CONSORCI
HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARI
VALÈNCIA

U. C. P.

PREPARACIÓN INTESTINAL SELECTIVA EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL.

INFLUENCIA SOBRE EL CONFORT PREOPERATORIO Y RESULTADOS TRAS CIRUGÍA COLORRECTAL.

Enrique Canelles Corell.
CHGUV.

Valencia, 27 de enero de 2011

Introducción

La prepración mecánica anterógrada (PMA) del colon sigue siendo muy habitual

2003.: **99%** cirujanos americanos[1]

2007: **98%** cirujanos españoles[2]

Pero… ¿por qué? ⟶ **Creencia histórica**

1. Zmora O *et al.* Am Surg 2003.
2. Roig JV *et al.* Colorectal Dis. 2009.

Sin embargo, ¡¡LA EVIDENCIA VA EN SU CONTRA!![3, 4, 5]

- Problemas en el preoperatorio
  - Molestias abdominales
  - Náuseas
  - Deposiciones cercanas a la IQ
  - Alteraciones analíticas (DESHIDRATACIÓN)

- No ventajas en el postoperatorio (complicaciones, tolerancia, deambulación…)

3. Duncan JE *et al*. Clin Colon Rectal Surg 2009.
4. Slim K *et al*. Br J Surg 2004.
5. Pineda CE *et al*. J Gastrointest Surg 2008.

Nosotros:

¿Cuándo empleamos PMA?

- Cirugía rectal con EMT y anastomosis baja
- Colonoscopia intraoperatoria
- "Laparoscopia"

¿…y en comparación con otras escuelas?[2, 7]

	COLON DERECHO	COLON IZQUIERDO	RECTO
AEC, 2009	59%	90%	98%
ACPGBI, 2010	9,5%	42,1%	72,2%

2. Roig JV *et al*. Colorectal Dis. 2009.
7. Drummond R *et al.* Colorectal Dis. 2010.

Rehabilitación multimodal (RHMM)

La RHMM (*fast-track*) pretende
- Disminuir morbimortalidad
- Recuperación precoz

- Un pilar fundamental es la eliminación de la PMA sistemática.

- Eficacia demostrada[6], y poco a poco, va ganando adeptos…

6. Wind J e*t al.* Br J Surg. 2006.

- Abogamos por:

PMA individualizada

Adaptada al tipo de cirugía

programa de **Rehabilitación Multimodal**

RECUPERACIÓN PRECOZ[8, 9, 10]

Ante
- evidencia científica
- años de experiencia sin PMA sistemática

Hipótesis: cirugía sin PMA ~~<~~ cirugía con PMA

8. Wind J *et al*. Br J Surg. 2006.
9. Bucher P *et al*. Ann Surg 2007.
10. Walter CJ *et al*. Colorectal Dis 2009.

Objetivos

- Resultados de un uso **SELECTIVO** de la PMA sobre
  - Confort perioperatorio
  - Resultados postquirúrgicos
- Resultados de la RHMM

Material y métodos

N=108 pacientes
- 63 ♂
- 45 ♀

Edad media: 67 años (34-86)

Criterios inclusión: cirugía colorrectal electiva.

Criterios de **exclusión**: cierre estomas, suboclusión intestinal, NP postoperatoria.

Material y métodos

	Rehabilitación multimodal (RHMM)	Cuidados convencionales (CC)
PMA*	Recto 1/3 medio e inf. con anastomosis	Colon izq. y recto
Enema de agua templada	Colon izq.	No

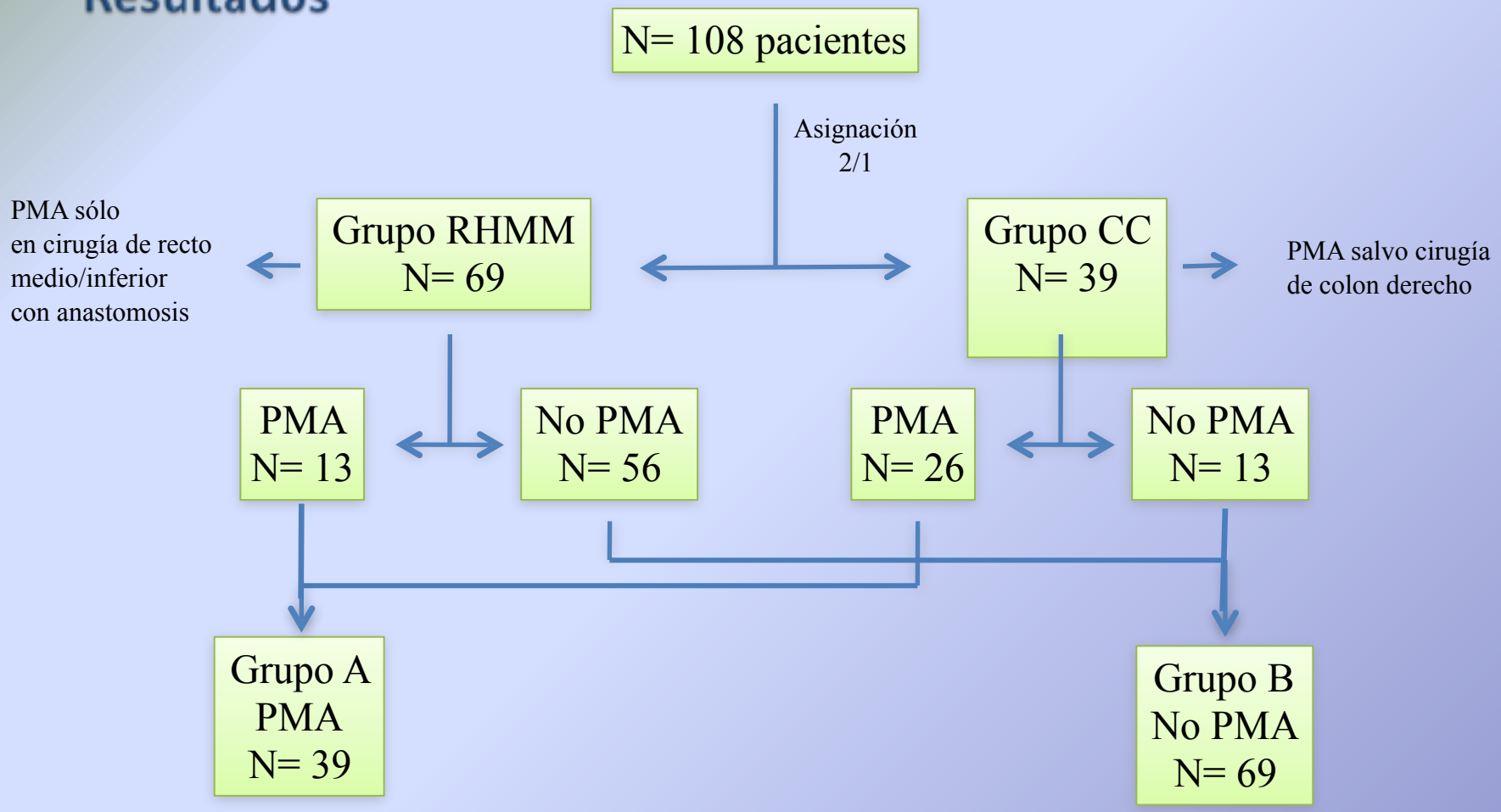
*PMA: Fosfosoda® en 2 tomas de 45ml + dieta líquida el día previo.

2 grupos, según uso de PMA (grupo A) o no (grupo B).

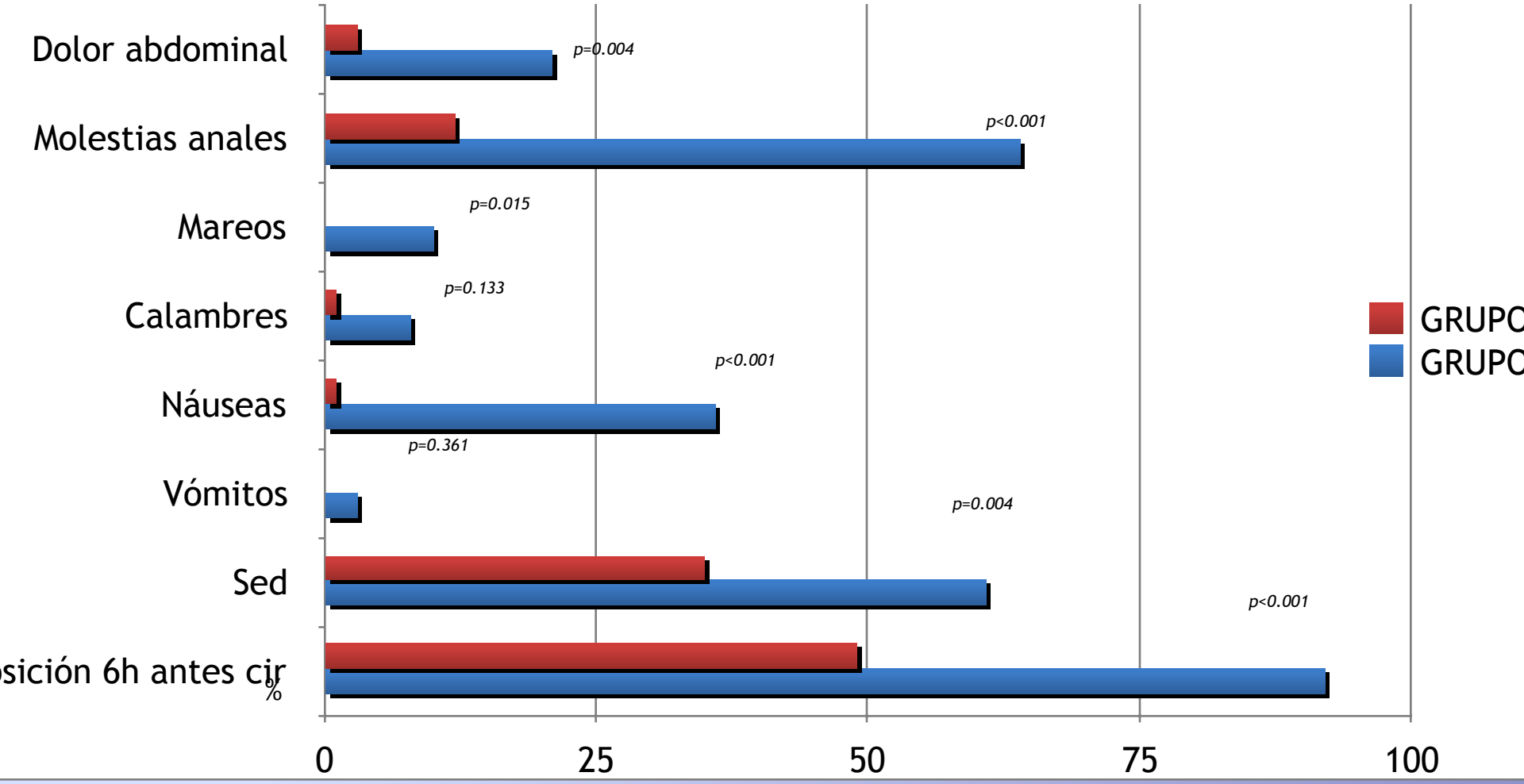
Análisis
- Grupos A / B
- RHMM / CC

Variables
ASA
POSSUM
Complicaciones postop.
Tiempo hasta tolerancia oral
Tiempo hasta evacuación
Tiempo para movilización
Fuerza
Estancia

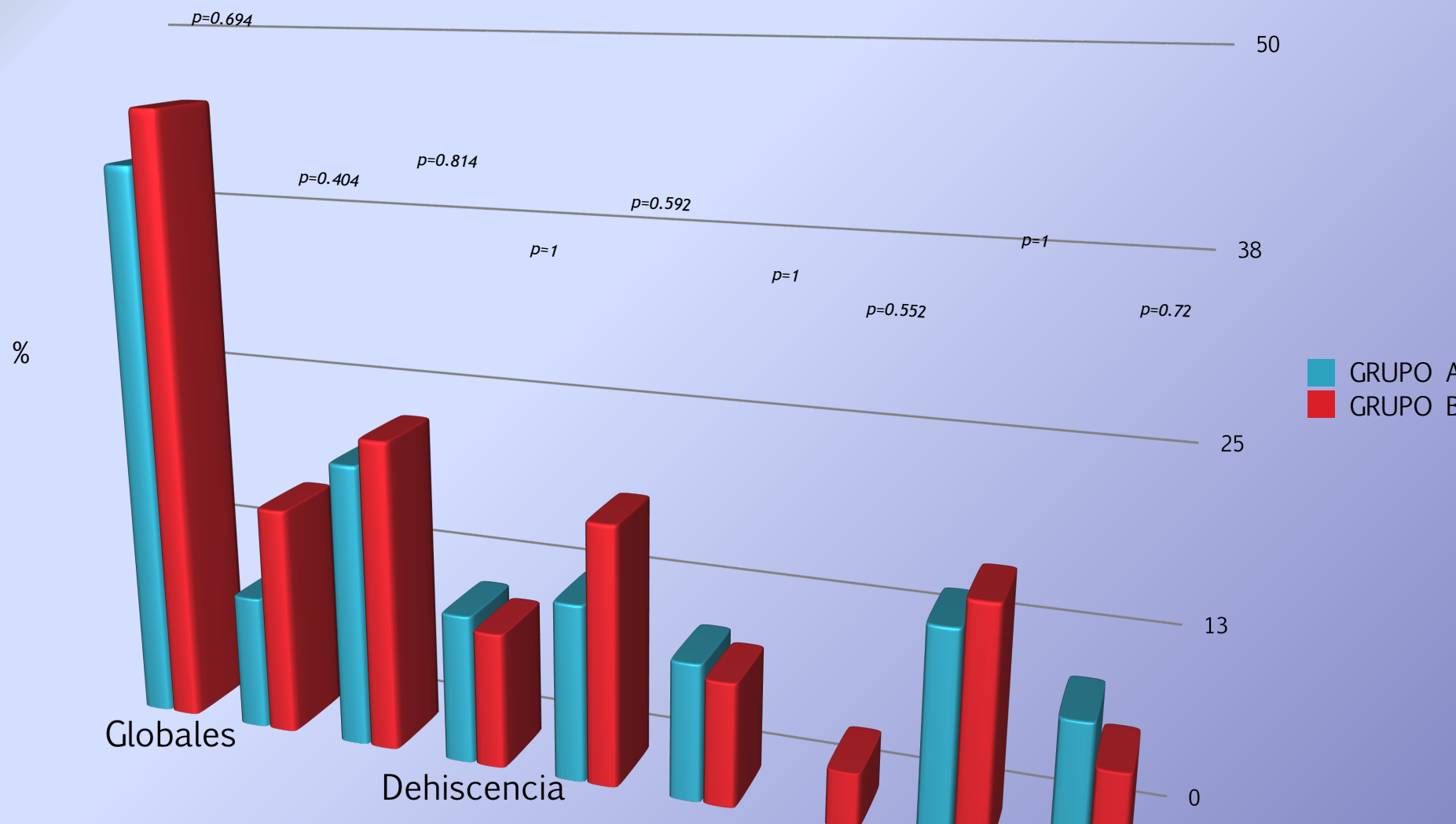
Resultados


N= 108 pacientes
Asignación
2/1
PMA sólo
en cirugía de recto
medio/inferior
con anastomosis
Grupo RHMM
N= 69
Grupo CC
N= 39
PMA salvo cirugía
de colon derecho
PMA
N= 13
No PMA
N= 56
PMA
N= 26
No PMA
N= 13
Grupo A
PMA
N= 39
Grupo B
No PMA
N= 69

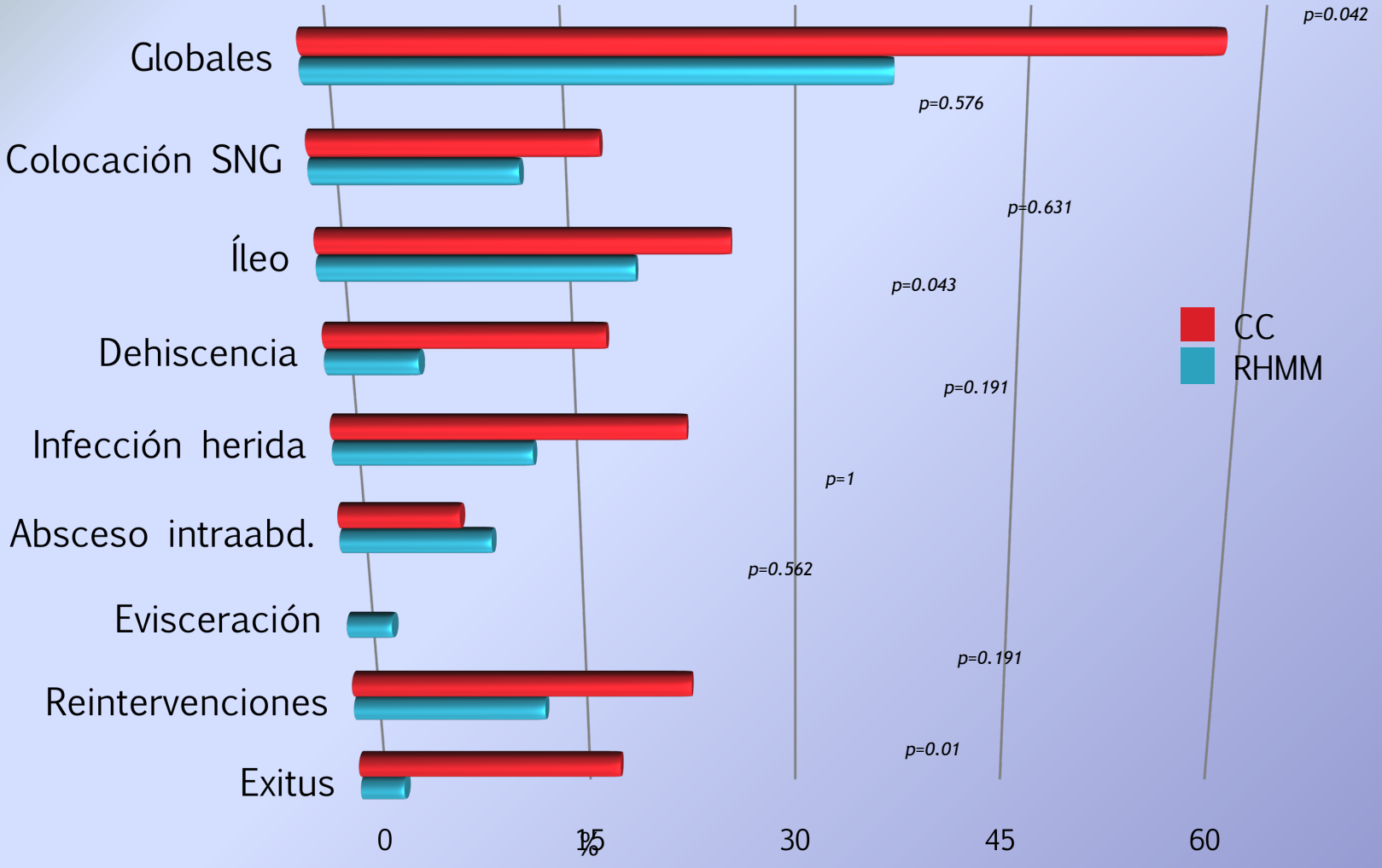
Encuesta preoperatoria



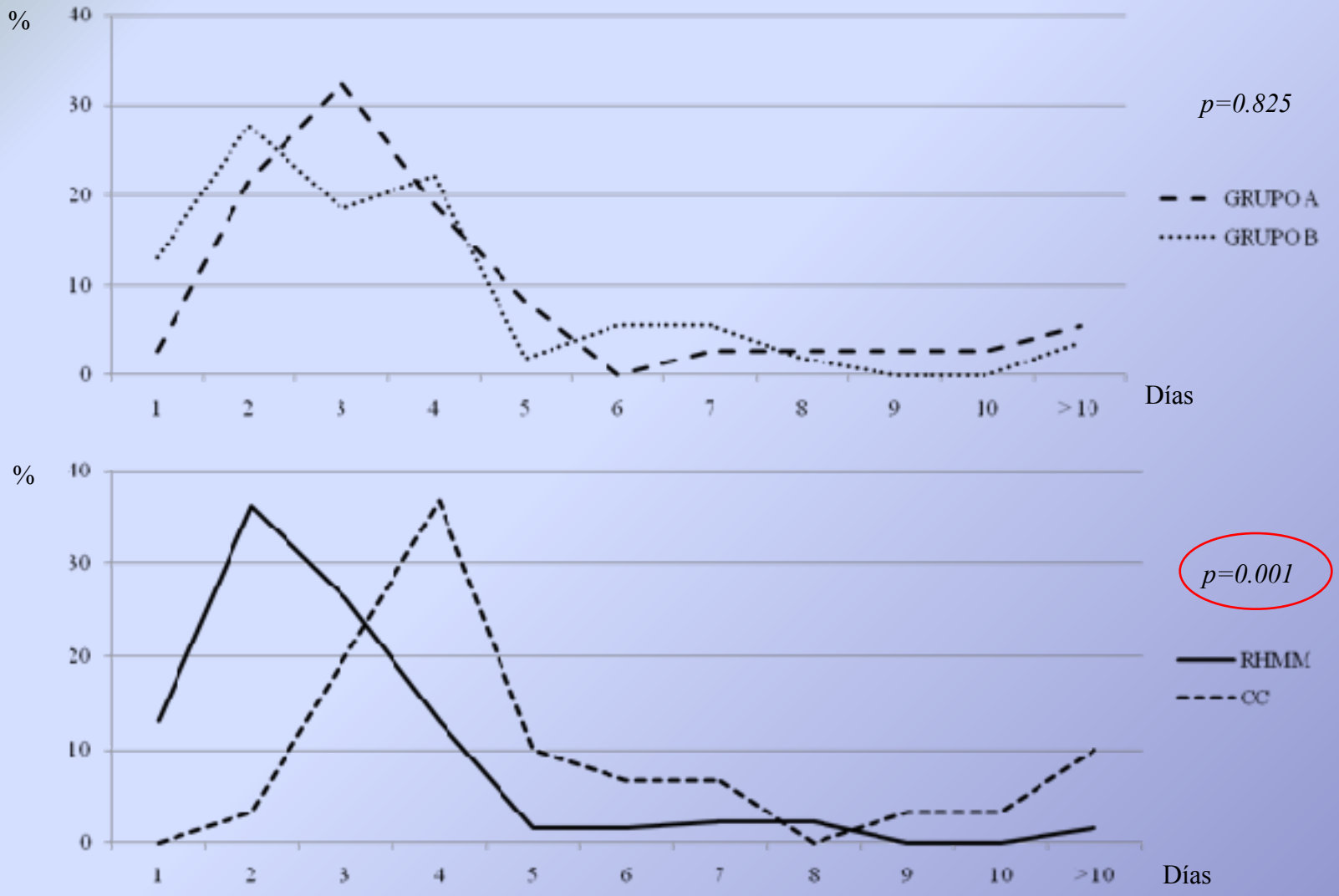
Complicaciones postoperatorias



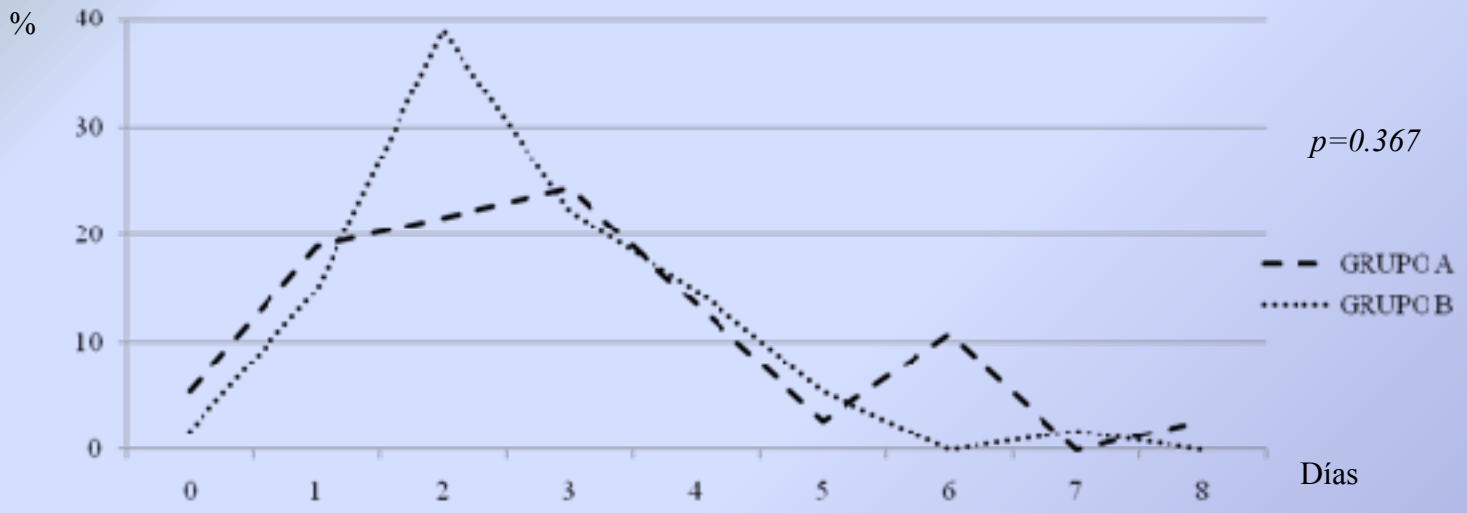
Complicaciones postoperatorias

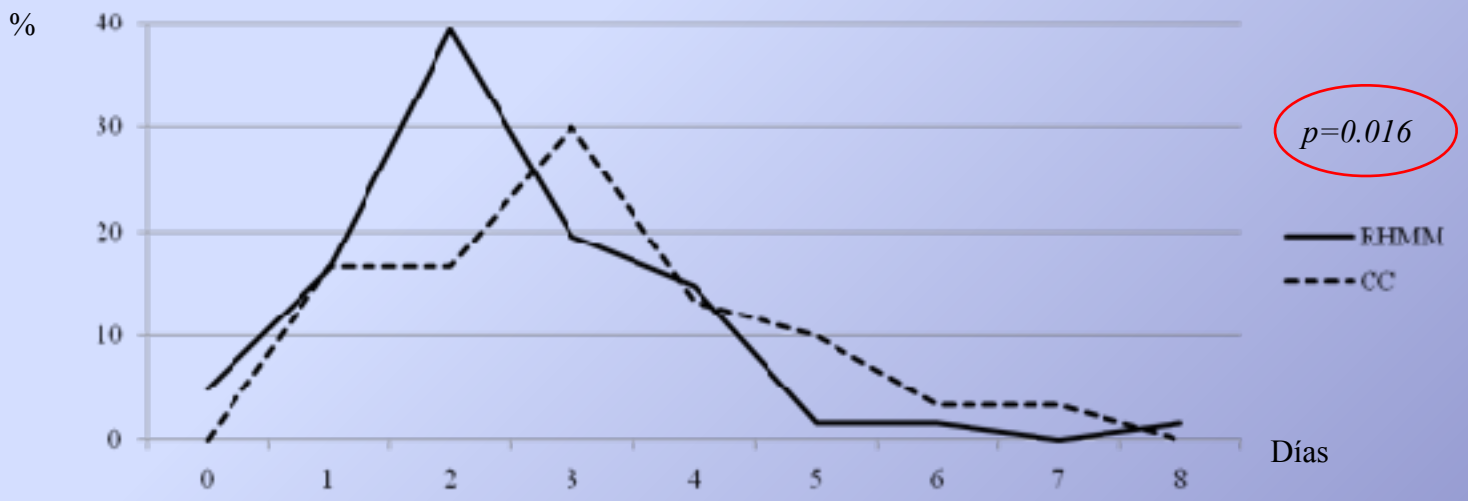


Tolerancia a dieta blanda

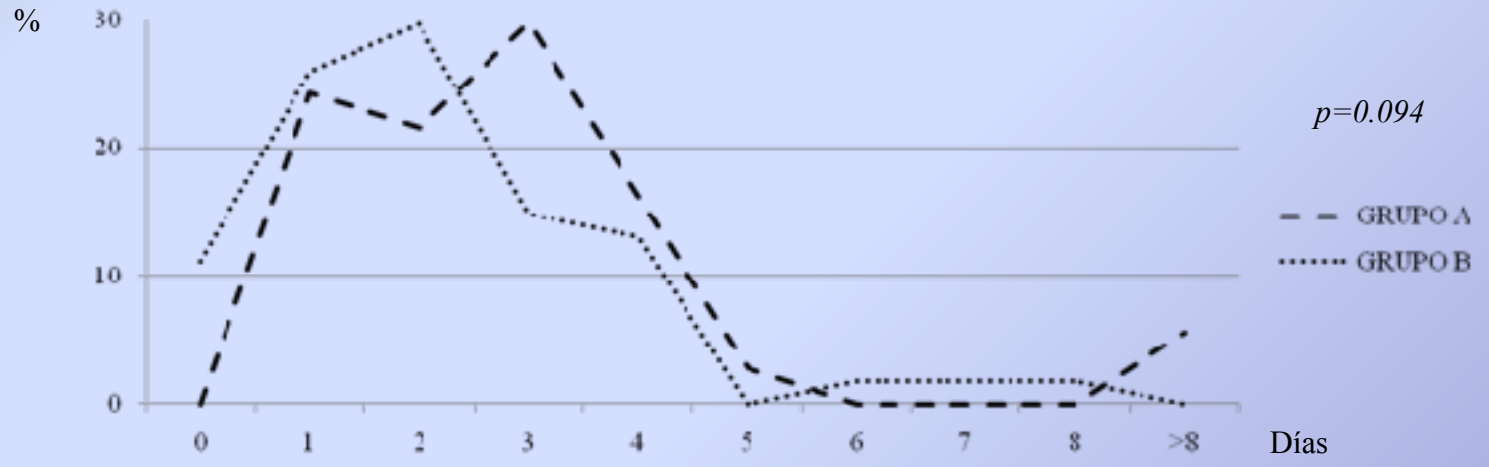


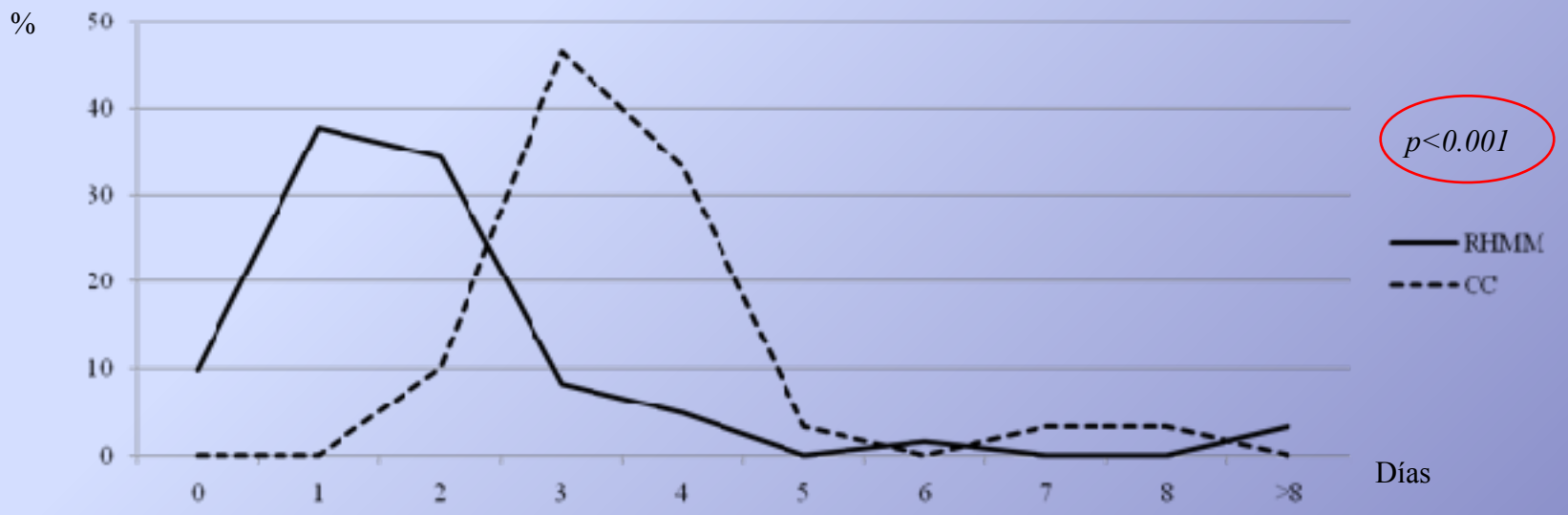
Primera deposición





Inicio deambulación





Conclusiones

- La PMA empeora de manera significativa el preoperatorio de los pacientes de cirugía colorrectal.

- La PMA de colon sistemática no mejora los resultados de la cirugía colorrectal.

-El empleo de PMA en casos seleccionados asociado a un plan de RHMM contribuye, en nuestra experiencia, a una recuperación más rápida y cómoda sin aumentar las complicaciones posquirúrgicas.

GRACIAS