

Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital “Dr. Luis Díaz Soto”. La Habana

LOS PROTOCOLOS ERAS EN LA GINECOLOGÍA Y LA OBSTETRICIA. ACCIONES EN EL POSTOPERATORIO

Iraisa León Cid¹.

RESUMEN

Los protocolos ERAS prescriben acciones una vez concluido el acto quirúrgico para facilitar y acelerar la recuperación postoperatoria del paciente tales como el control del dolor postoperatorio, la rápida retirada de drenajes, sondas y catéteres, la movilización precoz fuera del lecho y la subsiguiente deambulacion, y la reapertura temprana de la vía oral. Las acciones que se conducen en el postoperatorio enfatizan en un rol más activo del paciente y sus familiares dentro del proceso general de la recuperación acelerada. Una vez se decida el egreso del paciente, se elaborarán los programas correspondientes para el autocuidado en el hogar, y la continuidad de las acciones iniciadas en el postoperatorio. **León Cid I.** *Los protocolos ERAS en la Ginecología y la Obstetricia. Acciones en el postoperatorio. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(2 Supl 1):S134-S140. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Palabras clave: *Recuperación acelerada / Cirugía / Postoperatorio.*

INTRODUCCIÓN

La irrupción de los protocolos ERAS en la actividad hospitalaria ha significado la reingeniería de las especialidades de la Anestesiología y la Cirugía.¹ La filosofía principal que guía a los protocolos ERAS es la reducción del estrés metabólico y humoral que es causado por el trauma quirúrgico, a la vez que apoya la recuperación temprana del paciente.

Los protocolos ERAS proponen el abordaje de las diferentes etapas del acto operatorio mediante la implementación de paquetes de cuidado y tratamiento (del inglés “*bundles of care*”) que deben impactar positivamente en la atención quirúrgica y la recuperación postoperatoria.² En consecuencia, se pretende con los protocolos ERAS que se reduzcan las complicaciones postoperatorias, se acorte la estadía hospitalaria, mejore la experiencia del paciente y sus familiares con el tránsito quirúrgico, y disminuyan los costos hospitalarios.

La *ERAS Society* ha desarrollado protocolos ERAS para varias especialidades quirúrgicas.³⁻⁸ En la práctica de las especialidades de la Ginecología y la Obstetricia se destacan las propuestas hechas por los grupos liderados por Nelson *et al.* (2016),⁹⁻¹⁰ Wilson *et al.* (2018),¹¹ Caughey *et al.* (2018),¹² y Macones *et al.* (2019),¹³ quienes han pautado la actuación

¹ Médico. Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Ciencias. Profesor Asistente.

perioperatoria en la cirugía ginecológica y la cesárea con vistas a la rápida y mejor recuperación de la paciente.

Sobre las acciones conducidas en el postoperatorio para la recuperación postoperatoria

Se han identificado varios de los eventos que retrasan la recuperación postoperatoria del paciente, y entre ellos se pueden mencionar el dolor, las náuseas y los vómitos, el aporte “generoso” de fluidos parenterales, la inmovilidad, y la colocación “rutinaria” de sondas nasogástricas, catéteres vesicales, y drenajes de cavidades.¹⁴ Todos estos eventos han sido trazados hasta prácticas culturales embebidas en la actuación de los Servicios hospitalarios de Anestesiología y Cirugía. Por lo tanto, y en aras de la más rápida y completa recuperación del paciente, los protocolos ERAS han propuesto la revisión crítica de tales prácticas, y la superación de las mismas mediante acciones conducidas antes, durante y después del acto quirúrgico, tanto en el hospital como en el hogar.

Una analgesia subóptima se asocia con el retraso en la recuperación funcional, y la prolongación de la inmovilización, lo que, a su vez, podría aumentar el riesgo de complicaciones tromboembólicas. En el caso de la puerpera, la persistencia del dolor tras la cesárea resultaría en una deficiente vinculación con el recién nacido y dificultades para realización de la lactancia; y una incidencia mayor de la depresión posparto.

El uso de opiáceos se asocia al retraso en la restauración de la funcionalidad intestinal, una incidencia mayor de íleo postoperatorio, y demoras en la recuperación postquirúrgica, razones por las cuales estos medicamentos deben reservarse como analgesia de rescate. En su lugar, la anestesia y la analgesia multimodales han sido propuestas para el mejor control (y la prevención en última instancia) del dolor postoperatorio (DPO).¹⁵⁻¹⁸ La anestesia y la analgesia multimodales combinan la administración epidural y endovenosa de anestésicos y analgésicos. La analgesia epidural se prolonga durante 48 horas después de concluido el acto quirúrgico para un efecto más duradero. Retirada la analgesia epidural, se continúa con otros medicamentos y otras vías de administración para la consecución del mismo propósito. En el caso de los procedimientos laparoscópicos y mínimamente invasivos, la agresión quirúrgica es de menor intensidad, y por ello, también es menor el DPO. Así, se reducen las necesidades analgésicas, y se logra un alta hospitalaria más pronta.

Las náuseas y los vómitos representan una de las complicaciones postoperatorias más frecuentes y molestas, y se pueden convertir en motivo para el retraso en la recuperación de la mujer tras la cesárea, la histerectomía y otras conductas quirúrgicas. La respuesta a la cirugía, la hipotensión arterial, la disminución del gasto cardíaco debida a la compresión del territorio aorto-cava que ejerce el útero grávido, la sobrecarga hídrica, y el uso de opioides y uterotónicos han sido descritos como factores de riesgo en la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios.

En vista de lo anterior, entre las acciones contempladas en los protocolos ERAS para la prevención de náuseas y vómitos se tienen la restricción del aporte de fluidos intravenosos, la minimización del ayuno perioperatorio, el retiro precoz de la sonda nasogástrica (o la evitación de la colocación de la misma), la movilización y la deambulación precoces, y la reapertura temprana de la vía oral.¹⁹ Asimismo, se proponen varios medicamentos con efecto antiemético para la paliación de las náuseas y los vómitos presentes, entre ellos, los antagonistas de los receptores de la serotonina, los antagonistas de la dopamina, y algunos con efectos sedantes.¹⁹

El aporte excesivo de fluidos intravenosos debe evitarse en lo posible, y las cantidades que se requieran se administrarán según objetivos terapéuticos definidos.²⁰⁻²¹ Una vez completada la cirugía, se continuará la administración de fluidos durante otras 24 horas. Se preferirá el uso de solución salina al 0.9 % como vehículo para la hidratación y la infusión de medicamentos.

La vía oral debe reiniciarse tan pronto como sea posible, y ello se correspondería con el momento en que se completan las acciones de reanimación, resucitación y rehidratación.²² La reanudación de la vía oral, y la ingestión subsiguiente de líquidos, reducen la necesidad del uso de fluidos parenterales durante el postoperatorio. El consumo de bebidas energética- y nutricionalmente densas es bien tolerado por el paciente durante la evolución postoperatoria, y contribuye a la rehabilitación de la vía oral y la reinstauración del régimen dietético propio del paciente antes de la cirugía.

Similarmente, el paciente debe ser animado a permanecer fuera del lecho, y deambular precozmente, tras la cirugía.²³ La inmovilización prolongada se asocia con una resistencia aumentada a la insulina, la disminución de la fuerza de la contracción muscular, el empeoramiento de la función respiratoria, y el riesgo aumentado de tromboembolismo pulmonar (TEP). Por consiguiente, se le debe recomendar al paciente que permanezca fuera del lecho dos horas en el mismo día de la cirugía, y 6 horas en los días sucesivos hasta el momento del egreso. Los objetivos del programa de movilización postoperatoria precoz deben discutirse durante la consejería preoperatoria. Un protocolo adecuado de analgesia multimodal postoperatoria puede ayudar en el logro de la movilización precoz.

El íleo postoperatorio persistente es otra causa de retraso de la recuperación postoperatoria, y en ello pueden influir desde el uso de opioides y el aporte excesivo de fluidos hasta la suspensión de la vía oral, el ayuno prolongado, y la inmovilización en el lecho. Luego, la propia esencia de los protocolos ERAS implica el control y la rápida resolución del íleo postoperatorio, y con ello, una recuperación más rápida y efectiva. La evitación del uso de opioides, la analgesia multimodal, la administración de fluidos guiada por objetivos, el retiro de la sonda nasogástrica, la movilización precoz fuera del lecho, y la reapertura temprana de la vía oral, todas deben contribuir a la resolución del íleo postoperatorio, y con ello, el pronto egreso.²⁴ En este sentido, se ha recomendado el uso de goma de mascar como una práctica que puede acelerar la reanudación del peristaltismo intestinal y mejorar la tolerancia a la reanudación de la vía oral.²⁵

Los protocolos ERAS han revisado críticamente el uso de drenajes quirúrgicos, sondas nasogástricas para la descompresión gástrica, y catéteres epidurales y urinarios. Se debe abandonar la colocación “rutinaria” de drenajes quirúrgicos por cuanto aumenta el riesgo de infecciones y sangramientos, al mismo tiempo que contribuye al retraso en la recuperación postoperatoria. Igualmente, se debe retirar tempranamente el catéter epidural, para dar paso a un programa de analgesia multimodal con fármacos orales (o en su defecto, intramusculares).

En la misma cuerda, el catéter vesical se debe retirar tan pronto como sea posible, pues su permanencia más allá de un tiempo prudencial coloca al paciente en riesgo aumentado de infección urinaria, retrasando en consecuencia la recuperación postquirúrgica y prolongando la estadía hospitalaria.²⁶

Hoy se desaconseja la práctica de la colocación de la sonda nasogástrica para facilitar la descompresión gástrica, evitar la acumulación de gases y líquidos en la cámara gástrica, y prevenir la bronconeumonía por aspiración. Si fuera necesaria la descompresión gástrica durante el acto quirúrgico, se puede proceder a la colocación temporal de la sonda, para retirarla al final de la cirugía. La evitación de la colocación de la sonda nasogástrica se traslada hacia una reanudación más temprana del fisiologismo gastrointestinal, y una recuperación postoperatoria acelerada.

La puérpera (y por extensión la mujer en la que se realiza un procedimiento quirúrgico) puede exhibir un riesgo elevado de TEP, entorpeciendo así la recuperación postoperatoria, y sumando acciones adicionales para la paliación de las complicaciones subsiguientes. Por consiguiente, la profilaxis de los cuadros trombóticos se hará según la concurrencia de los factores de riesgo que se identifiquen durante la evaluación preoperatoria integral.²⁷ En las mujeres con bajo riesgo de TEP se recomienda el uso de dispositivos de compresión neumática, sobre todo si en ellas se ha de realizar una cirugía pélvica (cesárea incluida) y en las que aún no estaría indicada la tromboprofilaxis farmacológica. Los dispositivos de compresión deben mantenerse en su lugar hasta que la paciente se haga completamente ambulatoria.

Por el contrario, en las mujeres en las que concurren dos (o más) factores de riesgo adicionales se indicaría la tromboprofilaxis farmacológica. La profilaxis de la TEP se hará con heparinas de bajo peso molecular debido a la facilidad de uso y la baja incidencia de complicaciones hemorrágicas tras la administración. El uso de heparina como anticoagulante, junto con la colocación de dispositivos de compresión mecánica durante la intervención quirúrgica, han demostrado ser las terapéuticas más efectivas como profilaxis antitrombótica.

Sobre las acciones al egreso hospitalario

Conseguida la plena deambulacion de la mujer, lograda una analgesia oral eficaz, y constatada la tolerancia a la reanudación de la vía oral, se debe proceder al egreso hospitalario. Llegado el momento del egreso, el paciente y sus familiares deben ser provistos con (y educados en) un programa de autocuidados, fisioterapia y nutrición. En este programa deben quedar anotadas instrucciones sobre las formas y frecuencias de alimentarse del enfermo, los cambios en la medicación, y el tratamiento del dolor postoperatorio; el registro y control de la presión arterial y la glicemia en ayunas (en caso de pacientes diabéticos); la información de seguimiento en las sucesivas consultas ambulatorias; y cómo implementar un programa de fisioterapia y rehabilitación postoperatorias en el domicilio.

El programa del egreso debe también contener instrucciones claras sobre los encuentros del paciente y sus familiares con el equipo médico de trabajo. Así, se debe contactar al paciente dentro de las 24 horas siguientes al egreso para evaluar la continuidad de los cuidados hospitalarios y la progresión de la recuperación postoperatoria. Si el caso fuera de cesáreas, el encuentro médico tendría como objetivo primero el bienestar de la madre y el recién nacido.

CONCLUSIONES

La conducción en la etapa postoperatoria de las acciones relacionadas con la recuperación acelerada es determinante en el éxito quirúrgico. Estas acciones recorren desde la profilaxis del íleo intestinal y la nutrición perioperatoria, hasta la analgesia multimodal oral, la movilización precoz fuera del lecho y el retiro temprano de drenajes, sondas y catéteres. La recuperación postoperatoria acelerada también contempla la redacción, y el entrenamiento del paciente y sus familiares en un programa de cuidados a domicilio. Tal programa se convierte entonces en una herramienta para el empoderamiento del paciente. De esta manera, el paciente se convierte en un sujeto activo de la actividad quirúrgica, y ello, sin duda, se reflejará en una mejor experiencia individual a la vez que una mayor efectividad terapéutica.

EPÍLOGO

El Dr. Henry Kehlet expresó lo siguiente: “Aunque los efectos beneficiosos del “*fast-track surgery*” ya se conocen desde hace algún tiempo, muchos cirujanos han mostrado rechazo a la modificación de su práctica quirúrgica y han cuestionado estos procedimientos debido a problemas de seguridad, aplicación práctica y coste económico. Sin embargo, los resultados y las experiencias que han tenido lugar hasta el momento en los distintos departamentos asistenciales y hospitales que han implementado este concepto de “*fast-track surgery*” han sido muy positivos y no se han detectado problemas de seguridad. Un requisito imprescindible es la colaboración de un equipo multidisciplinario constituido por el cirujano, el personal de enfermería y el anestesiólogo”. Luego, en el proceso de implementación de los protocolos ERAS se necesita la participación de profesionales motivados y dispuestos a romper con viejos paradigmas sin fundamento científico.

SUMMARY

The ERAS protocols prescribe actions once the surgical act is completed such as the control of postoperative pain, the rapid withdrawal of drains, tubes and catheters, precocious mobilization outside the bed and subsequent deambulation, and early reopening of the oral route in order to facilitate and accelerate the postoperative recovery of the patient. Actions conducted in the postoperative moment emphasize on a more active role of the patient and his/her relatives within the general process of enhanced recovery. Once discharge of the patient is decided, the corresponding programs for self-care at home, and the continuity of actions initiated during the postoperative moment, will be drafted, León Cid I. ERAS protocols in Gynecology and Obstetrics. Actions during the postoperative moment. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(2 Supl 1):S134-S140. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.

Subject headings: Enhanced recovery / Surgery / Postoperatorative.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced recovery after surgery: A review. *JAMA Surg* 2017;152:292-8.
2. Feldman LS, Lee L, Fiore J. What outcomes are important in the assessment of Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) pathways? *Canad J Anesth* 2015;62:120-30.
3. Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, Nygren J, Demartines N, Francis N; *et al.* Guidelines for perioperative care in elective colorectal surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations: 2018. *World J Surg* 2019;43:659-95.
4. Nygren J, Thacker J, Carli F, Fearon KCH, Norderval S, Lobo DN; *et al.* Guidelines for perioperative care in elective rectal/pelvic surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clin Nutr [Edinburgh]* 2012;31:801-16.
5. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M; *et al.* Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations. *Clin Nutr [Edinburgh]* 2013;32:879-87.
6. Lassen K, Coolson MM, Slim K, Carli F, de Aguilar-Nascimento JE, Schafer M; *et al.* Guidelines for perioperative care for pancreaticoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS(R)) Society recommendations. *World J Surg* 2013;37:240-58.

7. Melloul E, Hubner M, Scott M, Snowden C, Prentis J, Dejong CH, et al. Guidelines for perioperative care for liver surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) society recommendations. *World J Surg* 2016;40:2425-40.
8. Thorell A, MacCormick AD, Awad S, Reynolds N, Roulin D, Demartines N; *et al.* Guidelines for perioperative care in bariatric surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations. *World J Surg* 2016;40:2065-83.
9. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Ahtari C; *et al.* Guidelines for pre- and intra-operative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations- Part I. *Gynecol Oncol* 2016;140(2):313-22. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.ygyno.2015.11.015>. Fecha de última visita: 22 de Marzo del 2020.
10. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Ahtari C; *et al.* Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations- Part II. *Gynecol Oncol* 2016;140(2):323-32. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.ygyno.2015.12.019>. Fecha de última visita: 22 de Marzo del 2020.
11. Wilson RD, Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J; *et al.* Guidelines for antenatal and preoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 1). *Am J Obstet Gynecol* 2018;219(6):523.e1-523.e15. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.ajog.2018.09.015>. Fecha de última visita: 22 de Marzo del 2020.
12. Caughey AB, Wood SL, Macones GA, Wrench IJ, Huang J, Norman M; *et al.* Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2). *Am J Obstet Gynecol* 2018;219(6):533-44. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.ajog.2018.08.006>. Fecha de última visita: 22 de Marzo del 2020.
13. Macones GA, Caughey AB, Wood SL, Wrench IJ, Huang J, Norman M; *et al.* Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations (Part 3). *Am J Obstet Gynecol* 2019;221(3):247.e1-247.e9. Disponible en: <http://doi:10.1016/j.ajog.2019.04.012>. Fecha de última visita: 22 de Marzo del 2020.
14. Blumenfeld YJ, El-Sayed YY, Lyell DJ, Nelson LM, Butwick AJ. Risk factors for prolonged postpartum length of stay following cesarean delivery. *Am J Perinatol* 2015;32:825-32.
15. Mkontwana N, Novikova N. Oral analgesia for relieving post-caesarean pain. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;29(3):CD010450. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010450.pub2/abstract>. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2020.
16. Black E, Khor KE, Kennedy D, Chutatape A, Sharma S, Vancaille T, Demirkol A. Medication use and pain management in pregnancy: A critical review. *Pain Pract* 2019;26.
17. Finnerup NB. Nonnarcotic methods of pain management. *N Engl J Med* 2019;380:2440-8.
18. Zeng AM, Nami NF, Wu CL, Murphy JD. The analgesia efficacy of nonsteroidal anti-inflammatory agents (NSAIDs) in patients undergoing cesarean deliveries: A meta-analysis. *Reg Anesth Pain Med* 2016;41:763-72.
19. Griffiths JD, Gyte GML, Paranjothy S, Brown HC, Broughton HK, Thomas J. Interventions for preventing nausea and vomiting in women undergoing regional anaesthesia for caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev* 2012;9:CD007579. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007579.pub2/abstract>. Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2020.
20. Mercier FJ. Cesarean delivery fluid management. *Curr Opin Anaesthesiol* 2012;25:286-91.
21. Carvalho JC, Mathias RS. Intravenous hydration in obstetrics. *Int Anesthesiol Clin* 1994;32:103-15.

22. Hsu YY, Hung HY, Chang SC, Chang YJ. Early oral intake and gastrointestinal function after cesarean delivery: A systematic review and meta-analysis. *Obstet Gynecol* 2013;121:1327-34.
23. Tan PC, Norazilah MJ, Omar SZ. Hospital discharge on the first compared with the second day after a planned cesarean delivery: A randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2012;120:1273-82.
24. Vather R, Bissett IP. Management of prolonged post-operative ileus: Evidence-based recommendations. *ANZ J Surg* 2013;83:319-24.
25. Short V, Herbert G, Perry R, Atkinson C, Ness AR, Penfold C, Thomas S, Andersen HK, Lewis SJ. Chewing gum for postoperative recovery of gastrointestinal function. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2:CD006506. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006506.pub3/abstract>.
Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2020.
26. Onile TG, Kuti O, Orji EO, Ogunniyi SO. A prospective randomized clinical trial of urethral catheter removal following elective cesarean delivery. *Int J Gynaecol Obstet* 2008;102:267-70.
27. Bain E, Wilson A, Tooher R, Gates S, Davis LJ, Middleton P. Prophylaxis for venous thromboembolic disease in pregnancy and the early postnatal period. *Cochrane Database Syst Rev* 2014;2:CD001689. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001689.pub3/abstract>.
Fecha de última visita: 21 de Febrero del 2020.