



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

Rehabilitación multimodal perioperatoria en cirugía colorectal. Su utilización está más que justificada

Perioperative multimodal rehabilitation in colorectal surgery: Its use is more than justified

No deja de llamar la atención, cómo los profesionales de la salud pueden adaptarse rápidamente a determinados cambios y mejoras en el manejo de diferentes procesos, mientras que existen barreras intangibles que hacen muy difícil implementar otros, aún cuando estén avalados por la evidencia científica. De esto último puede ser paradigma la denominada Rehabilitación Multimodal o *Fast-track*, de la cual la cirugía colorrectal es uno de los ejemplos más notorios¹.

Durante años, aprendimos que la cirugía era una agresión, pero no a modularla. Sin duda, la idea de un abordaje mínimamente invasivo fue posiblemente de las pioneras en reducir el trauma postquirúrgico, pero se obtuvieron conclusiones incorrectas debido a sesgos de algunos estudios y así por ejemplo, se asumió que la cirugía laparoscópica permitía una tolerancia oral precoz, mientras se exigía restricción dietética hasta el reinicio del tránsito en la cirugía abierta. También se creyó en la necesidad de una preparación mecánica para prevenir la contaminación intraoperatoria o el paso de materia fecal por una línea de sutura, o del empleo sistemático de sondas y drenajes.

Nuestros maestros nos transmitieron estos y otros dogmas y a su vez los enseñamos a nuestros discípulos, manteniendo el peso de una tradición que no nos cuestionábamos. Sin embargo, poco a poco, estas y otras «verdades» se han quebrantado ante estudios con el mayor nivel de evidencia científica, y se ha ido construyendo un sólido cuerpo de doctrina respecto a los cuidados perioperatorios. El artífice fundamental de su integración, que pretende mediante un abordaje multimodal, disminuir la morbimortalidad postoperatoria y promover una recuperación más pronta, atenuando el impacto de los factores que provocan el estrés quirúrgico, ha sido Henrik Kehlet². La reducción de estancias es un efecto colateral, consecuencia de ello. Sus resultados, y los de otros autores, han puesto de manifiesto las ventajas de este paquete de medidas que incluyen el conocimiento de que la limpieza mecánica anterógrada puede incluso ser perjudicial, que el ayuno completo preoperatorio es innecesario y no beneficioso, que el empleo de sondas y drenajes debe de ser

selectivo, que el control del dolor perioperatorio es básico en la recuperación, que hay que optimizar y adaptar la fluidoterapia, que la cirugía debe ser lo menos invasiva posible, que es eficaz una movilización temprana, o que la alimentación precoz es segura y fundamental²⁻⁵. Cualquier programa de incentivación perioperatoria ha de basarse en la cumplimentación de procedimientos específicos como estos, u otros más⁶.

Sabemos pues de sus ventajas. Es un primer paso. Pero el tránsito de la evidencia a la práctica, no es tarea sencilla. ¿Por qué se bloquea en el momento en el que se llega a la cabecera del enfermo? ¿Por qué los protocolos basados en la evidencia no modifican automáticamente la práctica cotidiana? ¿Hay que financiar la investigación para conseguir evidencias científicas y que luego sean ignoradas? Como bien se ha dicho, sería mejor gastar el dinero público en determinar por qué no aplicamos lo que ya conocemos⁷.

En el extremo opuesto, pioneros, quizás con cierto grado de osadía, rizan el rizo y hablan incluso de la factibilidad de una cirugía mayor ambulatoria colorrectal⁸. En cualquier caso es fundamental asegurar la optimización de todos los puntos de la vía clínica y cooperación del los miembros del equipo, sean cirujanos, anestesiólogos o personal de enfermería. ¿Nos acercamos siquiera remotamente a ello? Evidentemente no. El estudio nacional español de gestión de procesos de cáncer colorrectal mostró en el año 2003 una estancia media postoperatoria de 11,9 días⁹, y datos aún no publicados de una reedición actualizada no apuntan a mejoras en este punto. Además, un estudio internacional halló menor empleo de algunas medidas perioperatorias basadas en la evidencia en nuestro país¹⁰. ¿Cuál es pues la realidad española?: Una encuesta reciente promovida por la Asociación Española de Cirujanos y la Asociación Española de Coloproctología, objetivó que pese a que hemos mejorado, todavía la cuarta parte de cirujanos usan rutinariamente una sonda nasogástrica¹¹, el 59% y el 80% emplean aún preparación anterógrada mecánica en cirugía de colon derecho e izquierdo respectivamente¹², y el 55% esperan al inicio del tránsito intestinal para

comenzar con la ingesta oral. Aún más, solamente el 8% emplean un modelo de *fast track*, y lo que es peor, menos de la mitad de los que respondieron, creían que su empleo puede reducir las complicaciones¹³. Esta infrautilización de herramientas que mejoran los resultados se asocia a menor experiencia y acreditación específicas, o a la inversa, quienes tienen más actividad coloproctológica respecto a la global, quienes efectúan más resecciones colorrectales mayores, o los certificados *Board* Europeos, realizan una actividad más acorde con la evidencia científica^{13,14}.

Desde luego, ponerlo en marcha no es tarea simple. No basta con redactar un protocolo. Se trata de consensuar y coordinar a todo el grupo de trabajo. De poco sirve por ejemplo ordenar una movilización o ingesta pocas horas tras la intervención si no se cuenta con la colaboración del personal de quirófano o sala, o este es reticente y no está convencido de su utilidad^{15,16}. La mejora debe ser progresiva, como muestran en este número de Cirugía Española Salvans et al¹⁷ al analizar tres cohortes sucesivas de pacientes a los que se aplica de forma cada vez mayor, y con mejores resultados, un protocolo de incentivación perioperatoria. No es necesario, ni conveniente, partir de un gran nivel de exigencia, porque será imposible de cumplir, ya que chocaremos con tradiciones, dogmas y fobias. La mejora continua progresiva en el protocolo es, como muestran los autores, más operativa, y los propios resultados deben animar a continuar con el cambio que se va obteniendo con la práctica e ir convenciendo a los más escépticos.

Contamos además en nuestro país con iniciativas tales como el «Grupo español de investigación en *fast-track*», que invita a quien quiera sumarse a trabajar en protocolos prospectivos comunes y suministra un soporte de información y un foro de discusión relevantes con acceso en la red www.ftsurgery.com, o como un estudio transversal promovido por la Asociación española de Cirujanos, que como los hechos previamente, pretenden concienciar a mover lo antes inamovible.

Si nuestro *desiderátum* esencial es tratar correctamente a nuestros pacientes, perseguir la excelencia originando la menor morbilidad posible y la mayor satisfacción y confort; si las evidencias están sobre la mesa y si disponemos de herramientas simples y baratas para trabajar en éste sentido, ¿por qué no damos el paso?: no hay que esperar ni un minuto más.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kehlet H. Multimodal approach to postoperative recovery. *Curr Opin Crit Care*. 2009;15:355-8.
2. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical income. *Am J Surg*. 2002;183:630-41.
3. Guenaga KK, Matos D, Wille-Jørgensen P. Mechanical bowel preparation for elective colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;1:CD001544.

4. Nelson R, Edwards S, Tse B. Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2005;1:CD004929.
5. Villalba Ferrer F, Bruna Esteban M, García Coret MJ, García Romero J, Roig Vila JV. Evidencia de la alimentación enteral precoz en la cirugía colorrectal. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99:709-13.
6. 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.
7. Hardman J, Carlson GL. Evidence-based perioperative care is lost in translation. *Br J Surg*. 2008;95:807-8.
8. Levy BF, Scott MJ, Fawcett WJ, Rockall TA. 23-Hour-Stay Laparoscopic Colectomy. *Dis Colon Rectum*. 2009;52:1239-43.
9. Ruiz-López PM, Rodríguez-Cuellar E, Alcalde J, Landa I, Jaurieta E; los participantes en el proyecto. Informe sobre el Proyecto Nacional para la Gestión Clínica de Procesos Asistenciales. Tratamiento quirúrgico del cáncer colorrectal (II). Desarrollo de la vía clínica. *Cir Esp*. 2003;74:206-20.
10. Kehlet H, Büchler MW, Beart Jr RW, Billingham RP, Williamson R. Care after colonic operation. Is it evidence based?. Results from a multinational survey in Europe and United States. *J Am Coll Surg*. 2006;202:45-54.
11. Roig JV, García-Fadrique A, García Armengol J, Villalba FL, Bruna M, Sancho C, et al. Utilización de sonda nasogástrica y drenajes tras cirugía colorrectal. ¿Se ha modificado nuestra actitud en los últimos 10 años? *Cir Esp*. 2008;83:78-84.
12. Roig JV, García-Fadrique A, García-Armengol J, Bruna M, Redondo C, García-Coret MJ, et al. Mechanical bowel cleansing and antibiotic prophylaxis in colorectal surgery. Use by and opinions of Spanish surgeons. *Colorectal Dis*. 2009;11:44-8.
13. Roig JV, García-Fadrique A, García-Armengol J, Redondo C, Villalba FL, Salvador A, et al. Perioperative care in colorectal surgery. Current practice patterns and opinions. *Colorectal Dis*. 2009;11:976-83.
14. Herrera M, Izquierdo J, Montalvo I, García-Armengol J, Roig JV. Identification of surgical practice patterns using evolutionary cluster analysis. *Math Comput Model*. 2009;50:705-12.
15. Maessen J, Dejong CH, Hausel J, Nygren J, Lassen K, Andersen J, et al. A protocol is not enough to implement an enhanced recovery programme for colorectal resection. *Br J Surg*. 2007;94:224-31.
16. Kehlet H, Wilmore DW. Evidence-based surgical care and the evolution of fast-track surgery. *Ann Surg*. 2008;248:189-98.
17. Salvans S, Gil-Egea MJ, Martínez-Serrano MA, Bordoy E, Pérez S, Pascual M, et al. Rehabilitación multimodal en cirugía electiva colorrectal: curva de aprendizaje con 300 pacientes. *Cir Esp*. 2010;88:85-91.

José V. Roig

European Board in Coloproctology (EBSQ-C), Unidad de Coloproctología, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia
Correo electrónico: roig_jvi@gva.es

0009-739X/\$ - see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.07.002