

Revisiones temáticas en Cirugía de Urgencias

¿Es realmente necesaria la implementación de Unidades de Cirugía de Urgencias en nuestro país?

Is the implementation of acute care units really necessary in our country?

L. Tallón-Aguilar¹, J.A. López-Ruiz², J.M. Aranda-Narváez³, F. Pareja-Ciuró¹

¹Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

²Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

³Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

RESUMEN

La superespecialización en Cirugía es un hecho en la actualidad. El modelo Acute Care implantado a nivel internacional expone el modelo de especialización en la Cirugía de Urgencias, siendo éste aún poco aceptado y extendido en territorio nacional. Por contra, nuestra comunidad autónoma es la que mayor representatividad tiene ya que consta de cinco unidades en distintas ciudades andaluzas. En el presente artículo analizamos la situación actual en España, así como los objetivos, requisitos y beneficios de su creación, ya que creemos en este modelo y en la necesidad de su extensión a otros hospitales de nuestro entorno.

Palabras clave: acute care, cirugía de urgencias, politrauma.

ABSTRACT

Superspecialization in Surgery is a fact nowadays. The Acute Care model implanted at international level exposes the specialization model in Emergency Surgery, which is still little accepted and extended in the national territory. On the other hand, our Autonomous Community is the one that has the greatest representation since it consists of five units in different andalusian cities. In the present article we analyze the current situation in Spain, as well as the objectives, requirements and benefits of its creation, since we believe in this model and the need to extend it to other hospitals in our area.

Keywords: acute care, emergency surgery, politrauma.

INTRODUCCIÓN

La superespecialización o subespecialización en Medicina y Cirugía es un hecho a nivel mundial en nuestros días^{1,2}. Dentro de las distintas áreas de especialización quirúrgica nadie discute la centralización de determinadas patologías como ocurre en la cirugía colorrectal, endocrina, esofágica o hepática, por mencionar algunas³⁻⁷. Este hecho nos ha permitido una mayor competencia en

CORRESPONDENCIA

Luis Tallón Aguilar
Hospital Universitario Virgen del Rocío
41013 Sevilla
ltallona@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Tallón Aguilar L, López Ruiz JA, Aranda Narváez JM, Pareja Ciuró F. ¿Es realmente necesaria la implementación de Unidades de Cirugía de Urgencias en nuestro país? Cir Andal. 2019;30(1):13-16.

el conocimiento específico de las distintas áreas de capacitación con una mayor dedicación, investigación e interés específico.

Esta delimitación de nuestra actividad clínica e investigadora como cirujanos superespecializados no nos exime del cumplimiento de otras actividades “*extraordinarias*” como la continuidad asistencial o las guardias, ya sean de presencia física o localizadas, según el modelo tradicionalmente implantado en nuestro país. Sin embargo, en otros países desarrollados (Irlanda, Inglaterra, Finlandia, Italia, Australia, Estados Unidos, etc.), esta subespecialización concierne también a la Cirugía de Urgencias y a la atención del paciente politraumatizado, hecho que no ocurre en España^{8,9}. La conversión de numerosos “*cirujanos de trauma*” a “*Acute Care Surgeons*” o el más reciente reconocimiento de la UEMS (Union Européenne des Médecins Spécialistes) al Board Europeo en Cirugía de Urgencias son sólo dos ejemplos más que avalan este cambio a nivel mundial junto a la creciente bibliografía sobre la optimización de los resultados con profesionales específicamente dedicados a ella tal y como ocurre en otras áreas de nuestra especialidad¹⁰⁻¹².

A nivel nacional las urgencias quirúrgicas se ven desde una perspectiva bastante diferente. Los gestores sanitarios pocas veces se preocupan de ellas porque saben que los pacientes se acaban operando, de forma que priorizan otros problemas como listas de esperas o gasto sanitario. En la actualidad, aún existen hospitales donde aún no disponen de un quirófano de urgencias, por lo que es preciso suspender uno programado o demorar la cirugía, donde no hay personal específico para atender la urgencia en horario matutino. Además, es generalizado una desmotivación hacia la Urgencia ya que es una cirugía compleja, caótica, habitualmente a deshora y muy mal incentivada económicamente, por lo que se transforma en una “*obligación*” que se realiza más por necesidad que por otro motivo²⁵.

La Cirugía de Urgencias engloba hasta un 40% de la carga global de cualquier Servicio de Cirugía, el 35-55% de las camas y el 76% del tiempo quirúrgico, con una complejidad que conlleva a una mayor mortalidad (>90% muertes en las primeras 48 horas postoperatorias y 60-80% del global) y morbilidad (infección del sitio quirúrgico, tasa de dehiscencia y complicaciones médicas significativamente más altas). Constituye una alta demanda de recursos ya que conlleva mayor estancia hospitalaria y en Unidades de Cuidados Intensivos, mayor necesidad de pruebas complementarias, mayor generación de incapacidades y más tardía incorporación a la vida activa. Por último, destacar que el proceso diagnóstico es muy exigente ya que requiere una compleja toma de decisiones en un margen de tiempo muy escaso^{19,22}.

El objetivo de este trabajo es analizar la situación en nuestro país, demostrar la necesidad de esta superespecialización en nuestro medio y promover desde nuestra experiencia la creación de estas unidades.

SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

En este marco coyuntural, en nuestro país aumentó significativamente el número de Unidades de Trauma y Cirugía de Urgencias creadas en hospitales de referencia, pero éste quedó limitada a apenas una decena de ellas, la mitad de las cuales se encuentran en Andalucía.

En Andalucía es donde existe el mayor número de Unidades de Cirugía de Urgencias a nivel nacional, encontrándonos con una situación atípica y especial comparativamente hablando con el resto del país ya que encontramos a cinco unidades en Sevilla (Hospital Universitario Virgen del Rocío y Hospital Universitario Virgen Macarena), Málaga (Hospital Regional Universitario de Málaga), Córdoba (Hospital Reina Sofía) y Jaén (Complejo Hospitalario de Jaén). Fruto de este trabajo y dedicación específica nació el Grupo Andaluz de Trauma y Cirugía de Urgencias (GATCU) que, auspiciado por la Asociación Andaluza de Cirujanos (ASAC), ha realizado actuaciones formativas y docentes, así como la elaboración de un manual propio.

OBJETIVOS DE LA UNIDAD DE URGENCIA

Más allá de su creación para la cobertura asistencial de la patología urgente en horario laboral, lo que permite que cada facultativo de guardia pueda desempeñar su labor profesional habitual en la Unidad a la que está adscrito durante ese espacio de tiempo, la creación de estas unidades están llamadas a convertirse en el eje central sobre el que pivota la asistencia de la totalidad de la patología urgente y urgente diferida de cada centro, de forma que sus miembros se constituyen en los líderes de opinión y en los artífices de la gran mayoría de protocolos, vías y guías clínicas en patología quirúrgica urgente que deben ser asumidas y llevadas a la práctica por la globalidad del Servicio. La responsabilidad es por tanto de una elevada magnitud, dado que la atención urgente supone en los Servicios de Cirugía de cualquier hospital nacional un gran peso, cuanto menos equiparable a la cirugía electiva. Esto implica una formación adecuada, capacidad de trabajo y liderazgo por parte de todos los integrantes de la Unidad, al igual que la obligación de instaurar un buen soporte logístico y un respaldo hacia sus facultativos por parte de los responsables máximos del servicio y del hospital hasta el punto de actuar como una unidad más e independiente del esquema organizativo.

Estas necesidades detectadas cada día son más patentes y el número de estas unidades en nuestro entorno debería crecer de forma progresiva y exponencial hasta alcanzar una red que englobe a la totalidad del territorio nacional a semejanza de otras áreas de capacitación.

Lejos deben quedar por tanto los tiempos en los que la única tarea de los cirujanos implicados en la atención de la patología quirúrgica urgente en horario de mañana era el de eximir de dicha tarea a los cirujanos de guardia y ser portadores del “*busca*” para “*enfriar*” o demorar cualquier intervención. El marco internacional establece otras premisas completamente diferentes, exigiendo profesionales implicados, formados y responsables que den una cobertura asistencial global, con garantía y continuista. Independientemente del aspecto logístico propio de cada hospital y servicio, a la que la unidad debe adaptarse desde su creación, estas premisas deben constituir los cimientos sobre los cuales debe edificarse y desarrollarse.

REQUISITOS PARA LA CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE URGENCIAS

La falta de regulación oficial y el vacío legal existente en cuanto a los requisitos mínimos que estas unidades deben cumplir ha hecho

que las vigentes hasta el momento hayan nacido unilateralmente desde los diseños de su propio marco laboral, existiendo una amplia disparidad en cuanto a su constitución, su cartera de servicios y sus competencias en los distintos ámbitos geográficos.

Desde la Junta Directiva de la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y desde la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias se está trabajando en la realización de un programa y una comisión de acreditación que actúe a modo de documento de documento de consenso que unifique los requisitos mínimos exigidos y las competencias necesarias para obtener un reconocimiento nacional como unidad que presta una atención sanitaria integral y de máxima calidad en el ámbito de la Cirugía de Urgencias, basándose en otros documentos similares ya realizados por otras sociedades con anterioridad²⁰.

Se han establecido por parte de este grupo de trabajo unos criterios mínimos necesarios:

1. Reconocimiento por parte del Centro Sanitario de la Unidad, Sección o grupo de una especial dedicación a la Cirugía de Urgencias, con una cartera de servicios específica.
2. Disponibilidad de al menos un quirófano específico para la actividad urgente las 24 horas del día, los 365 días del año.
3. Composición mínima de la unidad de al menos tres facultativos especialistas con dedicación exclusiva a la Cirugía de Urgencias.

Una vez cumplidos estos requisitos mínimos, la Unidad que quiera ser acreditada debe cumplir otros ítems de ámbito asistencial a nivel de recursos, calidad, actividad quirúrgica y resultados, de ámbito investigador y docente, para lo cual debe aportar una serie de evidencias para conseguir una resolución por parte del Comité Evaluador establecido por la AEC.

Para que este tipo de unidades sea costo-efectiva, es necesario que se creen en centros con alto volumen de patología quirúrgica urgente y con una plantilla lo suficientemente amplia como para destinar los recursos humanos anteriormente enunciados.

BENEFICIOS SECUNDARIOS A LA CREACIÓN DE LAS UNIDADES DE URGENCIAS

Los beneficios que su creación aporta en cuanto a resultados asistenciales, formativos y de investigación han sido y continúan siendo ampliamente difundidos^{21,24}. Uno de los ejemplos más claros es que nuestros residentes cada vez más solicitan formación específica a modo de rotatorios en Centros de Trauma o en Unidades de Cirugía de Urgencias que deben realizarse en general fuera de nuestro país y deben solicitarse con años de antelación al ser ampliamente demandadas.

Existen numerosos trabajos que han demostrado que sin las Unidades de Cirugía de Urgencias existe un mayor riesgo de muertes perioperatorias, sobre todo en horas nocturnas (a partir de las 21 horas). Esto conllevó que en determinados países como el Reino Unido, se llevara a cabo una centralización de las urgencias

quirúrgicas. Este aumento de la mortalidad se debe principalmente a la fatiga de los cirujanos a esas horas y a la falta de experiencia que tienen en determinados países el personal contratado para hacer las guardias nocturnas^{13,14}.

Con la creación de las Unidades de Cirugía de Urgencias se ha visto que uno de los primeros factores que se mejoran son los tiempos, tanto a nivel de respuesta quirúrgica, de toma de decisiones quirúrgicas, de estancia en el área de Urgencias y de estancia postoperatoria, lo que repercute de forma global en una menor masificación en las urgencias generales y en la disponibilidad de camas hospitalarias^{15,16}.

La gran mayoría de estudios que analizan las mejoras a nivel de patologías concretas, se suelen realizar en apendicitis y colecistitis ya que se trata de patologías muy específicas y prevalentes, con un grado de reproducibilidad alta y que se realiza por cualquier personal con independencia de su grado de especialización y de experiencia. Los resultados en el seno de Unidades específicas de Cirugía de Urgencias demuestran una menor tasas de complicaciones postoperatorias, menor tasa de intervenciones en horario nocturno, menor tiempo de demora, menor estancia postoperatoria y menor tasa de conversión de cirugía laparoscópica (sólo en colecistitis aguda), lo que conlleva en general a una reducción de costes global^{17,26,27}.

En otras patologías, la evidencia existente en la literatura no es tan potente. Por ejemplo, en los cuadros de obstrucción por bridas o adherencias postquirúrgicas, los resultados son favorables ya que permite una identificación más precoz y apropiada de aquellos pacientes que van a precisar de una intervención quirúrgica urgente, lo que hace disminuir de forma significativa la tasa de mortalidad¹⁸. En resecciones colónicas izquierdas urgentes, la tasa de complicaciones y el impacto en la morbi-mortalidad es escaso, pero aumenta de forma significativa el porcentaje de anastomosis primarias y disminuye por tanto la tasa de ostomías²³.

Desde el punto de vista de la gestión, las Unidades de Cirugía de Urgencias permiten que la planificación de las unidades de capacitación específica sea más fácil, ya que no hay que destinar efectivos de esas unidades a la atención urgente. Por otro lado, pueden asumir la gestión de las urgencias diferidas, que suelen ser un problema para encajarlas en las ya apretadas sesiones quirúrgicas.

Como conclusión, podemos decir que las Unidades de Cirugía de Urgencias disminuyen los tiempos en la toma de decisiones, la morbi-mortalidad de los pacientes intervenidos y la estancia hospitalaria global, por lo que este tipo de organización es claramente costo-efectiva, permitiendo además la demora de la patología no emergente para ser realizada por equipos específicos o superespecializados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pera C. Desde la especialización a la subespecialización. Complejidades a las que se enfrenta la redacción de una normativa sobre la subespecialización. *Cir Esp.* 2003; 73 (6): 329-30.
2. Chowdhury MM, Dagash H, Pierro A. A systematic review of the impact of volumen of surgery and specialization on patient outcome. *Br J Surg.* 2007; 94: 145-61.

3. García Granero E. Opciones quirúrgicas en el cáncer de recto del tercio distal localmente avanzado. Necesidad de una superespecialización. Introducción. *Cir Esp.* 2014; 92 Suppl 1: 1-3.
4. Rogers So Jr, Wolf RE, Zaslavsky AM, Wright WE, Ayanian JZ. Relation of surgeon and hospital volume to processes and outcomes of colorectal cancer surgery. *Ann Surg.* 2006; 244: 1003-11.
5. Sánchez Blanco JM, Recio Moyano G, Gómez Rubio D, Lozano Gomez M, Jurado Jiménez R, Torres Arcos C. Influencia de la superespecialización en cirugía endocrina en los resultados de la tiroidectomía en un servicio de Cirugía General. *Cir Esp.* 2005; 78 (5): 323-7.
6. Dimick JB, Pronovost PJ, Cowan JA; Lipsett PA. Surgical volume and quality of care for esophageal resection: do high-volume hospitals have fewer complications? *Ann Thorac Surg.* 2003; 75: 337-41.
7. Grande L. Subespecialización y calidad asistencial en la cirugía de las resecciones hepáticas. *Cir Esp.* 2005; 78 (1): 1-2.
8. Wybaillie E, Broos PL. Surgical trainees and trauma emergencies. *Acta Chor Belg.* 2010; 110(5): 521-4.
9. Southard P. Emergency surgery / trauma physicians: evolution or revolution? *J Emerg Nurs.* 2006; 32 (2): 194-6.
10. Committee to develop the reorganized specialty of trauma, surgical critical care and emergency surgery. Acute care surgery: trauma, critical care and emergency surgery. *J Trauma.* 2005; 58 (3): 614-6.
11. Block EF, Rudloff B, Noon C, Behn B. Regionalization of surgical services in central Florida: the next step in acute care surgery. *J Trauma.* 2010; 69 (3): 643-4.
12. Collins CE, Pringle PL, Santry HP. Innovation or rebranding, acute care surgery diffusion will continue. *J Surg Res.* 2015; 197 (2): 354-62.
13. The Royal College of Surgeons. Emergency Surgery. Standards for unscheduled surgical care. London; 2011.
14. The Royal College of Surgeons of England. The Emergency Department: Medicine and Surgery Interface Problems and Solutions. A Report of the Working Party. 2a ed. London; 2004.
15. Qureshi A, Smith A, Wright F, Brennemmas F, Rizoli S, Hsiesh T, Tien HC. The impact of an acute care emergency surgical service on timely surgical decision-making and emergency department overcrowding. *J Am Coll Surg.* 2011;213(2):284-93.
16. Cubas RF, Gómez NR, Rodríguez S, Wanis M, Sivanandam A, Garberoglio CA. Outcomes in the management of appendicitis and cholecystitis in the setting of a new acute care surgery service model: impact on timing and cost. *J Am Coll Surg.*2012; 215(5):715-21.
17. Nagaraja V, Eslick GD, Cox MR. The acute surgical unit model versus the traditional "on call" model. A systematic review and meta-analysis. *World J Surg.* 2014; 38 (6): 1381-7.
18. Musienko AM, Shakerian R, Gorelik A, Thomson BN, Skandarajah AR. Impact of introduction of an acute surgical unit on management and outcomes of small bowel obstruction. *ANZ J Surg.* 2016; 86 (10): 831-5.
19. Bergenfeld A, Søreide K. Improving outcomes in emergency surgery. *Br J Surg.* 2014; 101 (1):e1-2.
20. Sugrue M, Maier R, Moore EE, Boermeester M, Catena F, Coccolini F et al. Proceedings of resources for optimal care of acute care and emergency surgery consensus Summit Donegal Ireland. *World J Emerg Surg.* 2017;12:47.
21. Leppäniemi A. Organization of emergency surgery. *Br j Surg.* 2014; 101 (1):e7-8.
22. Brooks A. Cotton BA, Tai N, Mahoney PF. Emergency Surgery. Ed. John Wiley & Sons. 2010.
23. Gibbons G, Tan Cj, Bartolo DC, Filgate R, Makin G, Barwood N, Wallace M. Emergency left colon resections on acute surgical unit: does subspecialization improve outcomes? *ANZ J Surg.* 2015;85(10):739-43.
24. Chana P, Burns EM, Arora S, Darzi AW, Faiz OD. A systematic review of the impact of dedicated emergency surgical services on patient outcomes. *Ann Surg.* 2016; 263 (1):20-7.
25. Coccolini F, Kluger Y, Ansaloni L, Moore EE, Coimbra R, Fraga GP et al. WSES worldwide emergency general surgery formation and evaluation project. *World J Emerg Surg.* 2018; 13:13.
26. López Ruiz JA, Tallón Aguilar L, Marengo de la Cuadra B, Curado Soriano A, Sánchez Moreno L, López Pérez J. Optimización del manejo quirúrgico de la colecistitis aguda en una unidad de cirugía de urgencias. *Cir Esp.* 2016; 94 (Espec Congr):371.
27. Flores Cortés M, López Bernal F, Pareja Ciuró F, Martín C, Prendes E, Padillo J. Análisis del impacto de una unidad de cirugía de urgencias en el abordaje terapéutico de la colecistitis aguda.