



EDITORIAL

Procedimientos de urgencia en las unidades de cirugía ambulatoria Emergency procedures in ambulatory surgery units

A. Jiménez Bernadó

Jefe Sección Cirugía. Coordinador UCMA. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza

Cuando nos planteamos la posible inclusión de procedimientos urgentes en programas de cirugía mayor ambulatoria (CMA) es necesario recordar algunas de las características diferenciales que han sido siempre su santo y seña. Se trata de una cirugía programada, que se practica a pacientes con unos criterios de selección estrictos, que se realiza de manera preferente en un circuito independiente para conseguir una mejor eficiencia y evitar la interferencia del resto del bloque quirúrgico, que sigue unos protocolos establecidos en la preparación, quirófano, despertar y alta, con una rigidez de programación que le hace ser más eficiente y que, por tanto, genera muy pocas cancelaciones, no más allá de un 1-2%. Sabido es que la CMA supone una serie de ventajas que le han permitido crecer de manera rápida en todo el mundo, a saber: es coste-efectiva al ser capaz de disminuir el coste por procedimiento entre un 30 y un 60%, libera o cierra camas en el resto del hospital, proporciona una atención individualizada no comparable a la cirugía con ingreso, disminuye la ansiedad del paciente al poder reincorporarse el mismo día a su medio, presenta escaso número de complicaciones, logra una rápida recuperación que favorece la pronta incorporación al trabajo, es una buena arma para luchar contra las listas de espera al ser precisamente los procedimientos incluidos los más prevalentes y genera una gran satisfacción a los pacientes como demuestran las encuestas publicadas. Como decían Conaghan y cols. (1) en 2002, estas importantes ventajas de la CMA todavía no se han aplicado a las situaciones de urgencia. No parece descabellado hacerse la pregunta ¿sería posible establecer una cirugía ambulatoria de urgencias?

Ya en 1990 y 1992, la *Société Française d'Anesthésie et de Réanimation* (2) y *The Royal College of Surgeons of England* (3) hacían referencia a la posibilidad de que determinadas urgencias quirúrgicas menores o intermedias, en pacientes seleccionados, pudieran participar de las ventajas que para el paciente aporta la cirugía ambulatoria. En realidad ¿qué ha pasado desde esos años hasta la actualidad? Lo que ha pasado es que tan solo se han publicado aisladas referencias sobre esta posibilidad y en concreto en España, la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (ASECMA) lo planteó por primera vez como tema de debate en noviembre del año 2011 en el X Congreso Nacional celebrado en Oviedo (4). La conclusión fue "*no a las urgencias en CMA*", aunque esta negativa podría admitir algunas matizaciones. Mediante un coordinador ágil se podría aprovechar algunas cancelaciones para que determinados procedimientos, que habría que estudiar, pudieran aprovecharse de la infraestructura de las unidades de cirugía ambulatoria especialmente en lo que se refiere al despertar, readaptación al medio y control y seguimiento postoperatorios.

Sin embargo, el modelo sugerido en este reciente congreso ya fue presentado por primera vez en la *British Association for Ambulatory Surgery* (BADS) en 1999 por Figueira y cols. (5). El modelo permitía incluir pacientes seleccionados en los huecos creados en el programa de cirugía de día por programaciones cortas, cancelaciones o incomparecencias, pero la mayor eficiencia que las unidades iban adquiriendo condujo poco a poco a que los huecos fueran cada vez menores. Tras un cierto periodo de

olvido, *The Journal of One Day Surgery*, órgano de expresión de la BADS, publica en 2009 una serie de artículos de grupos localizados en hospitales del sur de Inglaterra (6-9) y así mismo la *Association of Anaesthetists of Great Britain and Ireland* en 2011 crea un documento de consenso sobre cirugía de día en el que alude a procedimientos urgentes que podrían incluirse (10). Incluso la tercera edición de procedimientos publicados por la BADS (11) en 2009 ya incluye unos pocos procedimientos de urgencia para cirugía de día y este es sin duda un campo que se espera que se expanda en los próximos años. Con los datos presentados en estos artículos y las recientes recomendaciones de las asociaciones citadas, es posible que nos debiéramos replantear, como ha sucedido en el Reino Unido, un cambio de mentalidad y valorar la inclusión de algunos procedimientos urgentes.

Tres son las razones fundamentales por las que deberíamos replantear la postura tradicional de negativa a la inclusión: 1) Las unidades CMA pueden aprovechar sus recursos e incluir algunos casos urgentes en su cartera de procedimientos. Es una forma más de expandir el empleo de la cirugía ambulatoria y, por tanto, de hacerla más costo-efectiva. Sin duda, en hospitales con índices de sustitución bajos para los procedimientos de CMA reconocidos, sería prioritario mejorar dichos índices, antes que incluir procedimientos urgentes. 2) Algunos procedimientos urgentes que no requieren cirugía inmediata al no suponer una amenaza para la vida del paciente, generan horas y días de ingreso en espera de la intervención, aumento del gasto, insatisfacción y ansiedad en los pacientes y prolongados periodos de ayuno, al ver retrasada su intervención por su baja prioridad (1, 6, 8, 12). 3) Las experiencias publicadas hasta ahora demuestran que no se produce un incremento de complicaciones postoperatorias, la satisfacción de los pacientes es elevada, se genera un ahorro importante, no incrementa el consumo de recursos en atención primaria y tan solo se detecta un pequeño aumento de los ingresos no planificados, hasta un 5,5% en algunas aportaciones (1, 8).

¿Qué intervenciones podrían incluirse? Siguiendo a la organización británica *National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death* (NCEPOD), especializada en evaluar los cuidados y seguimiento de los pacientes quirúrgicos, que divide las intervenciones en *immediate, urgent, expedited and elective* (13), serían las urgentes (a realizar en unas pocas horas por poner en riesgo la vida, algún órgano o alguna extremidad de los pacientes) y las expeditas (a realizar en uno o dos días máximo aunque no pongan en riesgo

la vida, los órganos o las extremidades de los pacientes). Considerando estos dos escenarios, las características que deberían reunir cada uno de los procedimientos serían: ser procedimientos que se realizan con relativa frecuencia, que tengan un mínimo riesgo hemorrágico, que no sean especialmente complejos, que la duración no sea superior a la hora u hora y media, que permitan una rápida recuperación del enfermo, que hagan posible una movilización precoz y que el control del dolor pre- y postoperatorio sea posible con analgesia oral (8, 9). En cuanto a las contraindicaciones para su elección citaremos la hemorragia significativa, el dolor difícil de controlar, la posible presencia de una sepsis que obligue a pautas de antibióticos prolongadas, las fracturas abiertas por su riesgo, el contexto de un paciente politraumatizado, la necesidad de una nueva cirugía en los días siguientes o la necesidad de control médico o radiológico en el día siguiente a la operación (7, 9, 14, 15). Estas características y contraindicaciones, que no difieren mucho de las que atribuimos a cualquier procedimiento incluido en CMA, deben aplicarse a un paciente que reúna los criterios médicos (grados ASA I y II), los criterios psicológicos (emocionalmente estable y que acepte voluntariamente la forma de operarse) y los criterios sociales (entorno, higiene en el domicilio, distancia a la unidad o teléfono) ya conocidos a la hora de seleccionar pacientes. La Tabla I incluye los procedimientos recomendados por especialidades según las publicaciones revisadas (7-9, 15-18).

En la inclusión de procedimientos de urgencia en CMA son claves tres elementos. En primer lugar es indispensable disponer de una unidad integrada, lo cual facilita la conexión con el Departamento de Urgencias y el resto del hospital y se pueden compartir algunas dependencias. En segundo lugar se necesita la participación del personal de dicho departamento de urgencias en su función de seleccionar pacientes que pudieran incluirse en el circuito de la CMA. Se recomienda para ello un proceso de formación del personal y la existencia de un folleto de selección apropiado que deberá conocer todo el personal de urgencias y de los servicios quirúrgicos. Y en tercer lugar es preciso un coordinador o manager en la unidad de CMA con experiencia suficiente para saber coordinar todo el proceso (1, 7).

Siguiendo el modelo del *South Devon Healthcare Trust* (8) en Torquay, Inglaterra, los pacientes seleccionados podrán incluirse de manera inmediata en los huecos que se hayan podido generar en la programación por cancelaciones de última hora, incomparecencias o programaciones cortas o bien cuando esto no sea posible el paciente que-

TABLA I

PROCEDIMIENTOS DE URGENCIA A INCLUIR EN UNIDADES DE CIRUGÍA AMBULATORIA POR ESPECIALIDADES

Cirugía general
Abscesos superficiales
Hernias dolorosas no estranguladas
Hemorroides trombosadas
Apendicitis no complicadas laparoscopia
Colecistitis agudas 24 horas evolución por laparoscopia
Extracción cuerpos extraños
Cirugía pediátrica
Apendicitis agudas no complicadas
Cirugía ortopédica y traumatología
Fracturas: reducción abierta y fijación interna
Manipulación fracturas bajo anestesia
Reparación tendones mano
Reparación arterial o nerviosa mano
Reparación defectos cutáneos mediante colgajos
Heridas en dedos de la mano
Ginecología
Abortos
Quistes de ovario por laparoscopia (torsión, hemorragia)
Embarazo ectópico por laparoscopia
Maxilofacial
Manipulación fracturas nasales
Reparación fracturas mandíbula

dará incluido en una lista para ser intervenido la mañana siguiente. Esta segunda vía es especialmente interesante para las urgencias de la especialidad de cirugía ortopédica y traumatología que permite una programación en CMA semidiferida. La gestión de las listas del día siguiente exige la correcta gestión de una vía clínica y disponibilidad de recursos. La vía clínica propuesta por este centro en Torquay, con algunas ligeras modificaciones, es la que proponemos para nuestro medio (Fig. 1).

En esta vía clínica el paciente acude al servicio de urgencias por iniciativa propia o enviado por su médico de atención primaria. Una vez en urgencias es evaluado por el equipo quirúrgico correspondiente que llevará a cabo la indicación quirúrgica y hará firmar el consentimiento para la intervención. En ese momento el equipo de urgencias deberá valorar la posible inclusión en CMA. Si el paciente y su necesaria intervención

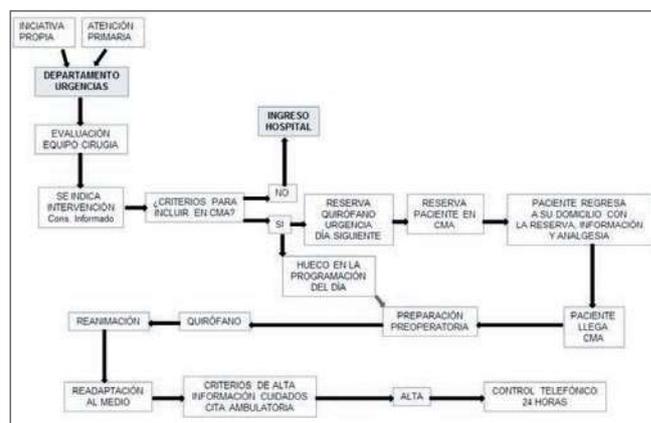


Fig. 1. Vía clínica de la cirugía ambulatoria de urgencias.

no cumplen los criterios para ser incluidos, queda ingresado en el hospital para ser sometido a la intervención por la vía tradicional; en cambio, si cumple los criterios de CMA, es preciso valorar las dos opciones disponibles. Si existe un hueco en la programación de ese día el paciente es sometido a la preparación preoperatoria y va al quirófano de manera inmediata o casi inmediata. Por el contrario, si no existe hueco en la programación, el paciente queda incluido en la lista de urgencia en CMA para el día siguiente. Debe entonces regresar a su domicilio, pero debe hacerlo muy bien informado de su cita para el día siguiente y con las instrucciones sobre los cuidados preoperatorios necesarios (inmovilización, analgesia, antibióticos, ayunas). El establecimiento de esta vía clínica debe asegurar la disponibilidad de quirófano y hueco en la CMA al día siguiente, circunstancia que supone el principal problema para su desarrollo al condicionar un consumo de recursos añadido. En ambos casos, bien se opere el mismo día o al siguiente, tras la intervención el enfermo pasará a la unidad de recuperación postanestésica y posteriormente a la readaptación al medio, al igual que cualquier otro paciente de un circuito sin ingreso, debiendo cumplir los criterios de alta de la unidad y siendo instruidos, paciente y cuidador, en los cuidados postoperatorios.

Para finalizar, como recomiendan Verma y cols. (10), de lo dicho hasta aquí, conviene resaltar los elementos esenciales para la inclusión de procedimientos urgentes en las unidades de CMA: identificar pacientes y procedimientos urgentes apropiados, definir dos vías de entrada en el circuito (el mismo día y el día siguiente), estructurar la vía clínica de las urgencias en cirugía ambulatoria, intensificar la información, especialmente en el paciente que regresa a su domicilio hasta el día siguiente y evaluar los resultados clínicos obtenidos, los costes y la satisfacción del paciente.

Se ha demostrado que esta práctica supone un importante ahorro de estancias en el hospital, aunque lógicamente aumenta el consumo de recursos en la unidad de CMA, se ha demostrado con estudios económicos su costo-eficiencia y con encuestas la elevada satisfacción de los pacientes y sin embargo no podemos dejar pasar lo que dicen Miyagi y cols. (7) del Whittington, Hospital de Londres, "... pese a todo esto y a la existencia de una guía para el uso de la cirugía de día en urgencias, este servicio es difícil de llevar a la práctica y está siendo utilizado en menos de la mitad de su auténtico potencial". Los próximos años deberían mostrar un cambio de tendencia y permitir que la práctica de algunos procedimientos de urgencia en unidades de cirugía ambulatoria fuera rutinaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Conaghan PJ, Figueira E, Griffin MAS, Ingham Clark CL. Randomized clinical trial of the effectiveness of emergency day surgery against standard inpatient treatment. *Br J Surg* 2002; 89: 423-7.
2. Bazin G, Bontemps G, Daver C, Guérin M, Jouffroy L, Parmentier G, Sales JP. *Abécédaire Chirurgie ambulatoire*. Edition janvier 2009. http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Abecedaire_chir_ambu.pdf.
3. Royal College of Surgeons of England. Commission on the provision of surgical services. Report of the working party on guidelines for day case surgery. 2nd ed. London: Royal College of Surgeons of England; 1992.
4. Jiménez A. La urgencia queda excluida de la cirugía mayor ambulatoria. <http://www.diariomedico.com/2011/11/23/area-cientifica/especialidades>.
5. Figueira E, Francis D, Ingham Clark CL. Introduction of emergency day case surgery. *The Journal of One Day Surgery* 1999; 9 (1): 15-7.
6. Smith I. Emergency day surgery. *The Journal of One Day Surgery* 2009; 19 (1): 2-3.
7. Miyagi K, Yao C, Lazenby 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.
8. Mayell AC, Barnes SJ and Stocker ME. Introducing emergency surgery to the day case setting. *The Journal of One Day Surgery* 2009; 19 (1): 10-3.
9. Howells N, Tompsett E, Moore A, Hughes A and Livingstone J. Day surgery for trauma patients. *The Journal of One Day Surgery* 2009; 19 (1): 23-6.
10. Verma R, Alladi R, Jackson I, Johnston I, Kumar C, Page R, et al. Day case and short stay surgery: 2. Guidelines. *Anaesthesia* 2011; 66 (5): 417-34.
11. British Association of Day Surgery. BADS Directory of Procedures. 3^{er} ed. London: 2009. Disponible en www.bads.co.uk.
12. Chandratreya AP, Spalding TJ, Correa R. Development and efficiency of an acute knee trauma list. *Injury* 2006; 37 (6): 502-6.
13. The National Confidential Enquiry into Patient Outcome and Death. NCEPOD Revised Classification of Operation, 2004. Disponible en <http://www.ncepod.org.uk/pdf>.
14. Schuhl JF. Y a-t-il une place pour la prise en charge ambulatoire des urgences? *Chir Main* 2003; 22 (5): 246-8.
15. Schonauer F, Garner JP, Pereira JA, Pickford MA. Introduction of a hand trauma day surgery operating list. *Amb Surg* 2001; 9 (2): 99-102.
16. Grewal H, Sweat J and Vazquez D. Laparoscopic appendectomy in children can be done as a fast-track or same day surgery. *JLS* 2004; 8 (2): 151-4.
17. Gilliam AD, Anand R, Horgan LF, Attwood SE. Day case emergency laparoscopic appendectomy. *Surg Endosc* 2008; 22 (2): 483-6.
18. Luzardo Silveira EM, Rodríguez Ramírez R, González Rondón PL, Puertas Álvarez JF. Ventajas de la cirugía mayor ambulatoria en situaciones de urgencia médica. *MEDISAN* 2009; 13 (3): 1-7. Disponible en http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_3_09/san_03309.pdf.