



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Protocolos de recuperación mejorados para la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor (Revisión)

Bond-Smith G, Belgaumkar AP, Davidson BR, Gurusamy KS

Bond-Smith G, Belgaumkar AP, Davidson BR, Gurusamy KS.

Enhanced recovery protocols for major upper gastrointestinal, liver and pancreatic surgery

(Protocolos de recuperación mejorados para la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor).

Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 2. Art. No.: CD011382.

DOI: [10.1002/14651858.CD011382.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011382.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

Protocolos de recuperación mejorados para la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor (Revisión)

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

WILEY

[Revisión de intervención]

Protocolos de recuperación mejorados para la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor

Giles Bond-Smith¹, Ajay P Belgaumkar², Brian R Davidson³, Kurinchi Selvan Gurusamy³¹Department of Hepatobiliary Surgery, Churchill Hospital, Oxford, UK. ²HPB and Liver Transplant Surgery, 8 South, Royal Free London NHS Foundation Trust, London, UK. ³Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, London, UK**Contacto:** Kurinchi Selvan Gurusamy, Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, Pond Street, London, NW3 2QG, UK. k.gurusamy@ucl.ac.uk.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Esófago-gástricas, del Intestino Delgado y Pancreáticas.**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 2, 2016.**Referencia:** Bond-Smith G, Belgaumkar AP, Davidson BR, Gurusamy KS. Enhanced recovery protocols for major upper gastrointestinal, liver and pancreatic surgery (Protocolos de recuperación mejorados para la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 2. Art. No.: CD011382. DOI: [10.1002/14651858.CD011382.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011382.pub2).

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

La "cirugía acelerada" o "protocolo de recuperación mejorado" o "rehabilitación acelerada", que incorpora uno o más elementos de educación preoperatoria, alivio del dolor, movilización precoz, nutrición enteral y factores de crecimiento, puede mejorar la calidad de vida relacionada con la salud y reducir la duración de la estancia hospitalaria y los costos. No se conoce la función de los protocolos de recuperación mejorados en la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor.

Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales de los protocolos de recuperación mejorados en comparación con la atención estándar (o práctica habitual) en la cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, (CENTRAL) en la Biblioteca Cochrane (2015, número 3), MEDLINE, EMBASE y en Science Citation Index Expanded hasta febrero de 2015 para identificar ensayos aleatorizados. También se hicieron búsquedas en las referencias de los ensayos incluidos para identificar ensayos adicionales.

Criterios de selección

Para inclusión en la revisión solamente se consideraron los ensayos controlados aleatorizados (ECA) realizados en pacientes sometidos a cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor, independientemente del idioma, el cegamiento o el estado de publicación.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión de forma independiente identificaron los ensayos y extrajeron los datos. Se calculó razón de riesgos (RR), la diferencia de medias (DM) o la diferencia de medias estandarizada (DME) con los intervalos de confianza (IC) del 95%, y se utilizaron los modelos de efectos fijos y efectos aleatorios en RevMan 5, según el análisis de casos disponibles.

Resultados principales

Diez estudios cumplieron los criterios de inclusión para la revisión y nueve estudios proporcionaron información sobre uno o más desenlaces de la revisión. En total, 1014 participantes se asignaron al azar a un protocolo de recuperación mejorado (499 participantes) o

a atención estándar (515 participantes) en los nueve ECA. La mayoría de los ensayos incluyó participantes con bajo riesgo anestésico y un estado funcional alto sometidos a diferentes cirugías hepáticas, pancreáticas y gastrointestinales superiores. Ocho ensayos incorporaron más de un elemento del protocolo de recuperación mejorado. Todos los ensayos presentaban un alto riesgo de sesgo. La calidad general de la evidencia era baja o muy baja.

Ninguno de los ensayos informó la mortalidad a largo plazo, la calidad de vida relacionada con la salud a medio plazo (tres meses a un año), el tiempo hasta el retorno a la actividad normal o el tiempo hasta el retorno al trabajo. Las diferencias entre el protocolo de recuperación mejorado y la atención estándar no fueron precisas para la mortalidad a corto plazo (protocolo de recuperación mejorado: 4/425 (proporción ajustada = 0,6%); atención estándar: 1/443 (0,2%); siete ensayos; 868 participantes; RR: 2,79; IC del 95%: 0,44 a 17,73; evidencia de calidad muy baja), la proporción de pacientes con eventos adversos graves (protocolo de recuperación mejorado: 4/157 (proporción ajustada = 0,6%); atención estándar: 0/184 (0,0%); dos ensayos; 341 participantes; RR: 5,57; IC del 95%: 0,68 a 45,89; evidencia de calidad muy baja), número eventos adversos graves (protocolo de recuperación mejorado: 34/421 (8 por cada 100 participantes); atención estándar: 46/438 (11 por cada 100 participantes); siete ensayos; 859 participantes; cociente de tasas: 0,72; IC del 95%: 0,45 a 1,13; evidencia de calidad muy baja), calidad de vida relacionada con la salud (cuatro ensayos; 373 participantes; DME: 0,29; IC del 95%: -0,04 a 0,62; evidencia de calidad muy baja) y reingresos hospitalarios (protocolo de recuperación mejorada: 14/355 (proporción ajustada = 3,3%); atención estándar: 9/378 (2,4%); siete ensayos; 733 participantes; RR: 1,4; IC del 95%: 0,69 a 2,87; evidencia de calidad muy baja). El grupo de protocolo de recuperación mejorado tuvo una proporción inferior de personas con eventos adversos leves (protocolo de recuperación mejorado: 31/254 (proporción ajustada = 10,9%); atención estándar: 51/271 (18,8%); cuatro ensayos; 525 participantes; RR: 0,58; IC del 95%: 0,39 a 0,85; evidencia de calidad muy baja), menor número eventos adversos leves (protocolo de recuperación mejorado: 69/499 (13 por cada 100 participantes); atención estándar: 128/515 (25 por cada 100 participantes); nueve ensayos; 1014 participantes; razón de tasas: 0,52; IC del 95%: 0,39 a 0,70; evidencia de calidad baja), menor duración de la estancia hospitalaria (nueve ensayos; 1014 participantes; DM: -2,19 días; IC del 95%: -2,53 a -1,85; evidencia de calidad baja) y menores costes (cuatro ensayos; 282 participantes; DM: -6300 dólares estadounidenses; IC del 95%: -8400 a -4200; evidencia de calidad baja) que el grupo de atención estándar.

Conclusiones de los autores

Según evidencia de calidad baja, los protocolos de recuperación mejorados pueden reducir la duración de la estancia hospitalaria y los costos (principalmente debido a la reducción de la estancia hospitalaria) en pacientes sometidos a cirugía pancreática, hepática y gastrointestinal superior de carácter mayor. Sin embargo, la validez de los resultados no está clara debido al riesgo de sesgo de los ensayos y la forma en la que se midieron los desenlaces. Los ECA futuros se deben realizar con bajo riesgo de sesgo y deben medir desenlaces clínicamente importantes para incluir el período de tres meses a un año.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

Protocolos de recuperación mejorados en pacientes sometidos a cirugía de carácter mayor de esófago, estómago, hígado y páncreas

Pregunta de la revisión

¿Los protocolos de recuperación mejorados presentan efectos beneficiosos o perjudiciales en comparación con la cirugía estándar en los pacientes sometidos a cirugía de carácter mayor de esófago, estómago, hígado y páncreas?

Antecedentes

La "cirugía acelerada" o los "protocolos de recuperación mejorados" o la "rehabilitación acelerada" incluye uno o más de los siguientes elementos: educación del paciente antes de la cirugía, alivio del dolor durante y después de la cirugía, movilización precoz después de la cirugía, suplementos nutricionales y alimentación a través de la boca o mediante un tubo introducido en los intestinos a través de la nariz o de la pared abdominal en lugar de por goteo para acelerar la recuperación después de la cirugía. No se conocen los efectos beneficiosos y perjudiciales del uso de un protocolo de recuperación mejorado en los pacientes sometidos a cirugías de carácter mayor del esófago, el estómago, el hígado y el páncreas. Se intentó resolver este problema mediante la búsqueda de los estudios existentes sobre el tema. Se incluyeron todos los estudios cuyos resultados se informaron hasta el 26 de marzo 2015.

Características de los estudios

Diez estudios cumplieron los criterios de inclusión para la revisión y nueve proporcionaron información para la revisión. En total, 1014 participantes recibieron un protocolo de recuperación mejorado (499 participantes) o atención estándar (515 participantes) en los nueve ensayos. La decisión sobre si un participante recibía un protocolo de recuperación mejorado o atención estándar se tomó mediante métodos similares al de lanzar una moneda, lo que aseguró que los participantes de los dos grupos fueran similares. Un ensayo adicional (que incluyó 33 participantes) también realizó la misma comparación, aunque no proporcionó información para esta revisión. La mayoría de los ensayos incluyó a personas sanas en otros aspectos diferentes de la enfermedad que requirió cirugía. Ocho ensayos incorporaron más de un elemento del protocolo de recuperación mejorado.

Resultados clave

Ninguno de los ensayos informó las muertes a largo plazo, la calidad de vida relacionada con la salud a medio plazo (tres meses a un año), el tiempo hasta el retorno a la actividad normal ni el tiempo hasta el retorno al trabajo. La diferencia entre los protocolos de recuperación mejorados y la atención estándar no fue precisa en el caso de las muertes a corto plazo, el porcentaje de personas con complicaciones graves, el número total de complicaciones graves, la calidad de vida relacionada con la salud y los reingresos hospitalarios. Los protocolos de recuperación mejorados tuvieron un porcentaje inferior de personas con complicaciones leves, menos complicaciones leves, una menor duración de la estancia hospitalaria (aproximadamente dos días menos de estancia hospitalaria por paciente) y costes inferiores (ahorros de costos de aproximadamente 6300 dólares estadounidenses por persona) en comparación con la atención estándar. Debido a que los ensayos fueron de calidad deficiente y no incluyeron variables de evaluación clínicamente importantes, se necesitan estudios futuros de alta calidad en esta área.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia fue baja o muy baja. En consecuencia, hay mucha incertidumbre con respecto a los resultados.