NOTA:

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y **su vigencia no ha sido revisada.**

Por este motivo, **se desconoce si sus recomendaciones continúan vigentes**, por lo que deben ser consideradas con precaución y aplicadas teniendo en cuenta **el juicio clínico y las circunstancias individuales de cada paciente.**

Preguntas para responder

Medidas Preoperatorias

Información al paciente

1. En el paciente que va a ser intervenido de cirugía abdominal, la información sobre el proceso (vía clínica) ¿ayuda a disminuir la estancia hospitalaria?

Cribado nutricional

2. En el paciente que va a ser intervenido de cirugía abdominal, el estudio de la situación del estado nutricional ¿disminuye las complicaciones postoperatorias (morbimortalidad)?

Bebidas carbohidratadas

3. En el paciente que va a ser intervenido de cirugía mayor abdominal electiva, ¿la administración de bebidas carbohidratadas (dos horas antes de la cirugía) frente a no administrar nada disminuye las complicaciones postoperatorias? ¿Disminuye la estancia hospitalaria?

Premedicación anestésica

4. En pacientes a los que se realiza cirugía mayor abdominal electiva, ¿existe evidencia de que no dar medicación preanestésica puede reducir o evitar el íleo postoperatorio?

Medidas Intraoperatorias

Cirugía laparoscópica y RICA

5. En pacientes a los que se realiza cirugía mayor abdominal electiva, ¿reducen la morbimortalidad y la estancia hospitalaria las siguientes intervenciones cuando se comparan con realizar laparoscopia y cuidados perioperatorios convencionales?
   - Laparoscopia + RICA
   - Laparotomía + RICA

Medidas perioperatorias

Fluidoterapia

6. En el paciente intervenido de cirugía mayor abdominal electiva, el uso de un algoritmo terapéutico de manejo de fluidos dirigido por objetivos versus fluidoterapia restrictiva ¿Reduce las complicaciones postoperatorias? ¿Acorta el íleo postoperatorio? ¿Acorta la estancia hospitalaria?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Analgesia

7. En pacientes a los que se realiza cirugía mayor abdominal electiva, ¿el bloqueo del plano transverso abdominal (TAP) es más eficaz y seguro que la analgesia epidural?

Medidas postoperatorias

Reinicio precoz de la alimentación oral

8. En el paciente al que se realiza cirugía mayor abdominal electiva, la administración precoz de nutrición oral frente a no administrar nada ¿acorta el íleo postoperatorio?

Movilización precoz

9. En el paciente al que se realiza cirugía mayor abdominal electiva, la movilización precoz (levantamiento en las primeras 6 horas) frente a mantenerse en cama ¿acorta el íleo postoperatorio?

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Niveles de evidencia y grados de recomendación

Tabla 1. Niveles de evidencia y grados de recomendación de SIGN para estudios de intervención[1]

Niveles de evidencia	
1++	Metanálisis de alta calidad, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos de alta calidad con muy poco riesgo de sesgo.
1+	Metanálisis bien realizados, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos bien realizados con poco riesgo de sesgos.
1-	Metanálisis, revisiones sistemáticas de ensayos clínicos o ensayos clínicos con alto riesgo de sesgos.
2++	Revisiones sistemáticas de alta calidad de estudios de cohortes o de casos y controles. Estudios de cohortes o de casos y controles con riesgo muy bajo de sesgo y con alta probabilidad de establecer una relación causal.
2+	Estudios de cohortes o de casos y controles bien realizados con bajo riesgo de sesgo y con una moderada probabilidad de establecer una relación causal.
2-	Estudios de cohortes o de casos y controles con alto riesgo de sesgo y riesgo significativo de que la relación no sea causal.
3	Estudios no analíticos, como informes de casos y series de casos.
4	Opinión de expertos.
Grados de recomendación	
A	Al menos un metanálisis, revisión sistemática o ensayo clínico clasificado como 1++ y directamente aplicable a la población diana de la guía; o un volumen de evidencia científica compuesto por estudios clasificados como 1+ y con gran concordancia entre ellos.
B	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2++, directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran concordancia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 1 ++ o 1+.
C	Un volumen de evidencia científica compuesta por estudios clasificados como 2+ directamente aplicable a la población diana de la guía y que demuestran gran consistencia entre ellos; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2 ++.
D	Evidencia científica de nivel 3 o 4; o evidencia científica extrapolada desde estudios clasificados como 2+.

Los estudios clasificados como 1- y 2- no deberían usarse para la elaboración de recomendaciones por su alta posibilidad de sesgo.

Buena práctica clínica*

√	Práctica recomendada basada en la experiencia clínica y el consenso del equipo redactor.

** En ocasiones el grupo elaborador se percata de algún aspecto práctico importante sobre el que se quiere hacer énfasis y para el cual no existe, probablemente, ninguna evidencia que lo soporte. En general, estos casos tienen que ver con algún aspecto del tratamiento considerado buena práctica clínica y que nadie cuestionaría habitualmente. Estos aspectos son valorados como puntos de buena práctica clínica. Estos mensajes no son una alternativa a las recomendaciones basadas en la evidencia, sino que deben considerarse únicamente cuando no existe otra manera de destacar dicho aspecto.*

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

Recomendaciones de la GPC

4. Medidas preoperatorias

4.1. Información al paciente

√	Se deberá proporcionar información oral y escrita al paciente que va a ser intervenido de cirugía mayor abdominal, describiendo lo que va a suceder durante todo el ingreso hospitalario, resolviendo dudas y haciéndole partícipe del proceso quirúrgico.
√	Se recomienda que la información que se transmite al paciente que va a ser intervenido de cirugía mayor abdominal se consensúe antes por un equipo multidisciplinar para favorecer una comprensión integral del proceso quirúrgico.

4.2. Cribado nutricional

D	Se recomienda realizar un cribado nutricional a todos los pacientes que van a ser intervenidos de cirugía mayor abdominal.
√	La valoración del estado nutricional del paciente se debería realizar en el curso de la visita preoperatoria con el tiempo suficiente para poder tomar las medidas necesarias derivadas de los resultados de la evaluación, por parte de los equipos de soporte nutricional existentes en cada centro.
√	Se recomienda iniciar un tratamiento nutricional en el periodo preoperatorio en todos aquellos pacientes identificados en riesgo de desnutrición con el cribado nutricional.

4.3. Bebidas carbohidratadas

B	En pacientes no diabéticos que van a ser intervenidos de cirugía mayor abdominal electiva, se recomienda la administración de 200 a 400 ml de una bebida carbohidratada que contenga al menos 50 gr. de glucosa, hasta 2 horas antes de la intervención quirúrgica.
B	En pacientes no diabéticos que van a ser intervenidos de cirugía mayor abdominal electiva, se debe tener en cuenta que la administración, hasta 2 horas antes de la cirugía, de líquidos claros carbohidratados es segura, no se asocia con efectos perjudiciales para los pacientes como vómitos o neumonitis por aspiración.

4.4. Premedicación anestésica

B	No se recomienda el uso de premedicación sedante y/o ansiolítica de acción intermedia o larga en pacientes intervenidos de cirugía mayor abdominal.
√	En aquellos casos en los que se estime necesario administrar premedicación ansiolítica, se recomiendan las BDZ de acción corta.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.

5. Medidas intraoperatorias

5.1. Cirugía laparoscópica y RICA

B	En pacientes que van a ser intervenidos de cirugía colorrectal electiva, se recomienda el abordaje laparoscópico en combinación con la aplicación de un programa de recuperación intensificada en cirugía abdominal.

6. Medidas perioperatorias

6.1. Fluidoterapia

A	La cirugía colorrectal enmarcada dentro de un programa de recuperación intensificada en cirugía abdominal (RICA) debe disponer de un plan de fluidoterapia individualizado para cada paciente.
√	La cirugía abdominal enmarcada dentro de un programa de RICA debe disponer de un plan de fluidoterapia individualizado para cada paciente.
B	En pacientes intervenidos de cirugía colorrectal se sugiere el uso de un algoritmo terapéutico de manejo de fluidos dirigido por objetivos hemodinámicos cuando existan los recursos humanos y técnicos necesarios.
B	En pacientes con bajo riesgo quirúrgico (ASA I ó II) intervenidos de cirugía colorrectal en el marco de un programa de RICA, valorar la posibilidad de realizar una estrategia de manejo de fluidos intraoperatorios con un balance próximo a cero.

6.2. Analgesia

	No existe evidencia científica suficiente para apoyar una recomendación a favor o en contra del uso del bloqueo del plano transverso del abdomen para la analgesia postoperatoria en cirugía mayor abdominal.
B	En caso de que se realice la técnica TAP para analgesia postoperatoria esta debería ser mediante catéter con perfusión continua.

7. Medidas postoperatorias

7.1. Reinicio precoz de la alimentación oral

B	En pacientes que han sido intervenidos de cirugía colorrectal, cirugía del intestino delgado o cirugía abdominal ginecológica se recomienda iniciar la ingesta oral de líquidos y sólidos lo antes posible, según la tolerancia del paciente, preferiblemente dentro de las primeras 24 horas después de la intervención quirúrgica, pudiendo ser reiniciada a partir de las 4 horas después de la cirugía.

7.2. Movilización precoz

D	Se recomienda implementar un plan de cuidados perioperatorios que fomente la movilización precoz y progresiva del paciente, con el levantamiento de la cama el mismo día de la cirugía, y el inicio de la deambulación dentro de las primeras 24 horas postoperatorias.

Han transcurrido más de 5 años desde la publicación de esta Guía de Práctica Clínica y su vigencia no ha sido revisada.