

Caso Clínico

¿Es viable el alta hospitalaria a las 24 horas de un bypass gástrico siguiendo un protocolo de rehabilitación multimodal?**Is it possible to be discharged 24 hours after a gastric bypass following a fast-track protocol?**Jaime Ruiz-Tovar¹, Alejandro García¹, Irene Portero², Juan González¹, Carlos Ferrigni¹, Manuel Durán¹¹Servicio de Cirugía General. Unidad de Cirugía Bariátrica. Hospital Rey Juan Carlos. Móstoles, Madrid ✉ jruiztovar@gmail.com

Resumen: Los protocolos de Rehabilitación Multimodal (ERAS o Fast-track) son programas de cuidados perioperatorios basados en la evidencia científica, que conducen a una recuperación postoperatoria más precoz y una menor estancia hospitalaria, mejorando el bienestar del paciente. Varios autores han demostrado ya la seguridad y aplicabilidad de estos protocolos en cirugía bariátrica y algunos abogan abogan por la viabilidad del alta hospitalaria a las 24 horas de la intervención. **Caso clínico:** Varón de 43 años, sin comorbilidades y con IMC 40,1 Kg/m², es sometido a un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux. En el postoperatorio, el paciente comenzó tolerancia oral a líquidos y deambulación a las 6 horas. A las 24 horas de la intervención, una analítica de control mostraba leucocitos 9870/mm³, Fibrinógeno 476 mg/dl y Proteína C reactiva 2,72 mg/dl. Se propuso alta hospitalaria, que el paciente aceptó. No hubo reingresos posteriores.

Palabras clave: Rehabilitación Multimodal; Alta en 24 horas; Bypass gástrico

Abstract: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocols are evidence-based perioperative care programs, leading to improved postoperative recovery, shorter hospital stay and better patient's wellbeing. Diverse authors have demonstrated the safety and applicability of these protocols in bariatric surgery. Some surgeons even defend the viability of hospital discharge within the first 24 hours after surgery. **Case report:** A 43-years-old male, without comorbidities and a BMI of 40.1 Kg/m², underwent a Roux-en-Y gastric bypass. Postoperatively, he began oral intake of liquids and deambulation 6 hours after surgery. After 24 hours, laboratory data revealed 9870 WBC/mm³, Fibrinogen 476 mg/dl and C reactive protein 2,72 mg/dl. Hospital discharge was proposed and accepted by the patients. There was no readmission accepted by the patient.

Keywords: Enhanced recovery after surgery; 24 hours discharge; Gastric bypass

Introducción

En los últimos años, la mejoría progresiva en los cuidados perioperatorios de los pacientes sometidos a cirugía bariátrica, la estandarización del acto quirúrgico por vía laparoscópica y los avances en el instrumental han conducido a reducir de forma significativa la morbimortalidad asociada a la cirugía bariátrica¹.

Ante el aumento en la prevalencia de la obesidad y sus enfermedades asociadas, y el coste sanitario que implica su manejo, el objetivo para una correcta gestión de los recursos sanitarios es aumentar la relación coste-efectividad y la eficiencia de la cirugía bariátrica, pero manteniendo las bajas tasas actuales de morbilidad en este complicado grupo de

pacientes^{1,2}. La estancia hospitalaria supone un coste elevado, por lo que la optimización de recursos, usándolos sólo cuando sean imprescindibles, mejorará la producción y globalmente puede beneficiar a la calidad de la asistencia del paciente obeso mórbido³.

Los protocolos de Rehabilitación Multimodal (ERAS o Fast-track) son programas de cuidados perioperatorios basados en la evidencia científica, que conducen a una recuperación postoperatoria más precoz y una menor estancia hospitalaria, mejorando el bienestar del paciente. Además, se han asociado a una menor incidencia de complicaciones postoperatorias, principalmente tromboembólicas y respiratorias, si bien el menor intervencionismo al que son sometidos los pacientes en los que se aplican estos protocolos, también deriva en menor riesgo de complicaciones

infecciosas. Los programas de Rehabilitación Multimodal han sido ampliamente desarrollados en cirugía colorrectal⁴⁻⁶. Sin embargo, varios autores han demostrado ya la seguridad y aplicabilidad de estos protocolos en cirugía bariátrica y algunos abogan por la viabilidad del alta hospitalaria a las 24 horas de la intervención, en grupos con gran experiencia y en pacientes de bajo riesgo (menores de 50 años, Índice de Masa Corporal (IMC) <50 Kg/m² y sin comorbilidades (diabetes mellitus, inmunosupresión, insuficiencia renal, coagulopatía) ^{7,8}.

Paciente y métodos

Caso clínico:

Varon de 43 años, sin comorbilidades y con IMC 40,1 Kg/m², es sometido a un bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (asa biliopancreática de 60 cm y asa alimentaria de 150 cm). El paciente se auto-administró la heparina de bajo peso molecular el día anterior a las 20:00 horas en su domicilio e ingresó el mismo día de la intervención a las 7:00h con ayunas para sólidos de 8 horas y para líquidos claros de 2 horas.

Intraoperatoriamente, la fluidoterapia se administró guiada por objetivos (Clearsight®), se administró profilaxis antiemética según la escala de Apfel y se aplicó analgesia multimodal libre de opiáceos, incluyendo irrigación intraperitoneal con Ropivacaína (400mg diluidos en 100ml de suero salino fisiológico) y bloqueo TAPP con Bupivacaína 0,5%. La cirugía transcurrió sin incidencias con un tiempo operatorio de 70 minutos.

En el postoperatorio, el paciente comenzó tolerancia oral a líquidos y deambulación a las 6 horas. La pauta analgesia fue Paracetamol 1g/8h iv alternando con Dexketoprofeno 25mg/8h. No fue necesaria analgesia de rescate con mórnicos.

A las 24 horas de la intervención, el paciente había tolerado dieta líquida sin incidencias, tenía un excelente control del dolor (EVA 10mm) y deambulaba sin dificultad. La analítica de control mostraba leucocitos 9870/mm³, Fibrinógeno 476 mg/dl y Proteína C reactiva 2,72 mg/dl. Se propuso alta hospitalaria, que el paciente aceptó, informando de los síntomas que podrían sugerir una complicación y la necesidad de acudir a Urgencias si aparecían.

A las 48 horas se contactó telefónicamente con el paciente, preguntándole por la presencia de fiebre, vómitos, control del dolor, correcta ingesta oral a la dieta prescrita y deambulación. No hubo reingresos posteriores.

Discusión

La base de los protocolos de Rehabilitación Multimodal es el manejo multidisciplinar del paciente dentro de un equipo especializado formado por cirujanos, anestesiólogos, nutricionistas y enfermeras. La concienciación del paciente con este manejo es esencial. La información preoperatoria del paciente sobre la cirugía, su preparación previa, la estancia hospitalaria y la evolución postoperatoria, hacen que el paciente se conciente y tenga expectativas realistas sobre la estancia hospitalaria, analgesia, ingesta oral y movilización. El uso de protocolos mejora la reproducibilidad del proceso y reduce las pérdidas de tiempo innecesarias y los errores^{1,7,9-11}.

Los protocolos de Rehabilitación Multimodal incluyen la cirugía mínimamente invasiva, un óptimo control del dolor y antiemético y una rehabilitación postoperatoria agresiva, incluyendo comienzo precoz de alimentación oral y movilización^{7,8}. En el protocolo que usamos en nuestro centro, la cirugía se realiza por vía laparoscópica en más del 96% de los pacientes. Para el control del dolor realizamos un manejo multimodal, asociando a la analgesia intravenosa sin opiáceos, la irrigación intraperitoneal con Ropivacaína y el bloqueo TAPP con Bupivacaína. La ingesta de líquidos y la movilización comienza a las 6 horas de la intervención.

Algunos grupos ya han publicado estancias medias de 24 horas e incluso defienden que la cirugía bariátrica puede llegar a convertirse en cirugía ambulatoria¹². La evidencia en la literatura muestra que la mayoría de complicaciones ocurren dentro de las primeras 24 horas postoperatorias y que las complicaciones que condicionan un reingreso no se evitan con ingresos más prolongados^{3,10}. Bamgbade y cols¹³ publicaron una tasa de alta a las 24 horas del 5% en su experiencia inicial, pero que ésta alcanzó el 99% cuando alcanzaron una gran experiencia. En el paciente que presentamos se dieron las condiciones ideales que nos animaron a dar el alta a las 24 horas de la cirugía (paciente joven, sin comorbilidades y cirugía y postoperatorio inmediato sin complicaciones). Creemos que esta práctica puede realizarse con seguridad en este tipo de circunstancias, pero de momento no es generalizable para todos los pacientes.

Conclusiones

El alta hospitalaria a las 24 horas es factible en pacientes sin factores de riesgo y con una cirugía y postoperatorio sin incidencias.

Bibliografía

1. Elliott JA, Patel VM, Kirresh A, et al. Fast-track laparoscopic bariatric surgery: a systematic review. *Updates Surg* 2013;65:85-94.
2. Ashrafian H. Bariatric surgery: can we afford to do it or deny doing it? *Frontline Gastroenterol* 2011;2:82-89
3. Dogan K, Kraaij L, Aarts EO, et al. Fast-track bariatric surgery improves perioperative care and logistics compared to conventional care. *Obes Surg* 2015;25:28-35.
4. Wilmore DW, Kehlet H. Management of patients in fast track surgery. *BJM* 2001;322:473-476.
5. Teeuwen PH, Bleichrodt RP, Strik C, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) versus conventional postoperative care in colorectal surgery. *J Gastrointest Surg* 2010;14:88-95.
6. Spanjersberg WR, Reurings J, Keus F, et al. Fast track surgery versus conventional recovery strategies for colorectal surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2011;2: CD007635.
7. Jacobsen HJ, Bergland A, Raeder J, et al. High-volume bariatric surgery in a single center: safety, quality, cost-efficacy and teaching aspects in 2000 consecutive patients. *Obes Surg* 2012;22:158-166.
8. Lemanu DP, Srinivasa S, Singh PP, Optimizing perioperative care in bariatric surgery patients. *Obes Surg* 2012;22:979-990.
9. Bergland A, Gislason H, Raeder J. Fast-track surgery for bariatric laparoscopic gastric bypass with focus on anesthesia and perioperative care. Experience with 500 cases. *Acta Anaesthesiol Scand* 2008;52:1394-1399.
10. Geubbels N, Bruin SC, Acherman YIZ, et al. Fast track care for gastric bypass patients decreases length of stay without increasing complications in an unselected patient cohort. *Obes Surg* 2014;24:390-396.
11. Via Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA).

<http://portal.guiasalud.es/contenidos/iframes/documentos/opbe/2015-07/ViaClinica-RICA.pdf>

12. Raeder J. Bariatric procedures as day/short stay surgery: it is possible and reasonable? *Curr Opin Anaesthesiol* 2007;20:508-512.
13. Bamgbade OA, Adeogun BO, Abbas K. Fast-track laparoscopic gastric bypass surgery: outcomes and lessons from a bariatric surgery service in the United Kingdom. *Obes Surg* 2012;22:398-402..