



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Editorial

«Regreso al futuro»: tras la pandemia debemos intensificar la recuperación

«Back to the future»: after the pandemic we must intensify recovery

El 31 de diciembre de 2019, la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en China fue informada de la aparición de casos de neumonía de etiología desconocida en la ciudad de Wuhan, y el tres de enero se notificaban 44 pacientes con esta patología¹. Desde entonces, el brote de la enfermedad habría afectado a nivel mundial a más de 12 millones de personas y causado cerca de 600.000 muertes².

Este vertiginoso paso de brote localizado a pandemia ha obligado a los sistemas sanitarios a una rápida adaptación de sus recursos materiales y humanos, interrumpiendo la rutina de los servicios hospitalarios a nivel mundial. Los casos relacionados con COVID-19 han saturado los centros obligando a convertir las áreas quirúrgicas en una prolongación de las salas de hospitalización y atención a pacientes críticos. Los equipos quirúrgicos han sido testigos de cambios dramáticos en sus prácticas con una disminución de cirugías, siguiendo el consejo dado en marzo por las sociedades científicas de cancelar la cirugía electiva no oncológica³. Los planes de contingencia de la atención hospitalaria incluían el cese de la actividad quirúrgica inicialmente programada y, según el grado de ocupación por pacientes COVID del centro, toda la cirugía, excepto la indispensable (urgente). Una reciente publicación estimaba que el número de intervenciones canceladas debidas al COVID-19 sería de 28 millones⁴.

Pero la cirugía no solo se ha visto alterada por el descenso en el número de casos intervenidos, se han alterado también los protocolos, sobre todo aquellos que, como los programas de Recuperación Intensificada de la Vía RICA⁵, son relativamente nuevos y débilmente implantados. Hoy es imprescindible recordar que estos programas basados en la evidencia son eficientes, disminuyen complicaciones y acortan la estancia hospitalaria, un bien más necesario que nunca.

En una reciente encuesta promovida por el Grupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), la Asociación Española de Cirujanos (AEC) y la Sociedad Española de Anestesiología y Reanimación (SEDAR), se apreció que en muchos centros siguen sin aplicarse estas medidas y que muchos con

programas establecidos se habrían visto afectados por la pandemia (doctor Ripollés, comunicación personal)⁶.

Durante esta pandemia también se ha objetivado una caída de la donación de sangre, órganos y tejidos. En las primeras semanas, la donación cayó cerca del 67% en China e Irán y los stocks disponibles a sólo tres días en Holanda o EE. UU., precisándose en todos ellos campañas nacionales de promoción a la donación o medidas especiales para atraer a los donantes⁷⁻⁹. En España se puede estimar que en las ocho semanas posteriores al 15 de marzo, la donación cayó un 20%, con el nadir en la semana 15 con una caída del 38%. Tal como se recoge en una reciente editorial en Transfusion, aunque se ha aislado ARN COVID-19 en donantes, en componentes sanguíneos lábiles, «no creemos que sea posible la infección post-transfusional, pero no lo sabemos». Es por ello, como en todos los casos, necesaria una práctica transfusional juiciosa, y «las decisiones de tratamiento deben basarse en un análisis clínico de riesgo/beneficio, que equilibre la seguridad de no tratar un evento hemorrágico y cualquier riesgo residual de adquirir otra infección»¹⁰.

El pasado 20 marzo, la OMS¹¹ emitió un documento alertando de un posible riesgo de desabastecimiento y promoviendo una serie de medidas para asegurar la donación y aumentar la seguridad de donantes, trabajadores y componentes sanguíneos. Un mes antes, el 19 de febrero, había publicado el Marco de Acción 2020-2023 para alcanzar «el acceso universal a productos sanguíneos seguros, efectivos y de calidad garantizada». La OMS lleva promoviendo desde hace años «el uso apropiado de productos sanguíneos, sistemas de hemovigilancia y los programas de Patient Blood Management (PBM)». Para el futuro inmediato, entre sus objetivos estratégicos está la «implementación efectiva del PBM para optimizar la práctica clínica de la transfusión»¹².

A menudo se prescriben transfusiones cuando los tratamientos alternativos simples y seguros pueden ser al menos igualmente efectivos. Una transfusión innecesaria expone a los pacientes a riesgos y sobrecostes. En un reciente estudio

multicéntrico nacional¹³, la presencia de anemia o nivel descendido de hemoglobina en el momento del ingreso y la transfusión sanguínea fueron factores de riesgo independientes de complicaciones moderadas-graves, infección y estancia prolongada. Sin embargo, para los hospitales está siendo difícil mantener o reiniciar los programas de optimización de anemia preoperatoria en la cirugía o tras la progresiva recuperación postpandemia.

Ahora más que nunca es un momento para la acción. En 2017, el Consejo de Europa editó dos documentos, uno para equipos hospitalarios multidisciplinares y otro para autoridades sanitarias para la implantación de los programas PBM¹⁴. Estos programas de PBM integrados en los proyectos de recuperación intensificada deben ponerse en marcha en esta nueva realidad.

La pandemia COVID-19, en nuestro medio y en nuestro entorno, poco a poco va cediendo, se comienza a ver luz al final del túnel y es hora de preparar el retorno a una supuesta normalidad. Los servicios y departamentos de cirugía han sufrido grandes cambios, el cambio es amigo de la innovación. Muchos hospitales en todo el país ya han establecido protocolos para que el retorno de la cirugía electiva sea seguro, para pacientes y sanitarios. Además, es una oportunidad única para implementar estrategias de mejoras en los cuidados de los pacientes quirúrgicos, sobre todo, la recuperación intensificada integrada con los programas de PBM¹⁵ en aquellos centros donde no la tenían y recuperarla donde se había perdido.

Nos corresponde a todos, pero especialmente al liderazgo del hospital y a los que encabezan estos servicios y departamentos, implicados en la implantación de la vía RICA y el programa PBM del centro, adaptar sus planes estratégicos a las necesidades actuales y de futuro. No se debe olvidar que del personal de las plantas quirúrgicas de hospitalización depende la adecuada aplicación de los cuidados perioperatorios y de la preparación inmediata para la cirugía, pero además debe tenerse en cuenta la necesidad de estructuras multidisciplinarias (cirugía, anestesia, enfermería, nutrición, hematología, medicina interna, e incluso atención primaria) para una adecuada optimización preoperatoria (prehabilitación). La optimización preoperatoria integral será clave en la recuperación postoperatoria, reducción de complicaciones y en el ahorro de recursos, porque no se trata de ahorrar sangre, sino de conseguir los mejores resultados clínicos.

Hace más de 10 años que se viene insistiendo en las ventajas para nuestros pacientes de incorporar la Vía RICA y el PBM a la práctica clínica quirúrgica rutinaria, en la mayoría de las intervenciones, sea cual sea la especialidad. En estos momentos creemos que es una necesidad, pues entre las ventajas la Vía RICA y el PBM está la eficiencia, lo que sin lugar a duda va a ayudar a sostener nuestro sistema sanitario. La integración del ejercicio, la nutrición adecuada, la corrección de la anemia, de la hemostasia y los componentes psicosociales, con la optimización multimodal en el período preoperatorio conducen a una mejora en la capacidad funcional de los pacientes sometidos a cirugía, con la consiguiente mejora en términos de resultados clínicos y económicos^{13,15}.

Tras el fin del estado de alarma de la pandemia del COVID-19, una de las prioridades de los equipos quirúrgicos por el bien de nuestros pacientes, del sistema sanitario y de la sociedad, debe ser incorporar de manera rutinaria en nuestra práctica

diaria los programas de Recuperación Intensificada en Cirugía del Adulto (Vía RICA) y los programas de Patient Blood Management (PBM).

Agradecimientos

Al Dr. Carlos Jericó Alba, por sus comentarios y revisión.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization. Pneumonia of unknown caused China 2020 <https://www.who.int/csr/don/05-january-2020-pneumonia-of-unknown-cause-china/en/> (último acceso Jul 2020).
2. World Health Organization. WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard <https://covid19.who.int> (último acceso Jul 2020).
3. Asociación Española de Cirujanos. Recomendaciones generales de actuación y organización básica a servicios de cirugía en zonas con alta afectación por la pandemia por covid-19 (SARS COV -2) Available from: [https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Recomendaciones_Servicio_Alta\(1\).pdf](https://www.aecirujanos.es/files/noticias/152/documentos/Recomendaciones_Servicio_Alta(1).pdf) (último acceso julio 2020).
4. Nepogodiev D, Omar OM, Glasbey JC, Li E, Simoes Jff, Abbott Tef, et al. Elective surgery cancellations due to the COVID-19 pandemic: global predictive modelling to inform surgical recovery plans. *Br J Surg*. 2020.
5. Grupo de trabajo Vía Clínica de Recuperación Intensificada en Cirugía Abdominal (RICA). Vía clínica de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) Available from: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2019/01/vc_1_viaclinica-rica.pdf (último acceso julio 2020)
6. Encuesta Nacional Sobre ERAS tras la pandemia COVID-19 <https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSe-3hKDPzDrPkXoJKScCwJWclMjY376WcS1HxolXE61hdimQ/closedform> (último acceso julio 2020)
7. Pagano MB, Hess JR, Tsang HC, Staley E, Gernsheimer T, Sen N, et al. Prepare to adapt: blood supply and transfusion support during the first 2 weeks of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) pandemic affecting Washington State. *Transfusion*. 2020;60:908-11. <http://dx.doi.org/10.1111/trf.15789>.
8. Wang Y, Han W, Pan L, Wang C, Liu Y, Hu W, et al. Impact of COVID-19 on blood centres in Zhejiang province China. *Vox Sang*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1111/vox.12931>. doi: 10.1111/vox.12931.
9. Grandone E, Mastroianno M, Caroli A, Ostuni A. Blood supply and transfusion support in southern Italy: findings during the first four weeks of the SARS-CoV-2 pandemic. *Blood Transfus*. 2020;18:230-2. <http://dx.doi.org/10.2450/2020.0107-20>.
10. Katz LM. Is SARS-CoV-2 transfusion transmitted? *Transfusion*. 2020;60:1111-4. <http://dx.doi.org/10.1111/trf.15831>.
11. World Health Organization. Maintaining a safe and adequate blood supply during the pandemic outbreak of coronavirus disease (COVID-19) Interim guidance 20 March 2020. WHO/2019-nCoV/BloodSupply/2020
12. World Health Organization. Action framework to advance universal access to safe, effective and quality-assured blood products 2020-2023. <https://www.who.int/publications/i/item/action-framework-to-advance-uas-bloodprods-978-92-4-000038-4> (último acceso julio 2020).

13. Ripollés-Melchor J, Ramírez-Rodríguez JM, Casans-Francés R, Aldecoa C, Abad-Motos A, Logroño-Egea M, et al. 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. *JAMA Surg.* 2019;154:725–36. <http://dx.doi.org/10.1001/jamasurg.2019.0995>.
14. European Commission. Directorate-General for Health and Food Safety. Supporting Patient Blood Management (PBM) in the EU. A Practical Implementation Guide for Hospitals. https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/blood_tissues_organs/docs/2017_eupbm_hospitals_en.pdf (último acceso julio 2020).
15. Ripollés-Melchor J, Carli F, Coca-Martínez M, Barbero-Mielgo M, Ramírez-Rodríguez JM, García-Erce JA. Committed to be fit. The value of preoperative care in the perioperative medicine era. *Minerva Anesthesiol.* 2018;84:615–25. <http://dx.doi.org/10.23736/S0375-9393.18.12286-3>.

José Maa Ramírez-Rodríguez^{a,b,c}, José Antonio García Erce^{b,d,e,f,*} y Antonio Arroyo Sebastián^{b,c,g}

^aDepartamento de Cirugía. Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón. Hospital Clínico Universitario «Lozano Blesa». Facultad de Medicina, Zaragoza, España

^bGrupo Español de Rehabilitación Multimodal (GERM), Zaragoza, España

^cGrupo de Rehabilitación Multimodal. Asociación Española de Cirujanos, Madrid, España

^dBanco de Sangre y Tejidos de Navarra. Servicio Navarro de Salud. Osasunbidea, Pamplona, España

^eGrupo Multidisciplinar para el Estudio y Manejo de la Anemia del Paciente Quirúrgico, Zaragoza, España

^fGrupo idiPAZ de «Investigación en PBM», Madrid, España

^gHospital General Universitario de Elche. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández, Elche (Alicante), España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: ja.garcia.erce@navarra.es, jagarciaerce@gmail.com (J.A. García Erce).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2020.07.016>
0009-739X/

© 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.