



Editorial

Las unidades de cirugía de urgencia: ¡un cambio imperativo con beneficios para todos!

The urgent surgery units: An imperative change with benefits for everyone!



El desarrollo y maduración de sistemas de atención dedicados específicamente al cuidado de las urgencias quirúrgicas surge como una respuesta a la necesidad pública de atender de forma óptima a los pacientes que requieren cirugía de urgencia (CU). Durante los últimos 15 años esta disciplina ha evolucionado vertiginosamente gracias a la dedicación y la visión de cirujanos de trauma que infundieron los conceptos clásicos inherentes a la regionalización de los sistemas de trauma para la implementación de sistemas de atención a la CU. Este fenómeno ha tenido un éxito global y ha dado oportunidades para que ejemplos similares se desarrollen en diversos lugares del planeta.

El artículo publicado en este número de *CIRUGÍA ESPAÑOLA* firmado por Aranda-Narváez et al., «El modelo Acute Care Surgery en el mundo y la necesidad e implantación de unidades de trauma y Cirugía de Urgencia en España», es una revisión extensa y magníficamente escrita que sienta los conceptos básicos y proporciona evidencia a nivel mundial sobre el valor y la necesidad de crear dichas unidades para la atención óptima de pacientes de trauma y urgencias quirúrgicas. Los autores hacen un llamamiento para la expansión de estos modelos en todas las comunidades autónomas y, a su vez, describen los posibles retos para tal implementación en el país; también comparten la experiencia de Andalucía, donde actualmente se encuentran 5 de los 7 centros de CU de España.

En dicho artículo se presenta de forma clara y concisa la visión global y la evolución de cómo surge el concepto de Acute Care Surgery (ACS) en EE. UU. y el papel fundamental que prestaron las sociedades científicas y profesionales como directrices de este proceso. Se exponen los beneficios resultantes de la implementación del modelo y se describen los efectos adicionales positivos que van más allá de la atención integral del paciente quirúrgico.

Los autores comparten evidencia que demuestra que indicadores de calidad y de la atención médica que reflejan

directamente el cuidado del paciente mejoran significativamente en los estudios hechos sobre el modelo. Hay una disminución del tiempo para la toma de decisiones y del tiempo de hospitalización en las urgencias, mejorando la utilización de camas; hay mejoría de la morbilidad, y de la estancia hospitalaria. Gracias a las prioridades propuestas por la Sociedad Mundial de Cirugía de Urgencias se han creado patrones de atención y niveles de prioridad que facilitan la utilización de las salas de cirugía y la distribución temporal en horas diurnas y nocturnas¹.

Los procedimientos de urgencia son ejecutados de acuerdo con el grado de severidad y agudeza de la urgencia quirúrgica. Una revisión de Cochrane también ha propuesto mejorías en desenlaces secundarios, incluyendo la disminución de cirugías canceladas, el aumento de los niveles de satisfacción de los pacientes, el incremento en las oportunidades educacionales para los residentes y la disminución de la sobrecarga de trabajo tanto para los cirujanos como para el personal auxiliar².

En resumen, la instauración de dichas unidades dedicadas a la CU y la sistematización o consolidación en la prestación de estos servicios han mostrado su eficacia a muchos niveles, incluyendo beneficios económicos, mejorías en el flujo de trabajo, impacto positivo en los colegas con prácticas electivas de alto volumen, la educación médica y la creación de grupos de investigación, que han sabido fomentar la productividad científica y la institución de protocolos y algoritmos (*pathways*) de control de calidad en condiciones tales como la colecistitis aguda, la apendicitis, la diverticulitis, la obstrucción intestinal, etc.

El amplio alcance que encierra la disciplina de la CU ha hecho que esta actividad se convierta en una de las subespecializaciones quirúrgicas más codiciadas en los EE. UU. El número de programas de fellowship en ACS en Norteamérica se ha expandido y la calidad y el bagaje académico de los

candidatos que solicitan dicha especialidad son cada vez más competitivos. Cirujanos jóvenes en busca de ampliar oportunidades profesionales y académicas proyectan aspectos tan variados como la cirugía global y de cooperación internacional, investigación de resultados (*outcomes research*), ciencias de la implementación y estrategias de coste-efectividad como métodos de investigación que serían explotados y desarrollados con el objetivo de incrementar el conocimiento en una variedad de enfermedad de urgencias. Residentes de cirugía o cirujanos recién egresados que han completado un entrenamiento adicional en maestrías de salud pública, administración, gerencia y políticas de salud compiten cada año solicitando su aceptación en programas de entrenamiento en ACS. Es decir, el potencial y la riqueza humana que en la actualidad busca dedicarse a esta rama tan joven de la cirugía son promisorios. Gracias a este entusiasmo me atrevo a predecir que en un futuro no muy lejano se cosecharán avances importantes y contribuciones innovadoras, reflejando así el crecimiento exponencial en muchas de las áreas que constituyen las urgencias quirúrgicas.

Surgirá un grupo selecto de investigadores clínicos que se dedicarán a estudiar una multiplicidad de enfermedades de urgencia, así como una gama amplia de conocimientos nuevos en áreas que incluyen el manejo temprano de la sepsis de origen intraabdominal, las infecciones necrosantes, el manejo agudo de las complicaciones quirúrgicas de entidades como la pancreatitis y los sangrados de las vías digestivas. Estrategias avanzadas en el uso de la laparoscopia en situaciones de urgencia para intervenciones por enfermedades del estómago, el colon, la vesícula biliar y otras entidades que requieren atención inmediata serán estudiadas y publicadas. Entidades complejas de la cirugía intestinal, el uso del abdomen abierto como método para el control del foco séptico, el manejo de las fistulas y estrategias efectivas para la cirugía de rescate (*rescue surgery*), que no es otra cosa que el manejo estandarizado de las complicaciones quirúrgicas más serias, como son las fallas de anastomosis y las fallas agudas de la pared abdominal, así como intervenciones en el paciente anciano, formarán parte del vademécum de esta práctica quirúrgica. No es la intención del cirujano de ACS infiltrarse en el territorio de otras subespecialidades, al contrario, es un esfuerzo de consolidación de servicios para así poder ofrecer una atención continuada, integral, multidisciplinaria y comprensiva en forma de un abordaje organizado y sistematizado con el objetivo de mejorar las opciones de sobrevida en pacientes críticamente enfermos.

El análisis extenso de la literatura provisto por los autores permite también aportar definiciones de intervenciones asociadas a estos beneficios. Obviamente dichas intervenciones varían de acuerdo con las realidades locales y las condiciones laborales de las diferentes regiones y países. Cada región se verá afectada de forma diferente según el

volumen de pacientes y las proporciones de sujetos traumatizados versus emergencias no traumáticas. Otros aspectos, como la presencia de un centro de referencia de alto volumen y el número de hospitales regionales o comarcales, también habrán de requerir soluciones concretas. Programas de triaje y transferencia de pacientes serán necesarios para canalizar a aquellos con necesidades específicas a centros especializados mejor equipados para responder a tales necesidades; es decir, la optimización de la regionalización será una consecuencia añadida inherente a la creación del sistema, como ya se ha demostrado en los modelos de ACS de Inglaterra³.

Independientemente de estos factores, el trabajo de Aranda-Narváez et al. ha de servir como una guía para expandir este proceso al resto de las comunidades autónomas de España. La experiencia de la comunidad de Andalucía sienta un precedente que debería ser emulado y adaptado a las diferentes regiones de la península. Los aspectos logísticos y administrativos y las medidas burocráticas que habrán de tomarse para aprovechar al máximo estas iniciativas ya comprobadas en tantos otros sitios representan retos y a la vez oportunidades para la implementación del modelo. La AEC, gracias a su compromiso de trabajo a través del comité de CU, ha evolucionado rápidamente y en este momento se constituye como un recurso de alto valor para catalizar los cambios necesarios en las diferentes regiones del país.

B I B L I O G R A FÍ A

1. Kluger Y, Ben-Ishay O, Sartelli M, Ansaloni L, Abbas AE, Agresta F, et al. World society of emergency surgery study group initiative on Timing of Acute Care Surgery classification (TACS). *World J Emerg Surg*. 2013;8:17.
2. Kreindler S, Beaudin P, Sadeh E, Nason R, Hochman D, Raynard M, et al. The effect of consolidating acute-care surgery on patient, staff, and resource outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;11. <http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD009450>. CD009450.
3. NELA Project Team. The first patient report of the National Emergency Laparotomy Audit. London: RCoA; 2015.

Juan C. Puyana

Department of Surgery, University of Pittsburgh, Pittsburgh,
Estados Unidos

Correo electrónico: puyajc@UPMC.EDU

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2018.11.011>

0009-739X/

© 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.