

69

CONGRESO NACIONAL

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

A CORUÑA

17-19 OCT 24

Prehabilitación ¿Qué puede aportar el farmacéutico?

Implantación del protocolo RICA: participación del FH en el Área de Nutrición Clínica

Lucrecia Bourgon Baquedano
Farmacia Hospitalaria
Hospital Francesc de Borja (Gandía)



REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN CIRUGÍA

¿QUÉ ES LA VÍA RICA?

Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (ERAS)

Recomendaciones de la
práctica clínica del proceso
perioperatorio

Vía de **atención multimodal**
para recuperación temprana
tras la Cirugía

ENFOQUE DE MANEJO Y CUIDADO DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

Llegar al quirófano en las mejores condiciones posibles

Tener el mejor tratamiento posible durante la cirugía

Recuperación más eficaz

- Contemplan todo el proceso: diagnóstico → plena incorporación
- 2015: vía RICA 2021: actualización

ENFOQUE DE MANEJO Y CUIDADO DE LOS PACIENTES QUIRÚRGICOS

Estrategias
perioperatorias

- I. nutricionales
- I. psicológicas

Interdisciplinariedad

Participación activa
del paciente

Metaanálisis: efectivo y seguro, reducen estancia hospitalaria y complicaciones sin reingresos

2019 American Medical Association

Association Between Use of Enhanced Recovery After Surgery Protocol and Postoperative Complications in Colorectal Surgery

The Postoperative Outcomes Within Enhanced Recovery After Surgery Protocol (POWER) Study

Patients With at Least 1	Total (N=2084) Events, No. (%)	ERAS (n=1304) Events, No. (%)	No ERAS (n=780) Events, No. (%)	Odds Ratio (95% CI)	Favors ERAS	Favors No ERAS	P Value
Moderate or severe complication	566 (27.16)	329 (25.2)	237 (30.4)	0.77 (0.63-0.94)	■		.01 ^a
Complication	879 (42.18)	531 (40.72)	348 (44.62)	0.85 (0.71-1.02)	■		.08
Readmission	116 (5.57)	75 (5.75)	41 (5.26)	1.1 (0.73-1.67)		■	>.99
Reintervention	205 (9.84)	128 (9.82)	77 (9.87)	0.99 (0.73-1.36)		■	>.99
Mortality rate	35 (1.68)	21 (1.61)	14 (1.79)	0.9 (0.43-1.92)		■	.73

DEBATE**Open Access**

Beyond surgery: clinical and economic impact of Enhanced Recovery After Surgery programs

ERAS	Complication decrease (%)	Cost decrease per patient (Euros)
Colorectal surgery	40–50% [3, 21]	€1651-5577 [11, 12]
Pancreas surgery	14–37% [5, 8]	€325–7738 [5, 22]
Liver surgery	30–50% [4, 9]	€3080 [10]
Gastric surgery	0–10% [23, 24]	€478–514 [25, 26]
Gynecologic surgery	0–19% [18, 27]	€1202-7187 [18, 27]
Urologic surgery	0–15% [28, 29]	N/A

N/A: not available

VÍA RICA

- 135 recomendaciones basadas en evidencia científica
- Revisiones sistemáticas: Cochrane, UptoDate, Embase.
- Recomendaciones universales



HOSPITAL FRANCESC DE BORJA (GANDÍA)



- 188.000 habitantes
- 11 unidades de hospitalización
- 411 camas
- 8 quirófanos

Servicios de Cirugía, Anestesia, Farmacia Hospitalaria y enfermería

VÍA RICA EN CIRUGÍA COLORRECTAL

1ª consulta CIRUGÍA

- Valoración y explicación
- Analítica perfil nutricional
- Entrega de hoja informativa
- IC Nutrición y Anestesia



1ª consulta NUTRICIÓN



1ª consulta ANESTESIA

SERVICIO DE FARMACIA: PREOPERATORIO

1ª consulta NUTRICIÓN

Valoración nutricional:

- BIA, ángulo de fase, dinamometría, CMB, CP
- Ingesta oral
- % PP
- Comorbilidades
- Parámetros analíticos

- Estrategias metabólicas y nutricionales:
 - Ejercicio aeróbico
 - Entrenamiento de fuerza
- Dieta hiperprotéica y sin residuos (5 días)
- CHO (800 ml) en 24 h pre-Qx y 200 ml 2 h antes
- Preparación mecánica

PREPARACIÓN MECÁNICA

¿CUÁNDO?

- Cirugía de recto con estoma derivativo
- Colonoscopia intraoperatoria

- No enemas
- Si PC, día previo a Cx:
 - Metronidazol 500 mg 3 dosis (15:00, 17:00 y 23:00) + neomicina 1 g DU
 - Metronidazol 500 mg + Levofloxacino 500 mg (15:00, 17:00 y 23:00)

¿CUÁNDO RETRASAR LA CIRUGÍA?

- ✓ Paciente diabético: Hb A1c < 7,5%
- ✓ Obesidad grado II o III (BMI>35)
- ✓ Mejorar estado nutricional
- ✓ Hábito tabáquico

MEJORAR ESTADO NUTRICIONAL

- Desnutrición **moderada-severa**: 10-14 días SON
- SON en **normonutridos** si: no ingesta 7 días postQx o no alcanzan 50-60% requerimientos 10 días antes Cx

NO se recomienda **immunonutrición** exclusivamente en período preoperatorio paciente oncológico

1ª consulta CIRUGÍA

- Valoración y explicación
- Analítica perfil nutricional
- IC Nutrición y Anestesia
- Entrega de hoja informativa

1ª consulta NUTRICIÓN

Valoración nutricional:

- BIA, dinamometría, CMB, CP
- Ingesta oral
- % PP
- Comorbilidades
- Parámetros analíticos

1ª consulta ANESTESIA

- Valorar enfermedades previas
- Perfil anemia
- Gasometría venosa previo a Qx

PREOPERATORIO Y PREOP INMEDIATO

2ª consulta CIRUGÍA

- Revisar cumplimiento indicaciones (dieta, CHO...)
- Info técnica Qx
- Consentimiento y LEQ
- Estomatoterapeuta
- Rellenar hoja tratamiento al ingreso
- Anotar profilaxis IV

- ✓ Ingreso mismo día de Cx (exp. Recto)
- ✓ CHO:
 - Día anterior a Cx: 800 ml (4 bricks) repartidos hasta las 00:00
 - 2 h antes Cx: 200 ml
- ✓ Baño o ducha previa a la Cx con jabón normal o antiséptico

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

- Medias de compresión +/- compresión neumáticas
- Priorizar acceso laparoscópico
- No empleo de drenajes ni SNG
- Antibioterapia:
 - Profilaxis ATB 30-60 min antes de incisión
 - Repetir dosis con pérdida de sangre 1,5 L o Cx > 2 t_{1/2} del ATB
 - NO repetir metronidazol

- ✓ Elección: amoxi/clavulánico 2 g IV DU (si precisa a las 6 h)
- ✓ Alérgicos β-lactámicos:
 - Metronidazol 1,5 g IV + Cefuroxima 1,5 g IV
 - Metronidazol 1,5 g IV + Gentamicina 240 mg
 - Cefoxitina 2 g IV
 - Ertapenem 1 g IV
 - Clindamicina 600 mg + Gentamicina 240 mg

POSTOPERATORIO INMEDIATO

- Ingreso en URPA 24 h
- Mantenimiento temperatura
- Mantenimiento de FiO₂ con VMK 2 h tras fin intervención y posteriormente GN 2 lpm 4 h posteriores
- **Fisioterapia respiratoria** a las 4 h de la Cx (10 min cada 4h, Triflow)
- Analgesia pautada según intervención (mínimos mórficos)
- Fluidoterapia restrictiva
- Movilización a las 8 h post-Cx
- Profilaxis del TEV enoxaparina 40 mg a las 20 H (tras valoración riesgo sangrado)

POSTOPERATORIO

- Ingesta **oral precoz** (d. líquida horas después)
- **NET por SNG** si no nutrición precoz en primeras 24 h:
 - Cx cabeza/cuello o Ca GI
 - Traumatismo grave
 - Desnutrición severa previa a CX
 - < 60% necesidades energéticas durante > 10 días
- Analítica al alta y seguimiento por Cirugía/Nutrición

Se recomienda **inmunonutrición** si paciente desnutrido CM oncológica (exc. Ca vejiga)

PERSPECTIVAS DE FUTURO

- Incorporación de otros Servicios (RHB)
- Adaptación a otras intervenciones Qx: Cx EG, HPB, pared abdominal, mama, bariátrica/endocrinometabólica...
- Formación de Comisión de Recuperación Intensificada en Cirugía
- Extensión protocolos a otras especialidades: COT, Uro....



A CORUÑA
17-19 OCT 24

Gracias por vuestra atención

bourgon_luc@gva.es

Dra. Lucrecia Bourgon Baquedano

69

**CONGRESO
NACIONAL**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE
FARMACIA HOSPITALARIA

