



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):01-04
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934000

EDITORIAL

PREHABILITACIÓN

Javier Longás Valien. *Jefe del Servicio de Anestesia. Profesor Asociado del Departamento de Cirugía. Hospital clínico Universitario “Lozano Blesa” de Zaragoza.*

En el año 2013 un grupo canadiense publicó un ensayo clínico en el que sometían, a los pacientes que esperaban una cirugía, a una terapia cuyo objetivo era mejorar la capacidad funcional con la que alcanzaban el día de la intervención quirúrgica, había nacido el término de “prehabilitación”, tal y como lo conocemos hoy en día. No era un término nuevo, ya que la primera referencia a él, la encontramos en la década de los cincuenta del siglo pasado, en una editorial publicada en la prestigiosa revista anglosajona del British Medical Journal. En aquella ocasión el contexto era diferente, en la editorial se exponía que el ejército británico estaba preocupado por que los aspirantes a reclutas no conseguían superar las exigentes pruebas de acceso y se hablaba de “prehabilitar” a los aspirantes. Años antes de aquel artículo de 2013, el Dr. Francesco Carli, profesor del Departamento de Anestesia de la Facultad de Medicina de la Universidad McGill de Montreal y coordinador del citado grupo de investigación, había trabajado con pacientes ancianos frágiles que esperaban a ser intervenidos, en estos trabajos había observado que en aquellos pacientes que llevaban una vida menos sedentaria su evolución postoperatoria era más favorable. Con el surgimiento en 2007 de los programas de recuperación intensificada, los resultados postoperatorios comenzaron a mostrar unos resultados alentadores. Carli trabajó intensamente en la implementación de estos programas, ya entonces se había planteado buscar soluciones para mejorar los resultados postoperatorios, ya que la literatura demostraba que seguía habiendo complicaciones importantes en cirugía mayor. En 2009 en un



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):01-04
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934000

trabajo publicado por Cohen ME y col. en la revista del colegio americano de cirujanos, se hacía referencia a aquellos factores de alto riesgo quirúrgico en el paciente intervenido de cirugía de colon, y habían encontrado variables no modificables, como podían ser: la indicación quirúrgica, edad del paciente o la presencia de un proceso oncológico diseminado. Sin embargo, encontraron otras potencialmente modificables como eran el índice de masa corporal, presencia de hipoalbuminemia o el estado funcional del paciente previo a la cirugía. Es con esta última con la que Cali comienza a trabajar; así en 2010 presenta los primeros resultados de una novedosa terapia basada en la aplicación de terapia física consistente en ejercicios aeróbicos y anaeróbicos de alta intensidad aplicados a pacientes que iban a ser intervenidos por un proceso oncológico de cáncer colorrectal. Sorprendentemente, los resultados que obtuvieron fueron desalentadores, no solo no lograban que los pacientes alcanzarán la intervención en mejores condiciones funcionales respecto al grupo control, si no que un tercio de ellos se deterioraba y la incidencia de complicaciones graves postoperatorias aumentó preocupantemente. El grupo de Carli hizo una revisión de sus resultados y comprobó que el cumplimiento de aquella exigente terapia física era pobre. Además, no se actuaba sobre el componente cognitivo de ansiedad-depresión asociado a un diagnóstico oncológico, incrementado por un lado con la idea de una cirugía, y por otro, por el deterioro funcional derivado de la terapia física. Por último, el ejercicio al que se les sometía suponía un importante consumo metabólico que reducía rápidamente sus reservas, las cuáles no eran repuestas adecuadamente. Todo ello estaba incrementado por el estado de riesgo de desnutrición que asocian los pacientes con cáncer de colon. Así en 2013 planteó la “terapia trimodal” basada en terapia física, suplementos nutricionales y una terapia cognitiva clásica. De este modo obtuvo los resultados que esperaba obtener en el primer trabajo, es decir los pacientes del grupo prehabilitado alcanzaron la cirugía con un aumento de la capacidad funcional, un



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):01-04
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934000

menor número de complicaciones y una recuperación precoz respecto al grupo control.

Hoy en día hay un consenso mayoritario en la literatura respecto a la idea de que la prehabilitación debe ser aplicada de manera rutinaria a los pacientes que esperan una cirugía mayor. El consenso es menos claro a la hora de preguntarnos: quién realiza la terapia prehabilitadora o el modelo de terapia física adecuado. Parece que es necesaria la combinación de ejercicio tanto aeróbico como anaeróbico, y que estos deben ser sencillos y fácilmente comprensibles por el paciente. Esto nos lleva a plantearnos si la terapia física debe ser guiada y llevarse a cabo en el hospital o por el contrario debe ser una terapia que el paciente realice en su domicilio. Obviamente, el coste económico en el primer caso será superior y probablemente se deba optar por un modelo mixto. Es decir, los pacientes con una capacidad orgánica aceptable y poca morbilidad asociada pueden realizar la terapia en su domicilio, reservando la terapia hospitalaria en aquellos pacientes con deterioro orgánico importante. Otro de los aspectos fundamentales a la hora de prescribir una terapia prehabilitadora es escoger una prueba diagnóstica que permita valorar de una manera fiable la capacidad funcional del paciente. En este sentido, la prueba en estos momentos considerada idónea es la prueba de los seis minutos. Ésta es una prueba de esfuerzo submáximo, económica, reproducible y validada en el paciente quirúrgico. De este modo, aquel paciente que camina por debajo de 390 metros tiene un riesgo aumentado de complicaciones posoperatorias, independientemente de su riesgo cardiovascular. Así mismo, incrementos de 20 metros entre pruebas, son estadísticamente significativos y nos indican que la terapia prehabilitadora ha sido efectiva.

La bibliografía ha crecido exponencialmente en los últimos años y la prehabilitación ha sido planteada no solo en cirugía colorrectal, sino también en muchos tipos de cirugía abdominal oncológica y no oncológica, lo que nos habla



Archivos de Coloproctología, 2019; 3(3):01-04
DOI: https://doi.org/10.26754/ojs_arcol/arch_colo.201934000

de la universalidad de la terapia. Todos los pacientes se benefician de ella, sin embargo, son los pacientes más frágiles los que obtienen un mayor beneficio.

Todavía quedan muchos aspectos por resolver para que sea un tratamiento extendido en nuestro sistema de salud, ya que debemos buscar, entre otros, un modelo económicamente sostenible. En los próximos años empezaremos a conocer las consecuencias reales de una terapia, que en el momento actual está comenzando a caminar. Las implicaciones fisiológicas en los procesos de restauración de homeostasis del medio interno y en la respuesta a estrés quirúrgico están por determinar. Un camino que promete ser apasionante.

BIBLIOGRAFIA

1. Carli F, Charlebois P, Stein B, Feldman L, Zavorsky G, Kim D. J, Scott Sand Mayo N. E. Randomized clinical trial of prehabilitation in colorectal surgery. *British Journal of Surgery* 2010; 97: 1187–1197.
2. Carli F. Physiologic considerations of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) programs: implications of the stress response. *Can J Anesth.* 2015;62: 110-119.
3. Grupo Elaborador (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