

Fast track surgery: realidades y dificultades

Durante los últimos años, los pacientes intervenidos quirúrgicamente han experimentado los importantes efectos beneficiosos derivados de los avances que han tenido lugar en el ámbito de la anestesia, el control del dolor, la cirugía mínimamente invasiva y la asistencia perioperatoria en su conjunto. No obstante, debido al número cada vez más elevado de procedimientos quirúrgicos mayores y a la realización de un número de intervenciones también cada vez mayor en pacientes de edad avanzada y riesgo alto, existe todavía un riesgo significativo de morbilidad y de hospitalización prolongada que obliga a mejorar los resultados obtenidos en el postoperatorio¹.

La *fast track surgery* ha sido una iniciativa coordinada para combinar la educación del paciente antes de la intervención; la reducción del estrés mediante nuevas técnicas anestésicas, analgésicas y farmacológicas; la cirugía mínimamente invasiva y la revisión de los principios fundamentales de la asistencia postoperatoria (uso de sondas, drenajes, catéteres, dispositivos de seguimiento, etc.), con objeto de definir un régimen activo de rehabilitación multimodal postoperatorio en el que se incluyan la nutrición oral y la movilización tempranas². El objetivo de la *fast track surgery* ha sido el de conseguir "intervenciones sin dolor y sin riesgo". Este concepto está fundamentado en la combinación de distintas intervenciones unimodales basadas en la evidencia con creación de "paquetes" asistenciales multimodales que permitan conseguir un efecto sinérgico o aditivo para potenciar la recuperación del paciente.

Hasta el momento, los resultados obtenidos en diversas series de pacientes consecutivos y en ensayos clínicos, realizados con asignación aleatoria en uno o varios centros, han sido impresionantes. Así, la resección del colon y la cirugía del aneurisma aórtico pueden requerir una hospitalización de únicamente 2-4 días; la cirugía bariátrica, la nefrectomía, la resección pulmonar, la histerectomía abierta, la prostatectomía radical y la sustitución de las articulaciones de la rodilla y la cadera sólo han requerido una hospitalización de aproximadamente 1-2 días, y una multitud de operaciones (cirugía en el disco lumbar, tiroidectomía, mastectomía, cirugía en las glándulas paratiroides, adrenalectomía, colecistectomía, funduplicatura, procedimientos vaginales y hernias inguinales) se están realizando de manera ambulatoria en más del 90% de los pacientes¹.

El fundamento fisiopatológico de la potenciación de la recuperación del paciente y de la disminución en la necesidad de hospitalización de éste ha quedado demostrado de manera más convincente en las intervenciones de cirugía abierta para la resección del colon, con mejora de

la función pulmonar, de la oxigenación tisular, de la capacidad para el ejercicio y de la fuerza muscular; mantenimiento de la composición corporal; disminución de la incidencia de íleo, y reanudación temprana de la nutrición oral y del consumo de proteínas, efectos que han dado lugar a una disminución de la morbilidad cardiopulmonar y de la duración de la hospitalización, con valores menores de fatiga del paciente durante la fase de convalecencia^{3,4} en comparación con los regímenes quirúrgicos tradicionales.

Aunque los efectos beneficiosos de la *fast track surgery* ya se conocen desde hace algún tiempo, muchos cirujanos han mostrado rechazo a la modificación de su práctica quirúrgica y han puesto en cuestión la *fast track surgery* debido a problemas de seguridad, aplicación práctica y coste económico. Sin embargo, los resultados y las experiencias que han tenido lugar hasta el momento en los distintos departamentos asistenciales y hospitales que han implementado este concepto de *fast track surgery* han sido muy positivos y no se han detectado problemas de seguridad. Además, las elevadas tasas de rehospitalización observadas en algunos ensayos clínicos iniciales^{3,4} se han reducido posteriormente desde porcentajes de alrededor del 20% hasta porcentajes de aproximadamente el 10% (Andersen et al, en fase de publicación). Es necesario subrayar el hecho de que, a pesar de que cada uno de los componentes que constituyen el fundamento de la *fast track surgery* está fundamentado en los principios de la medicina basada en la evidencia, el encuadre de los fundamentos asistenciales perioperatorios generales según la evidencia científica todavía no ha sido implementado con el grado suficiente en la práctica clínica cotidiana que se lleva a cabo en muchos hospitales⁵. Por tanto, las tradiciones relativas a la asistencia perioperatoria y el rechazo a las modificaciones de la práctica quirúrgica en función de la evidencia científica pueden ser razones importantes para no aplicar los fundamentos de la *fast track surgery*.

En resumen, el problema que se plantea no es el de decidir si la *fast track surgery* se debería implementar a mayor escala, sino, más bien, el de preguntarnos por qué no se ha hecho ya. Al mismo tiempo, son necesarios nuevos estudios de investigación y evaluación, especialmente respecto a la organización óptima de cada procedimiento quirúrgico, a las consecuencias que puede tener la *fast track surgery* en la asistencia de enfermería y sobre el papel desempeñado por los fisioterapeutas (generalmente una implicación menor por cada paciente), y a las consecuencias económicas. Un aspecto importante es la necesidad de estudios de investigación fisiológica

más específicos para mejorar la fluidoterapia perioperatoria⁶, mejorar la analgesia multimodal sin opiáceos⁷ y conseguir una reducción farmacológica más eficaz de las respuestas de estrés y los cuadros de disfunción de los distintos órganos secundarios a la propia cirugía⁸. Además, también es necesario evaluar el papel que puede desempeñar la cirugía mínimamente invasiva en cada uno de los procedimientos quirúrgicos, dentro del concepto de la *fast track surgery*⁹.

Finalmente, un requisito imprescindible para la organización e implementación óptimas de un régimen perioperatorio de resultado rápido es la colaboración de un equipo multidisciplinario constituido por el cirujano, el enfermero quirúrgico y el anestesiista, de manera que la experiencia de cada uno de ellos permita mejorar el programa de recuperación. En este proceso se necesita la participación de profesionales motivados y se recomienda el establecimiento de un equipo que defina un plan quirúrgico según los resultados obtenidos con cada procedimiento específico, tal como se lleva a cabo en la actualidad, en comparación con los resultados publicados en la bibliografía quirúrgica relativa a la *fast track surgery*. Además, también puede ser útil la visita por parte del cirujano, el anestesiista y el enfermero quirúrgico a otros hospitales en los que ya se ha establecido un programa de *fast track surgery*. En nuestra experiencia, este abordaje combinado ha dado lugar a mejoras significativas en todos los hospitales en los que se han planteado iniciativas para modificar los principios asistenciales y la organización perioperatoria según los principios de la *fast track surgery*.

Henrik Kehlet

Section for Surgical Pathophysiology. The Juliane Marie Centre.
Rigshospitalet. Dinamarca.

Bibliografía

1. Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery and challenges for postoperative recovery. *Lancet*. 2003;362:1921-28.
2. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg*. 2002;183:630-41.
3. Kehlet H. Fast-track colonic surgery: status and perspectives. *Rec Results Cancer Res*. 2005;165:8-13.
4. Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PHP, Dejong CHC, Von Meyenfeldt MF, Ubbink DT, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg*. 2006;93:800-9.
5. Kehlet H, Büchler MW, Beart RW, Billingham RP, Williamson R. Care after colonic operation – is it evidence-based? Results from a multinational study in Europe and the United States. *J Am Coll Surg*. 2006;202:45-54.
6. Holte K, Kehlet H. Fluid-therapy and surgical outcomes in elective surgery: a need for reassessment in fast-track surgery. *J Am Coll Surg*. 2006;202:971-81.
7. Kehlet H. Postoperative opioid-sparing to hasten recovery – what are the issues? *Anesthesiology*. 2005;102:1083-5.
8. Kehlet H. Surgical stress and outcome – from here to where? *Reg Anesth Pain Med*. 2006;31:47-52.
9. Kehlet H, Kennedy RH. Laparoscopic colonic surgery – mission accomplished or work in progress? *Colorectal Dis*. 2006;8:514-7.