



Artículo especial

Cirugía de la pared abdominal después del SARS-CoV-2: ¿es hora de restablecer los procedimientos no esenciales postpuestos?☆



Manuel López Cano^{a,*}, Judit Saludes Serra^b, Daniel Rosselló-Jiménez^c, José Antonio Pereira^d, Victor Rodrigues Gonçalves^a y Josep M. García Alamino^e

^a Unidad de Cirugía de Pared Abdominal, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII, Tarragona, España

^c Institut de Recerca Vall d'Hebron (VHIR), Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

^d Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital del Mar, Parc de Salut Mar, Universidad Pompeu Fabra, Barcelona, España

^e Programme in Evidence Based Health Care, University of Oxford, Oxford, Reino Unido

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 8 de abril de 2020

Aceptado el 16 de abril de 2020

On-line el 18 de abril de 2020

Palabras clave:

COVID-19

Cirugías no esenciales

Hernia

Pared abdominal

Cirugía

Keywords:

COVID-19

Non-essential surgeries

Hernia

Abdominal wall

Surgery

RESUMEN

La pandemia por el COVID-19 nos ha encontrado desprotegidos ante la dificultad para dar una respuesta sanitaria adecuada y rápida. La red de hospitales del sistema sanitario público ha dispuesto la mayoría de los recursos para el tratamiento de los pacientes afectados por la infección. Las cirugías no esenciales (no prioritarias) han sido aplazadas. El reinicio óptimo y proporcionado de estas cirugías no prioritarias puede representar un problema. En el presente artículo se ofrece una perspectiva técnica y no técnica del reinicio de las cirugías no prioritarias desde la óptica de la cirugía de la pared abdominal.

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Abdominal Wall Surgery After SARS-CoV-2: Time to Reestablish Postponed Non-essential Procedures?

ABSTRACT

Pandemic by the COVID-19 has found us unprotected to provide an adequate and rapid sanitary response. The hospital network of our public health system has provided most of the resources for the treatment of patients affected by the infection. Non-essential (non-priority) surgeries have been postponed. The optimal and proportionate reestablishment of these non-priority surgeries can be a problem. This article offers a technical and non-

☆ Todos los autores contribuyeron de igual manera en este trabajo.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mlpezcano@gmail.com (M. López Cano).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.04.011>

0009-739X/© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

technical view of reestablishment non-priority surgeries from the perspective of abdominal wall surgery.

© 2020 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

El nuevo coronavirus, responsable del síndrome respiratorio agudo grave (SARS-CoV-2), ha dejado, está dejando y desgraciadamente dejará secuelas sanitarias físicas (morbimortalidad) y secuelas sanitarias psíquicas (agotamiento, estrés y angustia frente a la enfermedad) en pacientes, profesionales de la salud y la sociedad en general. De la misma manera, el paso del SARS-CoV-2 dejará secuelas en la estructura y la organización sanitaria, secundarias al «cambio exprés» en el ordenamiento y la provisión de la atención que ha condicionado la reorganización de los centros hospitalarios y la disposición de la mayoría de los recursos para el tratamiento de los pacientes afectados de COVID-19. En el ámbito quirúrgico esta reestructuración exprés ha hecho que se haya recomendado en diferentes grados cancelar o «aplazar» todas las actividades quirúrgicas no esenciales (o sea, no prioritarias), quedando únicamente funcional en muchos hospitales la actividad quirúrgica de urgencias^{1,2}. Una de esas actividades quirúrgicas no esenciales «aplazadas» es la cirugía de la pared abdominal (fundamentalmente hernias). En el momento de escribir estas líneas el contexto descrito previamente es la realidad que se impone. Sin embargo, indudablemente hay un futuro pendiente. En un corto plazo y tras el paso de la pandemia lógicamente deberemos afrontar las secuelas en la estructura y la organización sanitaria. Es incuestionable que cuando se retome la actividad quirúrgica electiva la cirugía oncológica retrasada o cancelada y otras cirugías con calidad de preferentes ocuparán prioritariamente las sesiones de quirófano. Es obvio también que, tarde o temprano, se deberán reiniciar las actividades quirúrgicas no esenciales «aplazadas». No pretendemos hablar aquí de todas ellas, aunque sí puede valer de ejemplo la cirugía de la pared abdominal. ¿En qué medida y a qué ritmo se reiniciará? Creemos que es pertinente recordar aquí que en situación de «normalidad asistencial» (como la situación previa a la actual emergencia de salud pública de importancia internacional) la patología herniaria es una de las cirugías más comunes y la que ocupa las listas de espera más extensas³, y los pacientes afectados de hernia no siguen un patrón uniforme de «importancia» sanitaria en lo que respecta a las repercusiones de la patología y la afectación de su calidad de vida. Por consiguiente, su aplazamiento posterior a la pandemia puede generar, en nuestra opinión, un problema organizativo importante, con retraso aumentado de las intervenciones o un incremento de las complicaciones urgentes, con la elevación en la morbimortalidad que esto determina⁴. Habitamos un sistema sanitario público con cobertura universal gravado desde hace años con políticas (a diestro y siniestro) de recortes y restricciones⁵. Esta crisis sanitaria ha puesto cruelmente de manifiesto que en nuestro sistema de salud público los medios (tanto materiales como humanos) faltan y los recursos (p.ej., económicos) son limitados⁶. Además, a esto cabe sumarle dos circunstancias que proporcionan un entorno de «tormenta perfecta». Por un lado, los principales afectados en el retorno a la «normalidad asistencial» serán exactamente los mismos

que más han sufrido la crisis sanitaria (los pacientes y los profesionales sanitarios). Por otro lado, la probable recesión económica post-crisis y un aumento de la deuda pública, que hará que tengamos que adaptarnos a un entorno aún más hostil. Dada esta coyuntura, en nuestra opinión, la tarea reorganizativa de retorno a la «normalidad asistencial» de la cirugía de la pared abdominal solo se podrá llevar a cabo por la colaboración entre todos los profesionales sanitarios, optimizando los recursos disponibles y una vez más «reinventando» con su esfuerzo y desgaste personal un modelo sanitario/asistencial insuficiente y debilitado. Quizás, en el camino de retorno a la «normalidad», podamos establecer las bases para una reorganización más profunda que devuelva a la profesión sanitaria el valor que debe tener en nuestra sociedad. Así, si excluimos la utilización de la cirugía mayor ambulatoria (CMA), que será un recurso imprescindible en el tratamiento de la patología de pared que no requiera hospitalización y cuya puesta en marcha puede ser menos compleja, es probable que los pacientes afectados de problemas de pared que sí requieran hospitalización se deban enfocar desde una perspectiva técnica y desde otra no técnica.

Perspectiva técnica

Las hernias complejas de la pared abdominal se suelen presentar en pacientes con morbilidad asociada elevada y con una calidad de vida secundaria a su hernia muy deficiente⁷. Suelen requerir rehabilitación, que en algún caso puede ser ambulatoria (rehabilitación respiratoria, toxina botulínica, adelgazamiento), pero en otros casos puede requerir ingreso hospitalario (neumoperitoneo progresivo). Su tratamiento quirúrgico se asocia a cirugías largas y con necesidad de cuidados estrechos en el postoperatorio inmediato (camas de unidades de reanimación postoperatoria o cuidados intensivos) y con potenciales complicaciones graves en el postoperatorio. Estos pacientes (no posponibles indefinidamente) debieran tener cabida entre los procedimientos prioritarios y no después de ellos, tanto en la ocupación de quirófano como en las camas de reanimación/UCI postoperatoria.

La cirugía de pared menos compleja pero presente en pacientes añosos y con morbilidad asociada importante (cardiopatías, neumopatías, insuficiencia renal, tratamiento con anticoagulantes) y que además altere su calidad de vida, también necesitará «entrar pronto» en los programas quirúrgicos. Estos pacientes pueden beneficiarse de las unidades de corta estancia, que son las que agrupan a pacientes con procedimientos quirúrgicos programados cuya estancia estimada sea inferior a 72 h⁸, ayudando a una gestión más eficiente de las camas. En esta línea, es probable que se tengan que intensificar los programas quirúrgicos de tarde para tratar a los pacientes descritos con anterioridad. Sin embargo, los cirujanos (como otros médicos y profesionales sanitarios) no somos «héroes» cuya «vocación» llevará al «salvamento» sin

restricciones de una lista de espera después de haber contribuido a «salvar» una pandemia: somos proveedores de un «producto» especializado que por el buen funcionamiento del sistema debe estar adecuadamente regulado e incentivado de acuerdo al valor que aporta a la sociedad.

Perspectiva no técnica

La mayoría de hospitales públicos tienen residentes en formación quirúrgica. Creemos que, aunque en el periodo de reorganización tras la pandemia se priorice un tipo específico de cirugía, también se debe considerar que la formación del residente debe continuar en todos los ámbitos posibles de la cirugía general, incluida la cirugía de la pared abdominal y otras que puedan encontrarse en similar situación. No podemos ni debemos añadir más precariedad a una formación afectada por las restricciones desde hace años⁹.

En nuestra opinión, la tarea de la reorganización quirúrgica no debe ser solo una responsabilidad del cirujano. En situaciones de excepcionalidad como la que ha generado la actual crisis sanitaria, los médicos no cirujanos también debieran colaborar en el caso de enfermedades crónicas reagudizadas o enfermedades infecciosas optimizando la estancia global en el hospital de esos pacientes y, así, disminuir la saturación de camas disponibles y facilitando el mantenimiento de la programación quirúrgica. De la misma manera, los pacientes en espera de una intervención de pared abdominal, y también la sociedad en general, tendrían que tomar conciencia del problema del «retraso» en el tratamiento de su patología. En este sentido, creemos que los estamentos gestores del sistema sanitario público se deberán implicar, desempeñando, entre otras cosas, una labor pedagógica de concienciación de la población general, ofreciendo perspectivas realistas de la situación.

En resumen, creemos que la cirugía de la pared abdominal (al menos una parte de los pacientes que requieran hospitalización) se debe devolver a los programas quirúrgicos de reorganización tras la pandemia. No creemos que deba ir por delante de otros procedimientos prioritarios, pero sí creemos que no debe «esperar» a la «finalización» de aquellos, debe ir en paralelo. Quizá no con la misma «intensidad» de recursos, pero sí en paralelo. Hemos utilizado la cirugía de la pared abdominal como hilo conductor de este texto ya que es nuestro ámbito cotidiano. Sin embargo, muchos de los aspectos descritos previamente, y salvando las particularidades de cada área, probablemente sean aplicables a la mayoría de los procedimientos quirúrgicos no esenciales (no prioritarios). Es posible que solo de esta forma se consiga un acceso «proporcionado» a las prestaciones del sistema siguiendo criterios de igualdad efectiva, atendiendo a aspectos básicos como la «gravedad» de la patología objeto de la intervención y la eficacia y la oportunidad de la misma.

Financiación

Este trabajo no ha sido financiado por ningún tipo de fondos públicos o privados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses en relación con este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. General recommendations for action and basic organization of surgery units in areas highly affected by the COVID-19 pandemic (SARS-CoV-2). From the Spanish Association of Surgery (AEC) [consultado Abr 2020]. Disponible en: [https://www.aecirujanos.es/files/noticias/tmp27/documentos/6_Recommendations_from_the_AEC_for_Surgical_Units_for_HIGHLY_affected_areas_by_COVID\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/noticias/tmp27/documentos/6_Recommendations_from_the_AEC_for_Surgical_Units_for_HIGHLY_affected_areas_by_COVID(1).pdf)
2. General recommendations for action and basic organization of surgery units in areas with low affection by the COVID-19 pandemic (SARS-CoV-2). From the Spanish Association of Surgery (AEC) [consultado Abr 2020]. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/files/noticias/tmp27/documentos/5_Recommendations_from_the_AEC_for_Surgical_Units_for_areas_LOW_affected_by_COVID.pdf
3. Kingsnorth A, LeBlanc K. Hernias: Inguinal and incisional. *Lancet*. 2003;362:1561-71.
4. Martínez-Serrano MA, Pereira JA, Sancho J, Argudo N, López-Cano M, Grande L. Specific improvement measures to reduce complications and mortality after urgent surgery in complicated abdominal wall hernia. *Hernia*. 2012;16:171-7.
5. Bandrés E, González R. La reducción del gasto sanitario en España durante la crisis. Cuadernos de información económica-Funcas, núm. 248, octubre 2015 [consultado Abr 2020]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/wp-content/uploads/2015/10/la-reduccion-del-gasto-sanitario-en-espana-durante-la-crisis.pdf>
6. Raurell-Torredà M, Martínez-Estalella G, Frade-Mera MJ, Carrasco Rodríguez-Rey LF, Romero de San Pío E. Reflexiones derivadas de la pandemia COVID-19. *Enferm Intensiva*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfi.2020.03.002>.
7. Slater NJ, Montgomery A, Berrevoet F, Carbonell AM, Chang A, Franklin M, et al. Criteria for definition of a complex abdominal wall hernia. *Hernia*. 2014;18:7-17.
8. Strøm C, Stefansson JS, Fabritius ML, Rasmussen LS, Schmidt TA, Jakobsen JC. Hospitalisation in short-stay units for adults with internal medicine diseases and conditions. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;8:CD012370.
9. Saavedra Rionda I, García Gonzalez JV, Llamazares Granda FJ, Arbesú Fernández E, López Díaz A. Grado de burnout en especialistas en formación de medicina y psicología clínica. *Educ Med*. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.edumed.2019.05.002>.