



## 6. CRITERIOS DE CALIDAD MÍNIMOS DE IMPLANTACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE RECUPERACIÓN INTENSIFICADA EN CIRUGÍA DE COLON Y RECTO

### AUTOR:

**José Manuel Ramírez Rodríguez**

Profesor Titular Departamento de Cirugía. Instituto Investigación Sanitaria de Aragón. Hospital Clínico Universitario. Facultad de Medicina de Zaragoza

### INTRODUCCIÓN

Los cuidados perioperatorios han mejorado en los últimos 50 años de forma excepcional y se han considerado como uno de los grandes hitos de la Cirugía tras el devenir de la asepsia y antisepsia, la anestesia y la cirugía endoscópica. De hecho actualmente se considera que uno de los principales avances en cirugía programada de colon y recto es la introducción de los programas de rehabilitación precoz o recuperación intensificada (PRI) conocidos también como fast track.

Para el éxito de estos programas se requiere una organización adecuada y una colaboración multidisciplinar que involucre a anestesiólogos, cirujanos, enfermeros, nutricionistas, fisioterapeutas y, fundamentalmente, al paciente, que debe conocer la importancia de su participación activa en el programa, lo que reduce los niveles de ansiedad o necesidad de analgésicos y mejora su colaboración.

El objetivo de estos programas es lograr la:

1. **Cirugía electiva en las mejores condiciones posibles.** Identificando las comorbilidades. Mejorar la anemia, la HTA y la diabetes. Conocer y mejorar si fuera necesario el estado nutricional. Es el momento apropiado para la Información al paciente por parte del Cirujano y del especialista estomaterapeuta (en caso de necesidad de ostomía –temporal o definitiva-).



2. **Optimización del manejo peri-e intraoperatorio.** Minimizando el dolor, el ileo y la inmovilización. Usando los apropiados analgésicos, fluidos y anestésicos y las técnicas de cirugía mínimamente invasiva siempre que sea posible.
3. **Optimización de la rehabilitación postoperatoria.** Movilización y alimentación precoz. Retirada de sondas y drenajes (si se han dejado) en el postoperatorio inmediato.

### **CRITERIOS DE CALIDAD**

Los programas de recuperación intensificada están considerados como el estándar en la cirugía actual y cumple con los criterios exigidos en los programas de Seguridad del paciente quirúrgico y de calidad asistencial ya que contempla en sus pasos la mayoría de las estrategias puestas en marcha como el listado de verificación o infección quirúrgica cero.

En este sentido, los Servicios de Cirugía deben ponerse el reto de implementar estos programas de recuperación intensificada (que en nuestro país tienen como referente la Vía RICA publicada por el ministerio a través de Guía Salud) si pretenden alcanzar los más altos niveles de calidad asistencial. Conviene recordar que todos los puntos asistenciales que abordan los programas de Recuperación intensificada están basados en la evidencia y que la vía RICA se encarga de dar a cada uno de ellos un grado de recomendación siguiendo el sistema GRADE.

Las unidades de coloproctología desarrollan un significativo número de procedimientos quirúrgicos, asociados en muchas ocasiones a un riesgo importante de complicaciones, y que en total alcanzan la mayor parte de la carga asistencial y por tanto del gasto sanitario en los Servicios de cirugía.

Siempre es difícil definir los criterios, o condiciones que se deben cumplir para considerar una adecuada actividad como de calidad, y no es diferente con los PRI en las Unidades de Coloproctología. Sin embargo, está el trabajo desarrollado por el grupo GERM a través de la guía de práctica clínica sobre cuidados perioperatorios en cirugía mayor abdominal, la mencionada vía RICA y el proyecto IMPRICA (implementación de la vía RICA) que son los que utilizaremos como base para los criterios seleccionados (puntos clave).



### **PUNTOS CLAVE**

1. Los pacientes deben recibir información oral y escrita completa de todos los pasos del proceso, desde su ingreso hasta el alta, incluyendo información sobre estoma por personal experto si es el caso (Recomendación fuerte +).
2. Se recomienda realizar un cribado nutricional a todos los pacientes que vayan a ser sometidos a cirugía mayor (Recomendación fuerte +).
3. Se recomienda la realización de una determinación de Hb en pacientes a los que se va a realizar cirugía electiva, al menos, 28 días antes de la cirugía, lo que permite un tiempo suficiente para un adecuado tratamiento (Recomendación fuerte +).
4. El ayuno se limitará a 6 horas para sólidos y a 2 horas para líquidos, incluidos pacientes obesos y diabéticos (Recomendación fuerte +).
5. Se recomienda la administración de bebida carbohidratada (200- 300cc) con 12,5 % de maltodrextinas, 2 horas antes de la intervención, de forma regular, puesto que esto reduce la ansiedad y la resistencia a la insulina (Recomendación fuerte +).
6. Se sugiere la realización de ejercicios de prehabilitación preoperatorios con el fin de mejorar la capacidad funcional (Recomendación débil +).
7. No existe una evidencia clara sobre la preparación mecánica del colon, si bien la tendencia actual es a la preparación mecánica y administración de antibioticoterapia oral (Recomendación débil +).
8. Se debe estratificar el riesgo de náuseas en todos los pacientes mediante la escala de Apfel y realizar profilaxis en función de ésta (Recomendación fuerte +).
9. Se recomienda el empleo de técnica laparoscópica si se dispone de la experiencia (Recomendación fuerte +).



10. Si se realiza cirugía abierta, se deben emplear incisiones transversas (Recomendación fuerte +).
11. No se recomienda el uso de sonda nasogástrica de manera rutinaria (Recomendación fuerte -).
12. No está recomendada la cateterización epidural como método analgésico de rutina en cirugía mayor abdominal laparoscópica (Recomendación fuerte -).
13. Se recomienda la utilización de monitorización de VS (Volumen Sistólico) ó VVS (Variación de Volumen Sistólico) para guiar la administración intraoperatoria de fluidos (Recomendación fuerte +).
14. Se debe individualizar la estrategia analgésica intentando evitar la utilización de opiáceos y favoreciendo la utilización de bloqueo de plano de transverso, analgesia espinal o infiltración de puertos con anestésicos locales cuando la analgesia epidural no esté indicada (Recomendación fuerte +).
15. No se recomienda la utilización de drenajes, excepto en cirugía pélvica (Recomendación fuerte -).
16. Se recomienda alimentación precoz en las primeras horas postoperatorias (Recomendación fuerte +).
17. Cuando se coloque sondaje vesical, se retirará a las 24 horas de la cirugía o, como mucho, a las 48 horas de la cirugía (Recomendación débil +).
18. Se recomienda la movilización en las primeras 24 horas postquirúrgicas (Recomendación fuerte +).
19. Los pacientes y sus cuidadores deben recibir al alta información personalizada, comprensible y completa. Planificar el alta e informar adecuadamente sobre cuidados tras el alta influye en la estancia media y en reingresos (Recomendación fuerte +).



## **BIBLIOGRAFIA**

-Grupo de trabajo de la Vía RICA (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad). Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Edita: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2015. NIPO: 680-15-085-5

-Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Guía de Práctica Clínica sobre Cuidados Perioperatorios en Cirugía Mayor Abdominal. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud (IACS); 2016 Guías de Práctica Clínica en el SNS. NIPO: 680-17-008-6