

Gutierrez Perez, Jose Manuel*; Torres Rodrigo, Susana*; Barbero Iglesias, Marta*; Galán Gutiérrez, Rafael*; García Romanillos, Esther*; López Martín-Grande, Tania*; Romero Cique, María*, Vega Muñoz, Miguel Angel*, Manrique Moreno, Jose Manuel** *DUE del Bloque Quirúrgico del Hospital Universitario Infanta Cristina de Parla (HUIC) ** Supervisor del Bloque Quirúrgico del HUIC.

OBJETIVO:

Evaluar la posibilidad de implantación de la metodología FT en PTR en nuestro hospital.

PALABRAS CLAVE: Fast Track, Rapid Recovery, prótesis de rodilla, artroplastia total de rodilla, trabajo multidisciplinar, educación del paciente, rehabilitación, actividades de la vida diaria, empoderamiento

INTRODUCCIÓN:

La metodología fast track (FT), Rapid Recovery (RR) o sistema de recuperación rápida, en la prótesis total de rodilla (PTR) o artroplastia total de rodilla (ATR) es símbolo del trabajo multidisciplinar antes, durante y posterior al proceso quirúrgico. Es un programa individual porque depende del estado mental, social y somático de cada paciente.

Con este proceso se pretende optimizar los cuidados, disminuir el tiempo de hospitalización, reducir las complicaciones y abaratar costes. La disminución de la estancia no es el objetivo principal, sino la consecuencia positiva del tratamiento efectivo y la optimización de recursos.

La actuación coordinada de los profesionales implicados (cirujanos, anestesiólogos, enfermería, fisioterapeutas y personal auxiliar) es esencial en un programa de recuperación rápida.

Los otros factores fundamentales son: la educación e implicación del paciente (empoderamiento) en su recuperación; la gestión del dolor durante la cirugía y el postoperatorio inmediato, y la movilización precoz.

MATERIAL Y MÉTODO:

Búsqueda bibliográfica de la metodología FT en PTR a nivel anestésico, quirúrgico, médico, rehabilitador y enfermero.

Recogida de información de otros centros que ya tienen implantada dicha metodología.

Estudio de la situación del HUIC respecto al tratamiento médico y quirúrgico (método de recuperación convencional) en los pacientes que precisan PTR.

Análisis comparativo del sistema de recuperación rápida con el sistema de recuperación convencional.

RESULTADO:

La revisión hecha nos lleva a diseñar una situación IDEAL en el proceso de las PTR, y a comparar con la situación actual REAL en la que nos

encontramos. Planteamos los puntos de mejora y desarrollo que deberíamos llevar a cabo para alcanzar la situación ideal y la posibilidad de hacerlo real.



ESCUELA DE PROTESIS

Sesiones informativas mensuales pacientes que se van a someto intervención.

INGRESO

CIRUGIA

CONVENCIONAL

Información convencional por parte del cirujano,.

Dia de la intervención

Anestesia: anestesia peridural con opiáceo

con sedación dejando catéter intradural.

Intervención bajo isquemia.

Drenaje articular 48 h

Ayunas 6 h antes

Evaluación preoperatoria del

FAST TRACK

CIRUJANO: hace la valoración preoperatoria, confirma la indicación quirúrgica y deriva a ESCUELA DE PROTESIS.

ANESTESIOLOGO: -evaluación preoperatoria, nivel de riesgo quirúrgico, ,optimización de hemoglobina preoperatoria y valoración de protocolo de ácido tranexámico.

Abordaje multidisciplinar

ENFERMERIA: explica al paciente en qué consiste la intervención, las distintas posibilidades de anestesia, los plazos previstos y los objetivos a conseguir en cada etapa.

FISIOTERAPEUTA: enseñanza de programa de ejercicios previos a la cirugía <mark>para aumentar la fuerza muscular y la flexibilida</mark>d.

Concienciar al paciente de la importancia de su realización para mejorar la recuperación.

Toda esta información, reduce su ansiedad, le aporta mayor autonomía, permite una implicación más activa en su propia recuperación, e influye positivamente en la gestión del dolor.

Día de la intervención.

Puede tomar liquido hasta 2 horas antes de la intervención

<u> ANESTESIOLOGO</u>: Anestesia multimodal*:

peridural sin opiáceo con sedación + anestesia local intraoperatoria + analgesia postoperatoria intensa. Control exhaustivo de la fluidoterapia. Política restrictiva de transfusión. Prevención de nauseas y vómitos postoperatorios.

CIRUJANO: Cirugía mínimo invasiva que evita cortar ligamentos o tejido muscular (disminuye sangrado y dolor). Sin isquemia. Infiltración local intraoperatoria. No drenaje (o menos de 24 h). No sonda vesical.

FISIOTERAPIA/ENFERMERIA: movilización

PERIODO POSTCIRUGIA

Anestesia: Mórfico por catéter peridural 24h No movilización hasta mínimo 24h.

MISMO DIA

TEMPRANO

HASTA ALTA

Medias de compresión inquinopedica

FISIOTERAPIA

Una vez al día, 1 h de

Dia 1-2 reposo en camo

Dia 3 movilización pasiv

Dia 4 bipedestacion ALTA: Entre 4 y 5 días postcirugía. Buen estado quirúrgica óptima deambl ión progresiva

de pierna operada: ejercicios suaves en cama o con máquina de movilización pasiva automática continua. En las 6 h postcirugia ENFERMERIA: profilaxis física de trombosis venosa profunda, en ambos miembros inferiores con bombas de impulso plantar

FISIOTERAPIA: se levanta al paciente de la cama y se le hace apoyar pierna operada. Intentos de empezar a andar con bastones

FISIOTERAPIA: enseñar a subir y bajar escaleras, sentar y levantarse silla.

Sesiones de dos horas encaminadas al desempeño de las AVD.

ALTA: Entre 3 y 4 días postcirugía.

ALTA: Entre 3 y 4 días postcirugía.

ALTA: Entre 3 y 4 días postcirugía.

Independiente para las AVD y caminar con bastones mas de 250metros

*La técnica de analgesia multimodal se centra en el bloqueo nociceptivo, así como en la respuesta inflamatoria. El alivio del dolor debe producirse tanto en reposo como durante el movimiento con objeto de que el paciente pueda participar en el programa de rehabilitación intensiva. Las modalidades analgésicas disponibles para el manejo del dolor postoperatorio incluyen técnicas regionales o locales como la analgesia neuroaxial y bloqueos nerviosos periféricos, así como infiltración en la herida administración intrarticular o intracavidad de anestésicos locales. Es deseable que la analgesia con opiaceos se administre en mínima cantidad para prevenir efectos adversos como nauseas, vómitos, sedación, mareos, somnolencia, disfunción renal y estreñimiento, que pueda contribuir a un retraso en la recuperación.

CONCLUSIONES/ DISCUSION

Una vez obtenidos los resultados anteriores, los presentaremos a la dirección del HUIC, y dejaremos en sus manos el desarrollo del plan. Según la bibliografía consultada, el seguimiento de un protocolo FT de PTR, disminuye el dolor, las complicaciones, la rehabilitación ambulatoria, la estancia hospitalaria, la tasa de revisiones y los costes. Si conseguimos su implantación, podríamos continuar un estudio comparativo de costes y resultados.

La carga laboral, el tamaño del centro, los hábitos, son algunos de los obstáculos que impiden o dilatan considerablemente la ejecución de tales programas. El éxito pasa por conseguir crear un equipo multidisciplinar cohesionado, con un único mensaje, y un objetivo común: la búsqueda de una mejora continua basándose en la evidencia.

1. Marina Fernandez, R; Ginés Mateos, G; Arco Perez, MC; Nuevo Gayoso, M; Faura Vendrell, T. Gestion del dolor en pacientes del programa Rapid Recovery (RR) en artroplastia total de rodilla (ATR). Rev Rol Enfer. 2015;38(6):420-425 2. Gonzalez Sotelo, V, et all. Bloqueo ecoguiado de los nervios geniculados en el manejo analgésico de la artroplastia de rodilla: descripción de la técnica y resultados clínicos preliminares. Rev Esp Anestesiol Reanim.2017.

3. Perez Moro, OS; Fernandez Cuadros, ME; Diez Ramos, F; Galvez Rabadal, A; Neyra Borrajo, I; Llopis Miró, R. Efectividad y eficiencia de la vía clínica rápida (Fast Track) en prótesis total de rodilla y cadera (PTR y PTC): 11 años de experiencia. Validación de la vida clinica. Análisis de la estancia hospitalaria, tasa de revisiones y coste en un hospital publico español. Rehabilitación (Madr).2016;50(3):150-159.

4, Wilches, C; Sulbaran, JD; Fernandez, JE; Gisbert, JM; Bausili, JM; Pelfort, X. Técnica de recuperación acelerada (Fast Track) aplicada a cirugia protrsica primaria de rodilla y cadera. Analisis de costos y complicaciones. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2017; 61 (2): 111-116

5. Sevillano-Jimenez, A. et al. Rol de enfermería en los programas de recuperación intensificada (fast track). Enferm Clin. 2017. 6. Via clinica de Protessi total de rodilla en el Hospital Universitario Infanta Cristina.