación y diámetro apendicular < o igual a 10 mm en prueba de imagen. En caso de presentar 4 parámetros, la tasa de ambulatorización fue del 71%; 92% si presenta los 5 criterios¹⁸.

Un metaanálisis publicado en 2021 sugiere que se trata de un procedimiento seguro sin un incremento del riesgo de readmisión, complicaciones o visitas hospitalarias no planeadas¹⁹.

Patología de pared abdominal

Aunque sin literatura de calidad que lo sustente, en nuestra opinión sería razonable realizar ambulatoriamente a pacientes de bajo riesgo con hernias de pared que presenten episodios de incarceration, especialmente si son de pequeño tamaño (W1 de la clasificación de la European Hernia Society EHS), primarias y de contenido graso o intestinal de pocas horas de evolución, especialmente si son intervenidos en horario de mañana.

En el caso de las hernias inguinales, siempre que no exista compromiso vascular del contenido intestinal, se tratarán como un procedimiento programado y se incluirá en el circuito de CMA habitual. Las excepciones las encontramos en aquel paciente que presenta limitaciones para cumplir los criterios de ambulatorización, en función de la franja horario en la que se realice la cirugía o intervenciones que requieran de resección intestinal o colocación de drenajes quirúrgicos.

Cirugía proctológica

La cirugía proctológica urgente (hemorroides complicadas, fisura anal aguda, absceso perianal, sinnus pilonidal complicado) puede seguir los principios de la cirugía programada y ser ambulatorizadas en el mismo día sin mayor complicación.

Habría que tener en cuenta en estos pacientes los criterios de no ambulatorización como pueden ser mal control analgésico, infección que requiera antibioterapia intravenosa o curas locales que requieran ingreso hospitalario.

Generalmente los criterios de CMA en urgencias de este tipo de patología se cumplen en torno al 85% de los casos.

Otro aspecto importante en este tipo de procedimientos es la franja horaria de su realización, ya que, si se realiza más allá de la franja horaria de tarde, el paciente tendrá que pernoctar irremediamente y no se podría aplicar el circuito de CMA.

Cirugía hepatobiliar

Se puede plantear la ambulatorización de las colecistitis agudas no complicadas (ausencia de absceso y/o perforación vesicular) siempre que el paciente cumpla criterios de CMA, la intervención se realice en horario de mañana y se clasifique en los grados I o II de los criterios de severidad de Tokio, quedando excluidas las grado III.

Igualmente se podría valorar en aquellos casos de cólicos biliares de repetición (en nuestro protocolo operamos de urgencias a aquellos pacientes que acuden 3 o más veces a urgencias por cólico biliar no complicado) o refractarios a tratamiento médico, donde la clínica, sobre todo el dolor abdominal, no responde a la analgesia prescrita, ya que bajo nuestro criterio son indicaciones igualmente de cirugía urgente.

CONCLUSIONES

El manejo ambulatorio de determinados procedimientos quirúrgicos de urgencia es factible y seguro para determinadas patologías y pacientes.

La cirugía en régimen ambulatorio de las intervenciones quirúrgicas urgente evita largas esperas en urgencias, la gestión quirúrgica tardía en un programa quirúrgico establecido, las hospitalizaciones innecesarias, la ocupación abusiva de camas de hospitalización convencional y la desorganización de los flujos de pacientes programados en una unidad de cirugía ambulatoria. Al liberar plazas en los servicios de urgencias quirúrgicas, se mejora el flujo de pacientes dentro de las mismas¹⁰.

La atención de urgencias ambulatoria se adapta especialmente a determinadas patologías y determinados pacientes que deben cumplir unas características y condicionantes determinados. Es imprescindible definir las patologías urgentes susceptibles de atención ambulatoria en colaboración con los médicos de urgencias y las condiciones para su realización¹¹.

BIBLIOGRAFÍA

- Bazin G, Bontemps G, Daver C, Guérin M, Jouffroy L, Parmentier G, Sales JP. Abécédaire Chirurgie ambulatoire. Edition Janvier 2009. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf?TSPD_101_R0=087dc22938ab200078e8d218db1283f491cde88643babfc5846c23dd82741f164c7f4a5fe21f5f8208c1f453e41430006ce62b8179bd9e2fc5f76e7e8d98e6ac138b2c2a3c3ee0-11c6fdb00cd201c9f5c88a1e95c8d51ea1fb21bdc84c07a
- Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of surgical services. Guidelines for day case surgery. 2ª ed. London: Royal College of Surgeons of England; 1992.
- Figueira E, Francis D, Ingham-Clark CL. Introduction of emergency day case surgery. *The Journal of One Day Surgery* 1999; 9(1): 15 – 7.
- Mayell AC, Barnes SJ, Stocker ME. Introducing Emergency Surgery to the Day Case Setting. *The Journal of One Day Surgery* 2009; 19(1): 10 – 3.
- Jiménez A. La urgencia queda excluida de la cirugía mayor ambulatoria. <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/2011/11/23/urgencia-queda-excluida-cirugia-mayor-ambulatoria-25159.html>
- Ugarte Sierra B, Landaluce Olavarria A, Cabrera Serna I, Viñas Trullen X, Brugiotti C, Ramírez Rodríguez JM, Arroyo A. Rehabilitación multimodal en cirugía de urgencias: ¿utopía o realidad? *Cir Esp* 2021; 99(4): 258 – 266.
- The National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. NCEPOD Revised Classification of Operation, 2004.
- <https://www.ncepod.org.uk/classification.html>
- Howells N, Tompsett E, Moore A, Hughes A, Livingstone J. Day surgery for trauma patients. *The journal of one day surgery* 2009; 19(1): 23 – 6.
- Miyagi K, Yao C, Lazebny K, Himpson R, Ingham Clark CL. Use of the day surgery unit for emergency surgical cases. *The journal of one day surgery* 2009; 19(1): 5 – 8.
- Triboulet JP. Quelle place pour les urgences en chirurgie ambulatoire? *Presse Med* 2014; 43(3): 301 – 4.
- HAS, ANAP. Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Recommandations organisationnelles; 2013. <http://www.anap.fr/detail-dune-publication-ou-dun-outil/recherche/recommandations-organisationnelles/>
- Franck L, Maesani A, Birenbaum A, Delerme S, Riou B, Langeron O et al. Étude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013; 32: 392-6.
- Skues MA. High-risk surgical procedures and semi-emergent surgical procedures for ambulatory surgery. *Curr Opin Anaesthesiol* 2020; 33(6): 718 – 23.
- Franck L, Maesani M, Birenbaum A, Delerme S, Riou B, Langeron O, Le Sache F. Étude de faisabilité pour la mise en place d'une filière de chirurgie ambulatoire en urgence. *Ann Fr Anesth Reanim* 2013; 32(6): 392 – 6.
- Cash CL, Frazee RC, Smith RW, Davis ML, Hendricks JC, Childs EW et al. Outpatient laparoscopic appendectomy for acute appendicitis. *Am Surg* 2021; 78: 213 – 215.
- Dubois L, Vogt KN, Davies W, Schlachta CM. Impact of an outpatient appendectomy protocol on clinical outcomes and cost: A case-controlled study. *J Am Coll Surg* 2010; 211: 731 – 737.
- Lefrançois M, Lefevre JH, Chafai N, Pitel S, Kerger L, Agostini J et al. Management of acute appendicitis in ambulatory surgery: Is it possible? How to select patients? *Ann Surg* 2015; 261: 1167 – 1172.
- De Wijkerslooth EML, Bakas JM, Van Rosmalen J, Van den Boom AL, Wijnhoven BPL. Same-day discharge after appendectomy for acute appendicitis: a systematic review and meta-analysis. *Int J Colorectal Dis* 2021; 36(6): 1297 – 1309.