



Editorial

Rehabilitación multimodal: práctica clínica perioperatoria de mínima agresión



Enhanced recovery: Minimally aggressive perioperative practice

En los tiempos que vivimos, donde todo cambia a nuestro alrededor a una velocidad vertiginosa, en ocasiones es importante tomarse un respiro y reflexionar sobre la importancia de algunos de estos cambios, cómo y porqué se produjeron, así como las circunstancias que los facilitaron. Mirando un poco hacia detrás, la estancia media postoperatoria de una colecistectomía era de 4 a 6 días y la de una funduplicatura de 7 a 10 días, con períodos de recuperación tras el alta de más de un mes en ambos casos¹. En la actualidad, estas cifras se consideran inaceptables gracias a la implantación y generalización de abordajes quirúrgicos de mínima agresión, lo que actualmente conocemos como cirugía mínimamente invasiva (CMI). La disminución del estrés quirúrgico relacionado con estas técnicas ha permitido optimizar los resultados de un número importante de procedimientos, con una plena implantación en procedimientos básicos y un desarrollo notable en procedimientos de mayor complejidad². Además, en un esfuerzo por reducir al mínimo las consecuencias de la cirugía, durante los últimos años se han desarrollado técnicas innovadoras con el objetivo de aprovechar al máximo las ventajas de la CMI. Sin embargo, si bien se ha demostrado la factibilidad y seguridad de estas innovaciones, no ha sido posible su completa implantación y desarrollo debido, fundamentalmente, a una importante dificultad técnica y a dudas sobre su eficiencia².

En este contexto, llama la atención el impacto limitado que ha tenido sobre los resultados del tratamiento quirúrgico el desarrollo técnico y tecnológico, olvidando otros aspectos de la práctica clínica que contienen un gran potencial de mejora.

En las mismas fechas que la CMI daba sus primeros pasos³, se despertó el interés por profundizar en el conocimiento de la respuesta fisiológica a la cirugía como aspecto fundamental en la evolución del paciente quirúrgico, apareciendo los primeros trabajos de Henrik Kehlet^{4,5} sobre rehabilitación multimodal, inicialmente conocida como *fast-track*. En este sentido, el propio Kehlet escribía en 2003⁶: «Durante los últimos años, los pacientes intervenidos quirúrgicamente han experimentado

los beneficios derivados de los avances en el ámbito de la anestesia, el control del dolor, la CMI y la asistencia perioperatoria en su conjunto», abriendo el camino a los programas de rehabilitación multimodal. Además, de manera progresiva se sientan las bases de estos programas entendidos como un proceso de rehabilitación durante todo el periodo perioperatorio, que comienza en el momento del diagnóstico y termina cuando el paciente está en las mismas condiciones que antes de comenzar su proceso asistencial⁷. Es decir, la rehabilitación multimodal pretende preparar al paciente para la cirugía, que tenga la mejor cirugía posible y que se recupere en las mejores condiciones⁸.

En estos momentos, nadie duda del papel que tiene la CMI y la revisión de los principios fundamentales de la asistencia operatoria (uso de sondas, drenajes, catéteres, etc.) en los protocolos de rehabilitación multimodal. Sin embargo, es esencial entender que el acto quirúrgico es solo una parte del tratamiento de esos pacientes y que la optimización de los cuidados perioperatorios es un proceso multidisciplinar y activo que exige la colaboración de anestelistas, nutricionistas y enfermería, creando un equipo capaz de integrar intervenciones unimodales y facilitar su funcionamiento en una combinación sinérgica de «paquetes» asistenciales multimodales adaptables a cada entorno particular⁹. Con todo ello, se podrían llegar a conseguir intervenciones sin dolor y con mínima morbilidad, objetivos que, aunque utópicos, son el paradigma de la asistencia para cualquier cirujano.

Los programas de rehabilitación multimodal comenzaron a demostrar sus ventajas en el ámbito de la cirugía colorrectal, evidenciándose una disminución de la morbilidad y una mejora de la eficiencia¹⁰⁻¹². Posteriormente, estos programas han sido adoptados por otras áreas, tanto en nuestra especialidad como en otras especialidades quirúrgicas¹³⁻¹⁵. Existe en la actualidad evidencia más que suficiente como para justificar el esfuerzo que puede significar su implantación. Es decir, en estos momentos como viene a decirnos la vía de recomendaciones en cirugía abdominal, recientemente publicada por el Ministerio

de Sanidad¹⁶, el debate no se centra sobre los diferentes pasos del protocolo o sus beneficios, la pregunta que nos tenemos que hacer es: ¿por qué no lo estoy implementando ya?

Entre las dificultades para la implantación de nueva evidencia, se cita como principal, la reticencia de los profesionales a modificar hábitos tradicionales muy arraigados, incluso cuando algunos de ellos se hayan demostrado ineficaces o peor aún, perjudiciales. En una reciente encuesta realizada con el apoyo de diferentes sociedades científicas con el objetivo de analizar el grado de conocimiento y de implantación de los programas de rehabilitación multimodal en nuestro país, más del 70% de los 272 profesionales (45% cirujanos y 44% anestelistas) que la cumplieron decían disponer de un protocolo. Sin embargo, apenas el 30% de estos protocolos eran multidisciplinarios. Este hecho pone de manifiesto 2 barreras, por un lado la dificultad que aún nos supone formar equipo de trabajo con otras especialidades y, por otro (y de especial relevancia), tener la certeza de estar haciendo rehabilitación multimodal cuando lo único que hemos hecho es implantar un protocolo del servicio. A todo esto hay que sumar la escasa cultura de control a la adhesión de protocolos y auditoría de resultados.

Siendo consciente de todo esto, desde hace tiempo la Asociación Española de Cirujanos, que acaba de crear un grupo de trabajo de rehabilitación multimodal, colabora estrechamente con otras sociedades científicas (SEDAR, SENPE, SEECIR) para apoyar y ayudar a la implantación de protocolos y a la generalización de estos programas en nuestra especialidad, y haciéndolo de manera consensuada y homogénea. Con estas iniciativas, cada vez estaremos más cerca de conseguir que vayamos donde vayamos, estemos donde estemos, nos traten de igual manera, la mejor manera posible.

BIBLIOGRAFÍA

- Park AE, Lee TH. Evolution of Minimally Invasive Surgery and Its Impact on Surgical Residency Training. En: *Minimally Invasive Surgical Oncology*. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg; 2011: 11-22.
- Moreno-Sanz C, Tenías-Burillo JM, Morales-Conde S, Balague-Ponz C, Díaz-Luis H, Enríquez-Valens P, et al. 25 años de cirugía laparoscópica en España. *Cir Esp*. 2014;92:232-9.
- Polychronidis A, Laftsidis P, Bounovas A, Simopoulos C. Twenty years of laparoscopic cholecistectomy: Phillipe Mouret-March 17, 1987. *JLS*. 2008;12:109-11.
- Kehlet H. The stress response to surgery: Release mechanisms and the modifying effect of pain relief. *Acta Chir Scand Suppl*. 1989;550:22-8.
- Kehlet H. The surgical stress response: Should it be prevented? *Can J Surg*. 1991;34:565-7.
- Kehlet H, Dahl JB. Anaesthesia, surgery, and challenges in postoperative recovery. *Lancet*. 2003;362:1921-8.
- Moore FD. Getting well: The biology of surgical convalescence. *Ann N Y Acad Sci*. 1958;73:387-400.
- Delivering Enhanced Recovery. Helping patients to get better sooner after surgery. Enhanced Recovery Partnership programme. NHS. [Consultado 15 Oct 2012]. Disponible en: <http://www.nesra.co.uk/files/training/education/Delivering%20enhanced%20recovery.pdf>
- Kehlet H, Wilmore DW. Fast-track surgery. *Br J Surg*. 2005;92:3-4.
- Wind J, Polle SW, Fung Kon Jin PHP, Dejong CHC, Meyenfeldt von MF, Ubbink DT, et al. Systematic review of enhanced recovery programmes in colonic surgery. *Br J Surg*. 2006;93:800-9.
- Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, van Laarhoven CJ. Fast Track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;16:CD007635.
- Ramírez JM, Blasco JA, Roig JV, Maeso-Martínez S, Casal JE, Esteban F, et al., Spanish working group on fast track surgery. Enhanced recovery in colorectal surgery: A multicentre study. *BMC Surgery*. 2011;11:9.
- Braga M, Pecorelli N, Ariotti R, Capretti G, Greco M, Balzano G, et al. Enhanced recovery after surgery pathway in patients undergoing pancreaticoduodenectomy. *World J Surg*. 2014;38:2960-6.
- Lemanu DP, Singh PP, Berridge K, Burr M, Birch C, Babor R, et al. Randomized clinical trial of enhanced recovery versus standard care after laparoscopic sleeve gastrectomy. *Br J Surg*. 2013;100:482-9.
- Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS[®]) society recommendations. *Clin Nutr*. 2013;32:879-87.
- Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Ministerio de Sanidad. Guía Salud (OPBE). [Consultado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf>

José Manuel Ramírez-Rodríguez^{a,d,*}, Carlos Moreno-Sanz^{b,e} y José María Calvo-Vecino^{c,f}

^aServicio de Cirugía, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España

^bServicio de Cirugía, Hospital La Mancha-Centro, Alcázar de San Juan, Ciudad Real, España

^cServicio de Anestesia, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^dGrupo de Rehabilitación Multimodal de la AEC

^eSección de Cirugía Mínima Invasiva e innovación tecnológica de la AEC

^fSociedad Española de Anestesia y Reanimación (SEDAR)

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jramirez@unizar.es
(J.M. Ramírez-Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.07.007>
0009-739X/

© 2015 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.