

# Editorial

## Estado actual de la urgencia quirúrgica en la especialidad de cirugía general y del aparato digestivo

La especialidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo es una de las especialidades quirúrgicas, junto a la traumatología y la ginecología-obstetricia, en las que la urgencia es una parte inherente a la propia especialidad, con un volumen que puede alcanzar entre la tercera y cuarta parte de la actividad quirúrgica global de un servicio según el tipo de centro. Una muestra de ello, es el hecho de que la gran mayoría de centros, incluso comarcales, siguen manteniendo al especialista en Cirugía General de presencia física para atender la urgencia.

Sin embargo, la cirugía urgente de la especialidad se ha modificado sustancialmente en las últimas tres décadas, tanto en volumen, como en el tipo de patología. Por un lado, ha proliferado una red de hospitales comarcales que ha hecho reducir el número de intervenciones urgentes con ingreso que se realizaban en los grandes hospitales regionales y de especialidades, de manera que se ha diversificado su incidencia. Por otro lado, se ha modificado el tipo de patologías que se intervienen así como el modo en que se resuelven, siendo muy distinta la urgencia quirúrgica actual que la de entonces.

Por poner ejemplos, se ha abandonado la cirugía urgente de la hipertensión portal gracias al desarrollo de la esclerosis endoscópica de las varices esofágicas que ocasionaban hemorragias digestivas altas solo controlables con el balón de Sengstaken-Blakemore y en última instancia con una cirugía derivativa gravada con una altísima y casi inaceptable morbimortalidad peroperatoria. El desarrollo de la endoscopia terapéutica y el uso de los inhibidores de la bomba de protones también ha disminuido notablemente la necesidad de cirugía en hemorragias digestivas altas por úlcera péptica hasta hacerla prácticamente anecdótica. Ese mismo uso de los inhibidores de la bomba de protones también ha hecho reducir la incidencia de la perforación por úlcera gastroduodenal y por tanto el número de intervenciones por este motivo.

Por otro lado, la mejora en la accesibilidad al tratamiento quirúrgico y el establecimiento en nuestra comunidad de los Decretos de Garantía ha hecho también que patologías como la hernia inguinal, cuyo tratamiento constituye el procedimiento más frecuente de nuestra especialidad, sea tratado antes de aparecer complicaciones y por tanto ya no es tan

habitual la aparición en las puertas de urgencia de pacientes con hernias inguinales encarceradas o estranguladas, con el agravante de que muchos de estos pacientes no se habían propuesto para cirugía programada en ocasiones por alto riesgo quirúrgico produciéndose la paradoja de que tenían que ser intervenidos de manera urgente y no precisamente en las mejores condiciones.

Esa misma mejora en la accesibilidad también ha hecho disminuir la incidencia de procesos anorrectales que precisan atención quirúrgica urgente, si bien, su alta prevalencia hace que sigan siendo habituales en la urgencia quirúrgica. Por otro lado, el desarrollo de unidades específicas de coloproctología ha sentado las bases para actuaciones urgentes mínimas o manejos conservadores encaminadas a dañar lo menos posible y facilitar si es preciso un tratamiento diferido más especializado. En este aspecto es importante reseñar el abandono de técnicas como la dilatación anal para el tratamiento de la fisura anal.

La patología tumoral obstructiva del colon, aunque sigue siendo un problema frecuente, ha disminuido su incidencia por diversos motivos, el principal sin duda, por un diagnóstico más precoz que hace que sea intervenido antes de que aparezca esta complicación, pero por otro lado, cada vez se hace más uso de las prótesis colónicas (*stents*) tanto en obstrucciones agudas, que evitan una cirugía urgente para convertirla en una cirugía programada, como en pacientes paliativos en los que se evita una futura obstrucción. Pero la patología obstructiva tumoral, no solo ha modificado su incidencia, sino que también se han modificado las técnicas quirúrgicas, abandonándose hace años la cirugía en tres tiempos para pasar a una cirugía en dos tiempos (intervención de Hartmann) y más recientemente aún, realizándose en muchos casos una cirugía en un solo tiempo con resección y anastomosis primaria, tanto en colon derecho como en colon izquierdo, aunque este último en menor medida.

El abordaje de la diverticulitis aguda, a pesar del incremento de su incidencia, ha pasado de ser eminentemente quirúrgico a tener un manejo muy conservador, de manera que el uso juicioso y correcto de antibióticos, el desarrollo de

la radiología intervencionista y una actitud muy vigilante con TAC seriados ha hecho que muchos pacientes esquiven una cirugía urgente que con casi toda probabilidad les llevaba a una colostomía.

La pancreatitis aguda grave ha sido otra de las patologías en las que se ha pasado de un abordaje quirúrgico indiscriminado a un abordaje más conservador. Hace años era frecuente la cirugía urgente y sucesiva de pacientes con pancreatitis aguda en los que se colocaban cremalleras para facilitar las sucesivas cirugías de lavado y drenaje. En la actualidad solo la presencia de colecciones pancreáticas o peripancreáticas con infección documentada, o bien, la presencia de un síndrome compartimental agudo entendido como elevación de PIA junto a la aparición de fracaso de órganos que previamente no fallaban, constituyen casi las únicas indicaciones hoy día de tratamiento quirúrgico urgente. Además se han desarrollado técnicas de abordajes menos invasivos tanto laparoscópicos como abordajes retroperitoneales menos agresivos. También aquí, el desarrollo de la radiología intervencionista y en algunos casos el abordaje endoscópico constituyen alternativas a la cirugía urgente.

La apendicitis aguda, la patología quirúrgica urgente por antonomasia de la especialidad, sigue siendo la urgencia quirúrgica más frecuente, pero su incidencia se ha diversificado por los nuevos centros hospitalarios y además el apoyo de la radiología, especialmente la ecografía en casos dudosos, ha mejorado en índice de apendicectomías blancas. Sin embargo se ha generalizado en muchos centros el abordaje laparoscópico de dicha patología, incluso indicándose la laparoscopia exploradora en casos poco claros, en base a la menor agresión quirúrgica que ello supone. También, aunque poco extendida aún, comienza a desarrollarse el abordaje por puerto único, si bien, actualmente el coste de dicho abordaje, la poca reproducibilidad y la necesidad de material muy específico aún no ha permitido su uso generalizado.

La patología biliar sigue siendo muy prevalente en la urgencia quirúrgica y hoy día la colecistitis aguda se ha convertido en una patología habitual en los quirófanos de urgencia, de manera que el manejo conservador que hasta hace pocos años predominaba ha dado paso a un manejo quirúrgico en un gran número de pacientes ante las evidencias que muestran que la cirugía urgente en las primeros días de colecistitis es coste-efectiva y segura en comparación con el manejo conservador y cirugía diferida. Este hecho ha estado influenciado fundamentalmente por la implementación y desarrollo de la cirugía laparoscópica en la urgencia, así como la experiencia adquirida de forma generalizada en el tratamiento laparoscópico de la coledocistitis no complicada.

La atención al paciente politraumatizado también ha cambiado en los últimos años, en este ámbito el cirujano ha pasado de ejercer el liderazgo en la recepción inicial del paciente a ser consultado ante la posibilidad de lesiones de órganos intraabdominales, pero además se han modificado los principios de atención a estos pacientes, habiéndose generalizado en los servicios quirúrgicos la aplicación del método ATLS (Advanced Trauma Life Support) que establece la secuencia de prioridades a tratar, así como algoritmos terapéuticos a aplicar en función de la situación hemodinámica y de los hallazgos radiológicos (ECO-FAST y TAC). También se han establecido

en los últimos años las indicaciones de manejo conservador en traumatismos esplénicos y hepáticos.

Otro de los cambios que se han producido en los últimos años ha sido la introducción en la urgencia de los procedimientos por vía laparoscópica aunque con desigual impacto según centros. Son destacables en este aspecto, sobre todo, la implementación de la cirugía laparoscópica de la apendicitis aguda y de la colecistitis aguda.

Pero además, es un hecho, que el paciente de la urgencia quirúrgica actual es un paciente distinto al de hace años, tratándose en muchos casos de un paciente de más edad, con más patología concomitante y en un contexto mucho más exigente (no solo por la presión familiar, sino también de los propios compañeros de servicios no quirúrgicos y de los propios cirujanos) en el que “debe hacerse todo lo posible...”, lo que junto a la mejora en las técnicas tanto quirúrgicas como anestésicas así como el apoyo de los cuidados intensivos hacen que actualmente se intervengan pacientes que antes eran desestimados para la cirugía urgente, si bien, con un precio alto en forma de morbimortalidad. Tampoco la cirugía electiva ha escapado a este hecho, lo que junto a la mayor complejidad de los procedimientos y el mayor volumen de intervenciones realizadas en pacientes con poca o mucha morbilidad, hace que los pacientes con urgencias quirúrgicas no solo procedan de la “puerta de urgencias” sino de los propios servicios quirúrgicos por las complicaciones que presentan de su cirugía electiva.

En cuanto a la organización de la atención continuada habría que destacar el impacto de la aplicación de la directiva europea de las 48 horas semanales, el nuevo modelo retributivo implantado en el SSPA y la posibilidad de no realizar jornadas complementarias (noches, fines de semana y festivos) a los mayores de 55 años. Esto ha generado modificaciones en la atención de las urgencias quirúrgicas, reduciéndose el personal de presencia física en algunos centros, la contratación de cirujanos específicamente para jornadas complementarias (vulgarmente conocido como “contrato buho”), lo que junto a la sobrecarga asistencial ordinaria ha hecho que las “guardias” en muchos casos haya quedado despensada y en otros constituyan solo una forma para mantener el poder adquisitivo de los profesionales, con escaso interés por una cirugía en ocasiones muy compleja y poco agradecida.

Otro aspecto a destacar es el la disponibilidad de personal y quirófanos para atender las urgencias en jornada ordinaria de mañana. En los hospitales comarcales no suelen disponer de quirófanos específicos para las urgencias, pero incluso muchos hospitales de especialidades tampoco disponen de ellos, de manera que las urgencias deben ser diferidas hasta la finalización de la actividad programada, o bien, provoca suspensiones en cirugía programada. Esto, que puede ser anecdótico en un hospital comarcal, puede ser un serio problema en un hospital de especialidades, no solo por las disfunciones que genera sino también por el riesgo real de problemas médico-legales provocados por el retraso de tratamientos quirúrgicos que constituyen una urgencia. También, la no disponibilidad de quirófanos de urgencia provoca que intervenciones demorables (p.ej. Apendicitis no complicada, obstrucción intestinal, colecistitis aguda...) que podrían ser razonablemente diferidas a un horario de mañana y con personal descansado, tengan que ser realizada en horario nocturno, con mayor estrés y

cansancio acumulado para evitar así suspensiones de cirugía programada o retrasos del tratamiento hasta la tarde siguiente.

La mayor parte de hospitales regionales y de especialidades de nuestra comunidad suelen disponer de quirófanos específicos para las urgencias aunque compartidos con otras especialidades, pero en algunos el problema es la disponibilidad de cirujanos que en ocasiones están asignados a sus actividades ordinarias. Este problema se ha resuelto en algunos centros con la creación de unidades específicas de Cirugía de Urgencias.

La primera de estas unidades fue creada en el año 2000 en el H. Virgen del Rocío bajo el impulso del Dr. A. Galindo y siendo Jefe de Servicio el Dr. Morales Mendez (q.e.p.d) y que tengo el honor de dirigir desde 2007, posteriormente se crearon otras en el H. Virgen Macarena, H. Reina Sofía (disuelta en la actualidad), H. Virgen de Valme y más recientemente en el H. Regional Carlos Haya, todas ellas con similar filosofía. En el caso del H. Virgen del Rocío, el planteamiento fue crear una unidad con dedicación exclusiva a la urgencia quirúrgica, tratando de dar una atención integral a dicha actividad en el horario de actividad ordinaria (de lunes a viernes de 8:00 a 15:00), dotándose de personal específico, camas propias tanto en hospitalización como del área de observación y consulta externa para seguimiento de pacientes. Esta unidad ha establecido protocolos de atención a los procesos quirúrgicos que precisan de una atención urgente y ha estandarizado las formas de tratamiento, los cuales se han hecho extensivos al resto del servicio que realiza la atención urgente fuera de este horario ordinario, de manera que se ha disminuido la variabilidad en la práctica clínica que tantos estragos puede provocar en este ámbito. En la actualidad, esta unidad no solo atiende procesos urgentes sino que también se hace cargo de procesos que sin ser urgentes deben ser atendidos con prontitud, lo que llamamos urgencias diferidas, además de haber consensuado con el Servicio de Anestesiología una serie de procesos que sin ser urgentes ni urgencias diferidas, son asumidas por la unidad dentro del concepto de atención integral e intervenidos en los quirófanos de urgencia (p.ej. paciente al que se le realiza una intervención de Hartmann, es posteriormente reconstruido por la propia unidad). Otro ejemplo de atención integral es el manejo de la obstrucción intestinal por cáncer tratada con *stent*, de manera que el paciente es atendido por la Unidad de Urgencias desde su ingreso en el área de urgencias, una vez colocada la prótesis es ingresado en nuestra área de hospitalización donde realizamos estudio de extensión y preoperatorio incluida preanestesia y es dado de alta hasta ser intervenido en un plazo de no más de 15 días desde el ingreso en urgencias, realizándose si no hay contraindicación el procedimiento por

vía laparoscópica y siendo derivado a nuestras consultas externas y de oncología al alta para seguimiento y tratamiento adyuvante. Para ello dispone de dos quirófanos durante el horario de mañana (que siguen disponibles las 24 horas), lo que permite realizar urgencias, urgencias diferidas y al menos una o dos cirugías programadas electivas a la semana.

Otra importante aspecto de la Unidad de Cirugía de Urgencias del H. Virgen del Rocío, ha sido su apuesta decidida por la innovación y uso de nuevas tecnologías, entre ellas la cirugía laparoscópica, de manera que disponemos de una torre de laparoscopia en ambos quirófanos de urgencia, lo que nos permite simultanear dos cirugías laparoscópicas. En la actualidad el abordaje por vía laparoscópica es superior al 85% tanto en apendicectomías como en colecistectomías urgentes, aplicándose también esta vía para la mayoría de pacientes con *stent* de colon por obstrucción y en pacientes con diverticulitis aguda que se intervienen de forma diferida o electiva, así como en otros procesos más seleccionados (perforación ulcus, adhesiolisis, trauma...).

En el año 2010, la U. de Cirugía de Urgencias del H. Virgen del Rocío ha intervenido un total de 765 (245, 32%, por vía laparoscópica) pacientes con ingreso (en horario de jornada ordinaria de 8 a 15 horas), a los que hay que sumar otros 709 pacientes con ingreso intervenidos por cirujanos del resto del servicio (en jornada de tarde, noche y festivos), así como 1775 intervenciones sin ingreso (drenajes de abscesos cutáneos, abscesos perianales, sinus pilonidales, dolor anal agudo,...), lo que suma 3249 intervenciones, lo que da una idea del volumen que constituye la urgencia quirúrgica en un hospital de tercer nivel.

Existe evidencia científica de que la superespecialización mejora los resultados obtenidos en diversos campos de la cirugía y la cirugía urgente no tiene porqué ser distinto, si bien, el modelo expuesto, probablemente solo sea justificable en grandes hospitales con alto volumen de urgencias para que resulte eficaz y eficiente, por tanto, es poco aplicable a hospitales comarcales y probablemente tampoco a los hospitales de especialidades, pero si pueden suponer una buena herramienta en los grandes hospitales regionales de nuestra comunidad.

Por último, me gustaría agradecer a la dirección de la revista su interés por los aspectos relacionados con la atención urgente de problemas quirúrgicos ya que pocas veces se abordan de forma integral. En esta monografía se exponen muchos de los aspectos comentados anteriormente y se hace una puesta al día de los procesos más relevantes.

Felipe PAREJA CIURÓ