



Rehabilitación multimodal en cirugía de urgencias... “SER O NO SER”

Bakarne Ugarte Sierra

Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo. (Hospital Universitario de Galdakao. Bizkaia)

Instituto de Investigaciones Sanitarias BioCruces-Bizkaia

Spanish Perioperative Audit and Research Network (REDGERM)

Grupo de Expertos de la Cátedra de Medicina Perioperatoria de la Universidad de Zaragoza

Como es por todos conocido, los programas de recuperación intensificada ERAS fueron descritos inicialmente en cirugía colorrectal electiva por Kehlet et al.¹, objetivándose claros beneficios en lo referente a morbimortalidad perioperatoria, reducción de la estancia hospitalaria, costes sanitarios y con un claro impacto positivo en la satisfacción de los pacientes.² Este tipo de programas constituyen un enfoque multidisciplinar de todas las fases del perioperatorio para el cuidado del paciente.

Con el paso de los años, estas protocolizaciones tipo ERAS se han ido adoptando en diferentes especialidades quirúrgicas para cirugía electiva³ y, aunque algunos grupos han sugerido una inclusión global de pacientes y patologías en estos programas, a menudo, éstos definen excepciones, siendo el factor excluyente por antonomasia la presentación clínica urgente⁴, lo que ha generado un considerable retraso en la implementación de programas ERAS en este tipo de cirugías.

Y es más, cuando queremos plantearnos aplicar ERAS en cirugía de urgencias nos surgen múltiples dudas... ¿podemos implementar protocolos ERAS en cirugía urgente? ¿es seguro para nuestros pacientes? ¿con qué evidencia contamos?

En cuanto a estas dos últimas cuestiones, es decir, si existe o no suficiente evidencia para la implementación de protocolos ERAS en urgencias y si su aplicabilidad es segura, indiscutiblemente si lo comparamos con la cantidad de literatura ERAS en cirugía electiva, en la actualidad existen pocos estudios que hayan investigado la efectividad de estos programas en pacientes subsidiarios de cirugía de urgencias⁴, aunque ya en 2009,



dentro de las guías inglesas para la implementación de protocolos de recuperación intensificada⁵ se recomendaba que "se debe hacer todo lo posible para implementar el mayor número de aspectos ERAS" en el entorno de la urgencia.

A lo largo de estos últimos años, han surgido algunos trabajos que evalúan la aplicabilidad de este tipo de protocolos en el entorno de la urgencia y su seguridad.

Como referente, cabría destacar este metaanálisis de Hajibandeh et al.⁶, el primero realizado sobre estudios centrados en ERAS y cirugía urgente, en el que se concluye que en estas situaciones, la aplicación de este tipo de protocolos se asocia a una reducción de las complicaciones postoperatorias, a una recuperación acelerada de la función intestinal y a una estancia hospitalaria postoperatoria más corta sin necesidad de aumentar la tasa de reingreso o de reintervención, por lo que se ratifica que debemos hacer un esfuerzo para incorporar este tipo de protocolos ERAS en el entorno de la cirugía abdominal de urgencia.

Por otro lado, en un afán de disminuir la altísima morbimortalidad asociada a la laparotomía de urgencias, algunos grupos decidieron auditar hace ya unos años este tipo de procesos y optaron por protocolizaciones tipo ERAS de ciertos aspectos de la atención a pacientes subsidiarios de este tipo de cirugía.^{7,8}

Estas medidas se centraban en una adecuada protocolización diagnóstico-terapéutica como una correcta detección y actuación tempranas, utilización de scores, instauración de una antibioticoterapia precoz, intervención en menos de 6 horas, fluidoterapia guiada por objetivos y cuidado intensivo postoperatorio, lo que tuvo de manera global un impacto directo sobre la disminución de la mortalidad.⁹

Estos trabajos y otros muchos centrados en diversas patologías urgentes reportados a lo largo de estos últimos años, nos indican una clara tendencia hacia la aplicación de protocolizaciones tipo ERAS por parte de distintos grupos de trabajo con un claro impacto en los resultados.¹⁰⁻¹⁴

Tras este breve análisis sobre evidencia y seguridad, llegamos a la siguiente cuestión... ahora que parece que mis pacientes podrían beneficiarse de este tipo de protocolizaciones, ¿cómo lo hago? ¿es factible? ¿podemos hacerlo?



Porque está claro que un paciente de cirugía electiva y uno de cirugía urgente no tienen nada que ver en cuanto a opciones terapéuticas, posibilidades de optimización, y tiempo del que disponemos.

Por lo tanto, aunque probablemente haya ciertos aspectos extrapolables desde la cirugía electiva, la protocolización de medidas de actuación en rehabilitación multimodal (preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio) para cirugía urgente tiene una serie de particularidades propias; consecuencia evidente, en primer lugar, del estado fisiológico en que encontramos a nuestros pacientes y, en segundo lugar, de nuestro factor limitante principal, el implacable factor tiempo.

Lógicamente, deberemos plantearnos, entonces, desarrollar programas ERAS “modificados” con una fase preoperatoria con escaso margen de tiempo para la optimización prequirúrgica y con unos objetivos y características propias¹⁵.

Es decir, deberemos redefinir lo que significa optimización prequirúrgica para un paciente aquejado de patología urgente, y ajustar nuestras expectativas y la finalidad de nuestras actuaciones a objetivos reales y adaptados al paciente que estamos tratando.

Debemos adaptarnos a una realidad diferente.

Precisamente en relación con esta particularidad asociada a las dificultades de optimización del paciente sometido a laparotomía de urgencia, un grupo de expertos (Peden et al)¹⁶ ha desarrollado una guía de actuación basada en la mejor evidencia disponible en la actualidad para mejorar los resultados de estos pacientes de alto riesgo. Recomiendan como objetivos fundamentales para una optimización prequirúrgica urgente con un nivel de evidencia alto y un grado de recomendación fuerte, la rápida identificación, corrección y reevaluación del desequilibrio fisiológico y el uso de scores validados para medición del riesgo, sepsis, fragilidad y posibilidad de desarrollar delirio postoperatorio, administración temprana de antibioticoterapia, y la tromboprolifaxis, entre otros.



Además, de la misma manera que ocurre con la fase preoperatoria, deberemos ajustar las fases intra y postoperatorias a las necesidades de nuestro paciente según las diferentes patologías y su estado de evolución.¹⁵

En definitiva, y tal y como ya hemos comentado, si bien es cierto que estamos lejos de disponer de una evidencia científica que avale los programas ERAS en urgencias al mismo nivel que se avala para la cirugía colorrectal electiva, para ser justos, sí que se observa una clara tendencia hacia la aplicación de este tipo de protocolizaciones por parte de diversos grupos. Realidad que, si no nos empuja directamente a la acción, nos debería al menos empujar hacia la reflexión, planteándonos si no ha llegado el momento de brindar a nuestros pacientes urgentes una atención centrada en la evidencia científica, en primar la seguridad clínica y en la búsqueda de la excelencia en el cuidado perioperatorio, tal y como ya es indiscutible en otras áreas de cirugía electiva.

REFERENCIAS:

1. Kehlet H, Wilmore DW. Multimodal strategies to improve surgical outcome. *Am J Surg.* 2002;183:630-641.
2. Thiele RH, Rea KM, Turrentine FE, et al. Standardization of care: impact of an enhanced recovery protocol on length of stay, complications, and direct costs after surgery. *J Am Coll.* 2015;220:430-443.
3. Visioni A, Shah R, Gabriel E, et al. Enhanced Recovery After Surgery for Noncolorectal Surgery? A Systematic Review and Meta-analysis of Major Abdominal Surgery. *Ann Surg.* 2018;267:57-65.
4. Wisely JC, Barclay KL. Effects of an Enhanced Recovery After Surgery programme on emergency surgical patients. *ANZ J Surg.* 2016;86:883-888.
5. Khan S, Gatt M, Horgan A, et al. Guidelines for implementation of enhanced recovery protocols. 2009. [Cited 30 Jan 2021]. Disponible en: http://www.asgbi.org.uk/en/publications/issues_in_professional_practice.cfm



6. Hajibandeh S, Bill V, Satyadas T. Meta-analysis of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Protocols in Emergency Abdominal Surgery. *World J Surg.* 2020;44:1336-1348.
7. Al-Temimi MH, Griffiee M, Enniss TM, et al. When is death inevitable after emergency laparotomy? Analysis of the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program Database. *J Am Col Surg.* 2012;215(4):503-511.
8. Saunders DI, Murray D, Pichel AC et al. Variations in mortality after emergency laparotomy: the first report of the UK Emergency Laparotomy Network. NELA Project Team. *Br J Anaesth.* 2012;109:368-375.
9. Huddart S, Peden CJ, Swart M, et al. Use of the pathway quality improvement care bundle to reduce mortality after emergency laparotomy. *BJS.* 2015;102:57-66 .
10. Trejo ME, Romeo S, Cárdenas E, et al. Enhanced recovery after surgery protocol allows ambulatory laparoscopic appendectomy in uncomplicated acute appendicitis: a prospective, randomized trial. *Surg Endosc* 2019;33:429-436.
11. Nechay T, Titkova S, Tyagunov A, et al. Modified enhanced recovery after surgery protocol in patients with acute cholecystitis: efficacy, safety and feasibility. Multicenter randomized control study. *Updates Surg* 2021;March13. [Cited 22 Feb 2021]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13304-021-01031-5>
12. Mohsina S, Shanmugam D, Sureshkumar S, et al. Adapted ERAS pathway vs standard care in patients with perforated duodenal ulcer-a randomized controlled trial. *J. gastrointest Surg.* 2018;22(1):107-116.
13. Saurabh K, Sureshkumar S, Mohsina S, et al. Adapted ERAS Pathway Versus Standard Care in patients undergoing Emergency small bowel surgery: a randomized controlled trial. *J Gastrointestinal Sure.* 2020;24(9):2077-2087.
14. Lohsiriwat V, Jitmongdgan R, Chadbunchachai W, et al. Enhanced recovery after surgery in emergency resection for obstructive colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. *Int J Col Dis.* 2020;35:1453-1461.



-
- 15 Ugarte-Sierra B, Landaluce-Olavarria A, Cabrera-Serna I, et al. Recuperación intensificada en cirugía de urgencias: ¿utopía o realidad?. Cir Esp. 2021;99:258-266
- 16 Peden CJ, Aggarwal G, Aitken RJ, et al. Guidelines for Perioperative Care for Emergency Laparotomy Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: Part 1-Preoperative: Diagnosis, Rapid Assessment and Optimization, World J Surg. 2021;45:1272-1290