

1 de Septiembre de 2006

Estimado compañero:

El tratamiento perioperatorio es uno de los aspectos de la práctica más sujetos a la tradición de las escuelas quirúrgicas. Sin embargo, durante los últimos años, se han cuestionado algunas de las actitudes “clásicas”. La cirugía colorrectal no sólo no ha sido una excepción a estos usos y controversias, sino que posiblemente ha supuesto uno de los ámbitos en los que se han planteado más novedades.

Es por ello que, desde la Asociación Española de Cirujanos en su Sección de Coloproctología, y coordinadamente con la Asociación Española de Coloproctología nos hemos propuesto conocer la opinión actual de los cirujanos españoles respecto a estos temas y de este modo conocer las tendencias predominantes en nuestro país.

La siguiente encuesta, que puede responderse en unos 20 minutos, tiene dos partes: la primera de ellas incluye, a parte de los datos generales, cuestiones sobre el uso habitual de diferentes métodos profilácticos o tratamientos perioperatorios. En la segunda se plantea tu opinión personal sobre los mismos. Es posible que recibas en dos ocasiones la encuesta si eres miembro de ambas Asociaciones. En cualquier caso, responde sólo una. Puedes rellenarla sobre el propio archivo de Word marcando con una X a ser posible en rojo al lado de la casilla correspondiente a la respuesta elegida, o bien imprimirla y hacerlo manualmente.

Las respuestas se pueden remitir vía E-mail, a jvroigvila@aecirujanos.es , roig_jvi@gva.es adjuntando este archivo cumplimentado, o por correo ordinario a:

Dr José Vicente Roig Vila
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Consortio Hospital General Universitario
Avenida Tres Cruces s/n
46014 Valencia

Tu participación, y opinión son muy importantes para conocer el estado actual de estas cuestiones en nuestro país, por lo que te agradecemos por adelantado tu colaboración. Con objeto de reclutar los datos homogéneamente, nos interesaría la respuesta en el plazo de 1 mes.

Recibe un saludo muy cordial.



José Vicente Roig Vila
Coordinador. Sección de Coloproctología
Asociación Española de Cirujanos

Eduardo García-Granero Ximénez
Presidente
Asociación Española de Coloproctología

**ENCUESTA NACIONAL SOBRE CUIDADOS PERIOPERATORIOS
EN CIRUGIA MAYOR COLORRECTAL ELECTIVA**

1. Datos generales

Edad _____ años **Sexo** H M **Años en ejercicio como cirujano** _____

Comunidad Autónoma

Andalucía Aragón Asturias Baleares Cantabria
Canarias Castilla la Mancha Castilla-León Cataluña Ceuta y Melilla
Comunidad Valenciana Extremadura Galicia La Rioja
Madrid Murcia Navarra País Vasco

Hospital donde trabaja

< 100 Camas 100-300 camas 300-500 camas > 500 camas
Práctica Privada Hospital de distrito Hospital de tercer nivel Hospital Universitario

Puesto de trabajo Médico Adjunto Jefe de Sección Jefe de Servicio

Grado Académico

Licenciado Doctor Profesor Asociado Profesor Titular Catedrático

Certificación Board Europeo en Coloproctología No Si

Porcentaje de actividad que dedica personalmente a Cirugía colorrectal _____%

Número de resecciones de recto programadas que efectúa personalmente al año _____

Número de resecciones de colon programadas que efectúa personalmente al año _____

Porcentaje de cirugía colorrectal programada que efectúa por vía laparoscópica _____%

2. Preparación mecánica de colon (PMC)

¿La efectúa habitualmente a sus pacientes con cirugía abierta? No Sí

Si su respuesta es afirmativa, por favor responda las siguientes:

¿Qué tipo de preparación emplea?

Anterógrada Retrógrada (Enemas) Mixta

Si emplea preparación anterógrada, por favor responda la siguiente:

¿Qué producto usa habitualmente?

Polietilenglicol Fosfato sódico Otro (Indicar) _____

¿Hace PMC en cirugía de colon derecho? No Sí

¿Hace PMC en cirugía de colon izquierdo? No Sí

¿Hace PMC en cirugía de recto? No Sí

¿La efectúa habitualmente a sus pacientes por vía laparoscópica? No Sí

En el caso de que no efectúe en alguno de los supuestos PMC

¿emplea un enema de fosfato para limpiar la ampolla rectal? No Sí

¿Efectúa reposición hidroelectrolítica sistemática simultánea a la PMC?

No Ingesta líquida abundante Fluidoterapia preoperatoria Ingesta+fluidoterapia

3. Profilaxis antibiótica

¿La efectúa sistemáticamente? No Sí

Si su respuesta es afirmativa, por favor responda las siguientes:

¿Qué pauta emplea? Oral Endovenosa Combinada

¿Si emplea profilaxis e.v. ¿cuándo administra la primera dosis?

2 horas antes de la cirugía En la inducción anestésica En el postoperatorio

¿Si emplea profilaxis e.v. ¿cuántas dosis prescribe por lo general?

Sólo 1 dosis Durante el 1º día postop. Durante 2-3 días Durante > 3 días

¿Qué fármaco/s emplea generalmente? _____

4. Profilaxis tromboembólica con heparinas de bajo peso molecular (HBPM)

¿La efectúa sistemáticamente? No Sí

Si su respuesta es afirmativa, por favor responda las siguientes:

¿Cuándo administra la primera dosis?

2 horas antes de la cirugía 12 horas antes de la cirugía En el postoperatorio

¿Cuánto tiempo mantiene la profilaxis?

Durante 2-3 días Hasta que deambula Durante todo el ingreso > 15 días > 1 mes

5. Ingesta preoperatoria

¿Qué alimentación indica a sus pacientes el día de antes de la intervención?

Dieta líquida Dieta sin residuos Dieta normal

¿Qué alimentación indica a sus pacientes la noche de antes de la intervención?

Dieta líquida Dieta sin residuos Dieta normal

¿Cuántas horas de ayuno preoperatorio de sólidos exige ?

Un mínimo de 2-3 horas Un mínimo de 4-5 horas Un mínimo de 6 o más horas

¿Indica líquidos azucarados en las 4 horas previas a la cirugía ?

Nunca Ocasionalmente Habitualmente

¿Cuántas horas de ayuno preoperatorio de líquidos exige?

Un mínimo de 2-3 horas Un mínimo de 4-5 horas Un mínimo de 6 o más horas

6. Empleo de drenajes

¿Cuándo emplea drenajes en la cirugía colorrectal?

Prácticamente nunca Selectivamente Prácticamente de rutina

Si utiliza selectivamente los drenajes, conteste por favor a las siguientes preguntas:

¿Qué factores le hacen decidir la colocación de un drenaje?

Localización de la patología (Recto/Colon) Tipo de intervención (Con / Sin anastomosis)

Dificultad operatoria Condiciones del paciente Duración de la intervención

Sangrado abundante Contaminación operatoria Mala preparación del colon

Anastomosis de riesgo (muy baja) Vía de abordaje (abierta vs. Laparoscópica)

¿En qué % aproximado de pacientes con cirugía electiva de colon deja drenaje? _____

¿En qué % aproximado de pacientes con cirugía electiva de recto deja drenaje? _____

Si utiliza selectivamente o de rutina los drenajes, conteste por favor a las siguientes preguntas:

¿Qué tipo de drenaje emplea habitualmente en los siguientes tipos de cirugía electiva?

	Colon dcho.	Colon izdo.	Recto con anastom.	Amputación recto
Penrose o goma arrugada				
Aspirativo tipo Redón				
Tipo Jackson Pratt				
Tubo de silicona				
Drenaje con lavado				
Otros				

¿Qué nº de drenajes emplea habitualmente en los siguientes tipos de cirugía electiva?

	Colon dcho.	Colon izdo.	Recto con anastom.	Amputación recto
Ninguno				
Uno				
Dos				
Más de dos				

¿Cuándo retira el / los drenajes por lo general ? (Elija la mejor respuesta)

Cuando inicia peristalsis Cuando ventosea Cuando defeca

Cuando disminuye débito < 50 ml A las 24 horas A las 48 horas

A las 72 horas A los 7 días No tiene norma fija

7. Reducción de la contaminación de la herida y prevención de adherencias

¿Qué método emplea habitualmente para proteger la herida quirúrgica durante la intervención?

Compresas Compresas con Betadine Plástico tipo Vidrape Compresas+plástico

¿Lava habitualmente la cavidad abdominal tras completar la intervención?

No Con suero fisiológico Con antisépticos diluidos

¿Cambia habitualmente los paños quirúrgicos antes del cierre? No Si

¿Cambian habitualmente los guantes del equipo antes del cierre? No Si

¿Utiliza instrumental limpio para el cierre? No Sí

¿Cepilla la herida o la pincela con antiséptico antes del cierre? No Sí

¿Coloca sistemáticamente algún producto para prevención de adherencias ?

No Adept[®] Seprafilm[®] Otro _____

¿Cuándo retira el apósito de la herida quirúrgica por primera vez en el postoperatorio?

A las 24 horas A las 48 horas A las 72 horas Más adelante

8. Analgesia

¿Emplea habitualmente analgesia epidural en cirugía de colon? No Sí

¿Emplea habitualmente analgesia epidural en cirugía de recto? No Sí

Si su respuesta es afirmativa, por favor responda las siguientes:

¿A qué nivel aproximado coloca el catéter para cirugía de colon? ____ ¿y de recto? ____

¿Cuándo retira habitualmente el catéter? 24 horas 48 hs > de 48 horas

9. Mantenimiento de la normotermia durante la intervención

¿En qué % de pacientes emplea aire caliente para mantener la normotermia? ____

¿En qué % de pacientes emplea fluidos calientes para mantener la normotermia? ____

10. Oxígeno postoperatorio

¿ Indica sistemáticamente oxigenoterapia postoperatoria? No Sí

Si su respuesta es afirmativa, por favor responda las siguientes:

¿ Cómo lo administra ? Mascarilla tipo Ventimask Gafas nasales Mascarilla especial

¿ A qué concentración? _____%

¿ Cuánto tiempo lo mantiene ? < 6 horas 6-24 horas 24-48 hs > de 48 horas

11. Fluidos postoperatorios

¿Qué cantidad total aproximada de fluidos e.v. prescribe habitualmente tras la cirugía?

1000 ml 1500 ml 2000 ml 2500 ml 3000 ml 3500 ml > 3500 ml

¿En qué % aproximado de pacientes indica Nutrición parent. central o periférica? ____

¿En qué % aproximado de pacientes indica Albúmina? ____

12. Sonda vesical

¿Cuándo retira el catéter vesical por lo general en ausencia de complicaciones?

A las 24 horas A las 48 horas A las 72 horas No tiene norma fija

13. Sonda nasogástrica (SNG)

¿Cuándo emplea la SNG en el postoperatorio?

Prácticamente nunca Selectivamente Prácticamente de rutina

¿En algún caso prefiere una gastrostomía de drenaje a una SNG? No Sí

Si utiliza selectivamente la SNG, conteste por favor a las siguientes preguntas:

¿Qué factores le hacen decidir emplear la sonda nasogástrica en el postoperatorio?

Localización de la patología (Colon/Recto) Tipo de intervención (Con / Sin anastomosis)

Dificultad operatoria Condiciones del paciente Duración de la intervención

Contaminación operatoria Mala preparación del colon Anastomosis de riesgo (muy baja)

Vía de abordaje (abierta vs. Laparoscópica)

Si utiliza selectivamente o de rutina la SNG, conteste por favor a las siguientes preguntas:

¿Cuándo retira la SNG?

Cuando inicia peristalsis (auscultación) Cuando ventosea Cuando defeca

Cuando disminuye débito < 100ml A las 24 horas A las 48 horas

A las 72 horas No tiene norma fija

14. Alimentación postoperatoria

¿Cuándo inicia la tolerancia oral en cirugía abierta CON anastomosis?

(Si el paciente no vomita)

Cuando se ausculta peristalsis Cuando ventosea Cuando defeca

Cuando retira la SNG El día de la intervención A las 24 horas

A las 48 horas A las 72 horas No tiene norma fija

¿Cuándo inicia la tolerancia oral en cirugía laparoscópica CON anastomosis?

(Si el paciente no vomita)

Cuando se ausculta peristalsis Cuando ventosea Cuando defeca

Cuando retira la SNG El día de la intervención A las 24 horas

A las 48 horas A las 72 horas No tiene norma fija

¿Cuándo inicia la tolerancia oral en cirugía abierta SIN anastomosis?

(Si el paciente no vomita)

Cuando se ausculta peristalsis Cuando ventosea Cuando defeca

Cuando retira la SNG El día de la intervención A las 24 horas

A las 48 horas A las 72 horas No tiene norma fija

¿Cuándo inicia la tolerancia oral en cirugía laparoscópica SIN anastomosis

(Si el paciente no vomita)

Cuando se ausculta peristalsis Cuando ventosea Cuando defeca

Cuando retira la SNG El día de la intervención A las 24 horas

A las 48 horas A las 72 horas No tiene norma fija

15. Rehabilitación postoperatoria

¿Cuándo hace levantarse al paciente por lo general ?

El día de la cirugía A las 24 horas A las 48 hs A las 72 hs No tengo norma fija

¿Cuándo hace que camine el paciente por lo general?

El día de la cirugía A las 24 horas A las 48 hs A las 72 hs No tengo norma fija

¿En qué porcentaje de sus paciente usa incentivación respiratoria tipo Respir-flow®? ____

¿En qué porcentaje de sus paciente indica efectuar inspiraciones profundas? ____

16. Vía clínica y Rehabilitación multimodal (RHMM) o Fast-Track

¿Sigue de forma sistemática una vía clínica para el manejo perioperatorio? No Si

¿Sigue de forma sistemática un protocolo de RHMM? No Si

17. Criterios de alta hospitalaria

¿Qué mínimos requisitos de los siguientes considera imprescindibles para dar de alta hospitalaria al paciente?

- Tránsito a gases No Sí
- Tránsito a heces No Sí
- Tolerancia a dieta semiblanda No Sí
- Tolerancia a dieta blanda No Sí
- Ausencia de síntomas de sepsis local o general No Sí
- Deambulación No Sí
- Retirada de puntos o grapas de sutura No Sí

¿ En su experiencia qué porcentaje aproximado de pacientes da de alta hospitalaria en cada día de los siguientes en ausencia de complicaciones?

	COLON		RECTO	
	Cirugía abierta	Cirugía laparoscópica	Cirugía abierta	Cirugía laparoscópica
Antes del 4° día				
4° día				
5° día				
6° día				
7° día				
8° día				
9° día				
Después del 9° día				

A) Señale su opinión respecto a la preparación mecánica en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Facilita la intervención (Cirugía abierta)			
Reduce la contaminación del campo operatorio			
Disminuye las infecciones de herida			
Disminuye los abscesos intraabdominales			
Disminuye las dehiscencias anastomóticas			
Produce alteraciones hidroelectrolíticas importantes			

Considero la preparación intestinal mecánica en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

B) Señale su opinión respecto a la profilaxis antibiótica en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Disminuye las infecciones de herida			
Disminuye los abscesos intraabdominales			
Disminuye las dehiscencias anastomóticas			

Considero la profilaxis antibiótica en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

C) Señale su opinión respecto a la profilaxis tromboembólica con HBPM en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Disminuye la morbimortalidad por enfermedad tromboembólica venosa de modo significativo			
Puede sustituirse por la simple deambulacion precoz			

Considero la profilaxis tromboembólica con HBPM en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

D) Señale su opinión respecto a la ingesta de líquidos azucarados en las 2-4 horas inmediatamente preoperatorias

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Disminuye las náuseas y vómitos postoperatorios			
Disminuye las infecciones			
Incrementa el riesgo de aspiración en la inducción anestésica			

Considero la ingesta de líquidos azucarados en la 2-4 horas inmediatamente preoperatorias

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

E) Señale su opinión respecto al empleo de drenajes abdominales en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Aumentan complicaciones pulmonares			
Aumentan la estancia hospitalaria			
Aumentan las infecciones de herida			
Pueden favorecer fuga anastomótica			
Tranquilizan al cirujano			
Reducen las colecciones líquidas intraabdominales postoperatorias			
Canalizan bien las dehiscencias evitando peritonitis en caso de fuga			
Disminuyen los hematomas pélvicos y sus complicaciones			

Considero el uso de drenajes de las anastomosis de colon

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

Considero el uso de drenajes tras cirugía pélvica del recto

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

F) Considero el cambio de paños quirúrgicos, guantes e instrumental para la reducción de las infecciones postoperatorias.

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

Considero el uso de productos para prevenir las adherencias postoperatorias.

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

G) Señale su opinión respecto a la analgesia epidural en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO

			SEGURO
Aumenta el confort del paciente			
Reduce íleo postoperatorio			
Reduce dehiscencias anastomóticas			
Disminuye complic. cardiopulmonares			
Disminuye riesgo de trombosis venosas			

Considero la analgesia epidural en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

H) Señale su opinión respecto al mantenimiento de la normotermia en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Reduce las infecciones postquirúrgicas			
Reduce las necesidades transfusionales			

Considero el mantenimiento de la normotermia tras cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

I) Señale su opinión respecto a la Oxigenoterapia en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Disminuye las infecciones quirúrgicas			
Reduce íleo postoperatorio			
Aumenta complicaciones pulmonares			
Reduce dehiscencias anastomóticas			
Disminuye los vómitos postoperatorios			

Considero el uso de Oxigenoterapia tras cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

J) Señale su opinión respecto a la restricción postoperat. de fluidos en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Mejora la cicatrización			
Reduce el íleo postoperatorio			
Reduce las complicaciones pulmonares			
Es perniciosa para la función renal			

Considero la restricción de fluidos tras cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

K) Señale su opinión respecto al drenaje gástrico (SNG) en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Aumenta el confort del paciente			
Reduce náuseas y vómitos			
Reduce íleo postoperatorio			
Aumenta complicaciones pulmonares			
Reduce dehiscencias anastomóticas			
Reduce obstrucciones intestinales			
Reduce eventración /evisceración			

Considero el drenaje gástrico postoperatorio con SNG en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

L) Señale su opinión respecto a la alimentación precoz en cirugía colorrectal

(iniciada el día de la intervención o primer día postoperatorio)

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Aumenta las náuseas y vómitos			
Reduce el íleo postoperatorio			
Aumenta las dehiscencias de sutura			
La considero peligrosa			

Considero la alimentación precoz en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

M) Señale su opinión respecto a la movilización precoz en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Reduce las complicaciones respiratorias			
Reduce el íleo postoperatorio			
Reduce la enfermedad tromboembólica venosa			
La considero peligrosa para la cicatrización			

Considero la movilización precoz en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

N) Señale su opinión respecto a la rehabilitación multimodal (fast-track) en cirugía colorrectal

	SI	NO	NO ESTOY SEGURO
Aumenta el confort del paciente			
Reduce la estancia postoperatoria			
Reduce las complicaciones			
Aumenta los riesgos			

Considero la rehabilitación multimodal (*Fast-track*) en cirugía colorrectal

Muy útil Algo útil Nada útil No estoy seguro

Señale con una cruz en la casilla correspondiente si ha variado su opinión en los últimos 5-10 años respecto a los siguientes puntos.

	P.M.C	P.A.T.B	P.T.E.	Drenajes	M.P.C.H.	Normotermia	R.F.P.O.	Oxigeno Postop.	Epidural	S.N.G.	Alimentación precoz	Movilización precoz	R.H.M.M.
Se ha mantenido igual													
La empleaba y ya no lo hago													
La empleo mucho menos													
La empleo menos													
La empleo más													

- P.M.C. Preparación mecánica del colon
- P.A.T.B. Profilaxis antibiótica
- P.T.E. Profilaxis tromboembólica con HBPM
- M.P.C.H. Medidas para evitar la contaminación de la herida (Cambio guantes y paños, lavado etc)
- R.F.P.O. Reducción de fluidos postoperatorios
- S.N.G. Sonda nasogástrica o gastrostomía
- R.H.M.M. Rehabilitación multimodal (*Fast-track*)

Comentarios y sugerencias:

Muchas gracias por tu inestimable colaboración