

## Mesa Redonda. Cirugía Mayor Ambulatoria.

# Cirugía Mayor Ambulatoria y Urgencias

Major Ambulatory Surgery and Emergency Care

Durán Muñoz - Cruzado V

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

En primer lugar, me gustaría revisar el concepto de CMA y urgencias ya que, dada la particularidad de la cirugía urgente que la hace que pueda desarrollarse durante las 24 horas del día, parecería más correcto hablar de Cirugía sin ingreso (CSI). Por ejemplo, un paciente que se interviene a las 23:00, deberá pernoctar y ser dado de alta desde la unidad de rehabilitación postanestésica la mañana siguiente a primera hora. Esto lo excluiría del término ambulatorio, sin embargo, es una cirugía sin ingreso y aporta tanto al paciente como al sistema, los beneficios de la misma.

Cuando hablamos de cirugía sin ingreso en urgencias, no estamos hablando de ninguna banalidad. Si revisamos el número de cirugías que realiza cirugía general en el territorio nacional al año, vemos que aproximadamente un 30% es cirugía urgente. Del mismo modo, si vemos las intervenciones que realizan al año en España todas las especialidades quirúrgicas, vemos que el 30%, las realiza Cirugía General. Es por esto, que la cifra del 30% persigue a la cirugía de urgencias y dependiendo de la población atendida por el hospital,

podremos encontrarnos que en hospitales con un menor número de camas la cirugía de urgencias puede suponer un 20% y en hospitales mayores, el porcentaje puede aumentar al 40%.

Hay algunas cirugías que se realizan habitualmente de urgencias y en régimen sin ingreso a las que podemos llamar indicaciones "clásicas" de CSI, como son abscesos perianales, abscesos de partes blandas, sinus pilonidales sobre infectados, etc (tabla 1). Esta cirugía, que a veces privamos de la importancia que tiene, supone un número importantísimo de pacientes atendidos al año y es por esto que son muchos pacientes los que pueden beneficiarse de un correcto y ordenado circuito de cirugía sin ingreso. En el Hospital Virgen del Rocío, se atienden entre 90 y 120 pacientes de este grupo al mes.

Por otro lado, desde 2012 comienzas a aparecer artículos que nos desvelan la posibilidad de ambulatorizar otros procedimientos en urgencias, como es el de la apendicectomía en apendicitis no complicada. En 2021 se publica una revisión sistemática y metaanálisis que analiza todos los estudios publicados hasta la fecha en este sentido y concluye que la apendicectomía en régimen sin ingreso para apendicitis no complicada es segura, no aumenta el riesgo de complicaciones y no aumenta la tasa de reingresos. Sin embargo, esta revisión advierte que el riesgo de sesgos de la misma es moderado-grave, ya que no existe ningún ensayo clínico randomizado que demuestre con suficiente nivel de evidencia estos resultados.

### CORRESPONDENCIA

Virginia Durán Muñoz-Cruzado  
Hospital Universitario Virgen del Rocío  
41005 Sevilla  
[virginia.dm.87@gmail.com](mailto:virginia.dm.87@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Durán Muñoz-Cruzado V. Cirugía Mayor Ambulatoria y Urgencias. Cir Andal. 2025;36(3):304-306. DOI: 10.37351/2025363.09

**Tabla 1. Urgencias “clásicas” susceptibles de ambulatorización”.**

URGENCIAS ANORRECTALES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor anal agudo</li> <li>• Abscesos y flemones anorrectales e isquiorrectales.</li> <li>• Trombosis hemorroidal aguda</li> <li>• Fisura anal aguda</li> <li>• Sinus pilonidal</li> <li>• Impactación rectal de cuerpos extraños</li> </ul>
ABSCESOS CUTÁNEOS E HIPODÉRMICOS
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidrosadenitis supurada axilar e inguinal</li> <li>• Quistes sebáceos abscesificados</li> <li>• Abscesos de heridas quirúrgicas propias de la especialidad</li> <li>• Abscesos por glúteos tras punción intramuscular</li> <li>• Abscesos por venopunción</li> <li>• Abscesificación de tumores</li> <li>• Cuerpos extraños incrustados en piel</li> <li>• Adenopatías abscesificadas</li> <li>• Colecciones supuradas bajo escaras de decúbito</li> </ul>
PATOLOGÍA DE LA MANO
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Panadizo supurado</li> <li>• Absceso subungueal</li> </ul>
PATOLOGÍA DEL PIE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oniquia</li> <li>• Paroniquia</li> </ul>

Es por esto que, en el año 2018, desde la Unidad de Cirugía de Urgencias del Hospital Virgen del Rocío y contando con el respaldo y apoyo de la UGC así como de la UGC de anestesia y reanimación, se impulsa este ensayo clínico randomizado para evaluar la seguridad, eficacia y coste-eficacia de la apendicectomía en régimen sin ingreso para apendicitis no complicada. Después de seis años desde su inicio, este estudio culmina en la publicación del mismo.

De los 300 pacientes reclutados en este estudio, 151 fueron aleatorizados al grupo de cirugía con ingreso y 149 al grupo de cirugía sin ingreso. El 85'9% del grupo de cirugía sin ingreso fueron finalmente dados de alta en régimen CSI. Del grupo en los que fracasó este manejo, fueron analizadas las causas por las cuales los pacientes no habían podido ser dados de alta en régimen CSI. Se realizó un análisis bivariante de todas las variables y finalmente en el análisis multivariante obtuvimos que el único factor que se relaciona significativamente con el fracaso fue el EVA postquirúrgico superior a 6 ( $p < 0'001$ ). Es, por tanto, tal como sospechamos, el dolor postquirúrgico uno de los limitantes fundamentales en los que debemos trabajar para conseguir el éxito del régimen CSI.

En cuanto a la seguridad de este régimen, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ni en el número de complicaciones ni en el número de reingresos entre grupos.

Al valorar la satisfacción de los pacientes, encontramos que no existen diferencias en la valoración de la calidad de la atención de los pacientes entre ambos grupos y cuando preguntamos al grupo CSI si volvería a operarse bajo este régimen o si recomendaría este régimen a un familiar, el 100% de los pacientes contestó que este régimen es altamente recomendable (40'4%) o recomendable (59'6%).

En el análisis de costes, dado que ambos grupos se sometieron a un protocolo prequirúrgico intraquirúrgico y postquirúrgico en el área de recuperación postanestésica idéntico, estos costes no fueron considerados y sólo tuvimos en cuenta los gastos asociados al ingreso en cada grupo, así como, en los casos de complicación, el gasto asociado a la resolución de las complicaciones. Considerando estos gastos, podemos ver que el coste medio por paciente que se ahorra con el régimen CSI respecto al régimen con ingreso, es de 1.024'70€. En cualquier caso, aunque la cuantía numérica nos hace hacernos una idea del ahorro, en los hospitales públicos españoles, el impacto mayor que tiene este régimen es el ahorro de un recurso cama para que pueda ser empleado por otro paciente que así lo requiera.

¿Pero es realmente importante este ahorro? Sabemos que la apendicitis aguda es la patología quirúrgica abdominal urgente más frecuente. Del total de apendicitis que atendemos, aproximadamente el 70-80% son apendicitis no complicadas. En el Hospital Virgen del Rocío en el año 2022 atendimos 108 paciente con apendicitis no complicadas, 191 en el año 2023 y 167 en el 2024. Es, por tanto, un número muy importante de pacientes el que ha podido beneficiarse del régimen sin ingreso. De hecho, tras la conclusión del estudio, alrededor del 80% de los pacientes intervenidos por apendicitis aguda no complicada, se han beneficiado del régimen CSI (77'78% en 2022, 83'24% en 2023 y 82'63% en 2024).

Y ¿cómo podemos lograr el éxito de la cirugía sin ingreso en urgencias? Pues es fundamental establecer protocolos claros con los servicios afines como son Urgencias y Anestesia y la revisión periódica de los mismos para detectar posibles errores. Volviendo a las indicaciones “clásicas” de cirugía sin ingreso en urgencias, podemos ver como se produce un punto de inflexión en el año 2020 pasando de unos 1500 procedimientos/año en los años anteriores a una media de 1000 procedimientos/año en los años posteriores. Esto es porque en 2019 se realizó un análisis de nuestro circuito de cirugía urgente ambulatoria mediante el cual atendemos a los pacientes con estas patologías derivados desde urgencias en dos tramos horarios en quirófano de urgencias a las 9:00 y a las 16:00. Identificamos que muchos pacientes eran derivados de forma incorrecta y no precisaban una cirugía ambulatoria con el estrés y confusión que esto generaba para el paciente. Se establecieron mejoras al protocolo realizándose sesiones formativas en el servicio de urgencias, derivando todas las heridas quirúrgicas complicadas a la sala de curas de su unidad específica, recordando la cartera de servicio de cada especialidad, y lo más importante, ningún paciente debe entrar en el circuito sin ser valorado por cirugía. Estas sencillas medidas tuvieron un importante impacto disminuyendo de forma importante el número de pacientes atendidos en el circuito, con las consecuencias que esta mejora tiene sobre los pacientes, la organización y la ocupación de quirófanos.

¿Y cómo lo hacemos en patologías más complejas en las que requerimos una cirugía mayor como la apendicitis? Pues como todos sabemos, los criterios de selección son fundamentales. Incluiremos pacientes con apendicitis aguda no complicada y que a su vez cumplan los criterios clásicos fisiológicos, psíquicos y sociales de la CMA y excluirémos pacientes con una morbilidad importante (ASA IV), pacientes inmunodeprimidos, neoplasia activa, embarazo o sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal.

El otro requisito básico es, tal como hemos insistido previamente, tener un circuito bien establecido que coordine de forma clara a los profesionales que participan en la atención de estos pacientes. En este caso, los pacientes con apendicitis aguda no complicada tienen un protocolo pre, intra y postquirúrgico bien establecido del que podemos destacar la importancia del correcto tratamiento del dolor con analgesia multimodal. Y para asegurar la seguridad del proceso, disponemos de criterios claros, los criterios de Aldrete modificados, que son evaluados en cada paciente antes de proceder al alta sin ingreso.

Pero hoy en día tenemos mucha ayuda a la hora de establecer estos protocolos y es que no se puede hablar de CSI sin reconocer el papel en la misma de la Rehabilitación Multimodal. En España tenemos la suerte de contar con un grupo de Rehabilitación Multimodal (GERM) que dispone de protocolos claros no solo para la cirugía reglada sino para la mayoría de cirugía urgente. Del mismo modo, también existen guías internacionales de manejo perioperatorio en cirugía de urgencias que nos ayudan a minimizar el impacto del estrés quirúrgico en pacientes que se someten a cirugía urgente facilitando su recuperación precoz.

Y si sabemos que la cirugía sin ingreso en cirugía de urgencias pasa por una buena selección de pacientes y de circuitos claros establecidos que minimicen el estrés quirúrgico, entonces ¿dónde están los límites?

Pues como podemos observar, los límites van cambiando con el tiempo. Hace tan solo 10 años, la propia Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) excluía a la urgencia de la cirugía sin ingreso, aunque dejaba las puertas abiertas en cierto modo a la apendicitis y colecistitis de corta evolución así como algunas hernias incarceradas apoyándose en la experiencia de las unidades de CMA.

Tan solo un año más tarde, aparece esta publicación Hotchen AJ et al en las que analizan durante 5 años los pacientes intervenidos de cirugía urgente logrando que el 27% fueran manejados como “day case emergency surgery”. En este 27% incluían el drenaje de abscesos, reparación de hernias incarceradas y apendicitis.

¿Y qué otros pacientes podrían beneficiarse del régimen CSI en urgencias? ¿la colecistectomía de cólicos biliares refractarios? ¿de pancreatitis biliares leves? ¿o incluso de colecistitis? Pues en esta publicación Genser y Vons afirman que si, que parece factible, sin embargo no existen reportes actuales en este sentido. Y es que si realizamos colecistectomía sin ingreso en pacientes reglados, ¿por qué no vamos a poder realizarla en pacientes urgentes seleccionados?

Al final, parece que nuestros límites están en el buen hacer y en la seguridad del paciente. De tal modo, que debemos animarnos a diseñar ensayos clínicos que nos ayuden a definir con rigor científico qué pacientes pueden beneficiarse del régimen de CSI en cirugía de urgencias.

Espero que tras estas reflexiones haya podido contribuir a reconciliar esta enemistad eterna entre la cirugía de urgencias y la CMA.