

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

## **SOBRE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN LAS ESPECIALIDADES DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA**

Anadys Beatriz Segura Fernández<sup>1¶</sup>, Iraisa León Cid<sup>1§</sup>.

### **RESUMEN**

Los beneficios de la rehabilitación multimodal tras la cirugía han sido documentados extensamente. Una mayor satisfacción del paciente y sus familiares con el tránsito quirúrgico y los resultados postoperatorios, una mejor gestión sanitaria, y una mayor efectividad terapéutica serían algunos de los beneficios esperados tras la implementación de un programa hospitalario de rehabilitación multimodal. La realización de estos beneficios implica la redacción y conducción de un plan de implementación de tal programa, la construcción de una organización hospitalaria que se ocupe de la gestión del mismo, y que verifique continuamente en el tiempo la consecución de los objetivos propuestos; la armonización de las prácticas hospitalarias con los protocolos que componen el programa de rehabilitación multimodal, la capacitación permanente de los equipos de trabajo en los procedimientos y tareas incluidas en el mismo, y la evaluación de la costo-efectividad de los resultados alcanzados. En esta ponencia se expone una propuesta de implementación de los programas de rehabilitación multimodal en los servicios de Ginecología y Obstetricia de los hospitales del país. *Segura Fernández AB, León Cid I. Sobre la implementación de la rehabilitación multimodal en las especialidades de Obstetricia y Ginecología. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(2 Supl 1):S141-S146. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

Palabras clave: *Rehabilitación multimodal / Ginecología / Obstetricia / Cirugía.*

### **INTRODUCCIÓN**

Los beneficios de los protocolos ERAS han sido documentados extensamente.<sup>1-3</sup> La implementación y conducción de los protocolos ERAS en la cirugía pueden resultar en una menor estadía hospitalaria, una baja incidencia de complicaciones y/o readmisiones y/o reoperaciones; la recuperación más rápida y segura de los pacientes y con ello la inmediata rehabilitación y reinserción familiar, laboral y social; una mejor calidad de vida y satisfacción de los pacientes; y la reducción de los costos sanitarios.

---

<sup>1</sup> Médico. Especialista de Segundo Grado en Ginecología y Obstetricia. Máster en Ciencias.

<sup>¶</sup> Profesora Auxiliar. <sup>§</sup> Profesor Asistente.

No obstante lo anterior, la realización plena de los beneficios de los protocolos ERAS es solo posible si se existe una cultura hospitalaria que sea proclive a (y abrace) los cambios implícitos en los paradigmas que sostienen los protocolos ERAS, y una estructura civil y tecnológica que asimile los nuevos protocolos que se propongan de acuerdo con la filosofía ERAS; así como que se identifiquen y se intervengan las barreras organizativas que impidan la completa implementación y conducción de los mismos.

Tabla 1. ¿Qué es necesario para la implementación de los protocolos ERAS?

- Involucramiento de todas las unidades y servicios que se ocupan del paciente quirúrgico.
- Trabajo en equipo
- Colaboración multi- e interdisciplinaria
- Enfoque multimodal para la identificación y resolución de los problemas que retrasan la recuperación postoperatoria y causan complicaciones.
- Enfoque científico y basado en evidencia para la redacción de los protocolos de cuidados
- Cambio en la gestión sanitaria a través de auditorías interactivas y continuas en el tiempo
- Siempre que sea posible: Transición de los procedimientos laparotómicos hacia otros mínimamente invasivos y laparoscópicos

Fuente: Construcción propia de las autoras.

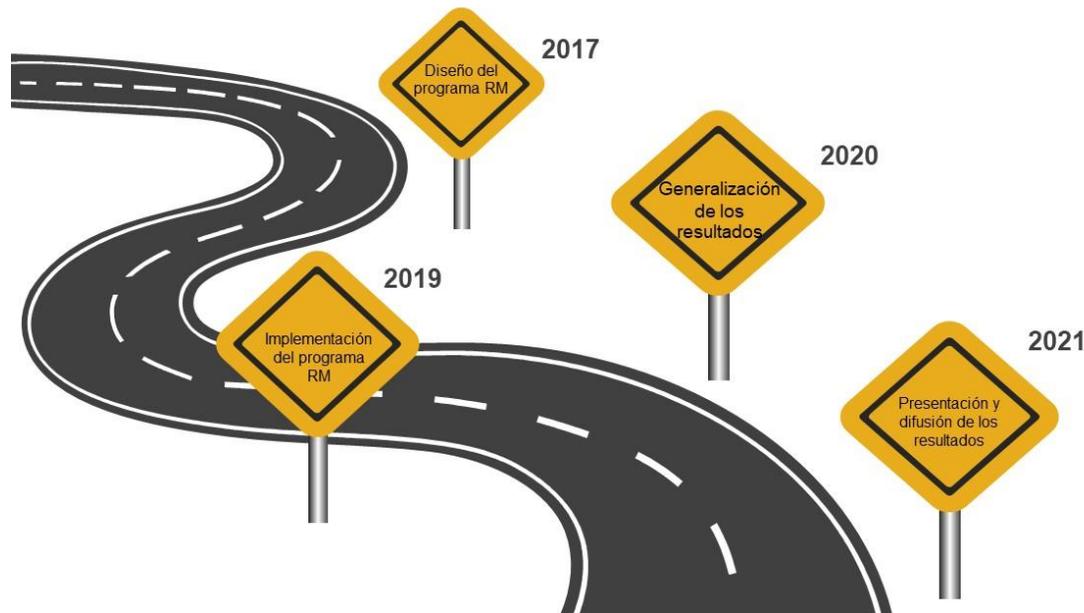
Ahora bien, es poco probable que en la práctica hospitalaria actual (y ello incluye también la actividad de los servicios hospitalarios de Ginecología y Obstetricia), la implementación y conducción de los protocolos ERAS sea total, completa, y de una sola vez. En su lugar, los gestores de la filosofía ERAS deben proponerse un proceso de mejoría continua de la calidad mediante la modificación de un núcleo inicial de puntos críticos de la actuación quirúrgica y anestésica tales que los cambios que se observen sirvan como prueba de fe, y a la vez, de incentivos para abordar otros más complejos y/o interrelacionados e interdependientes con otras especialidades, servicios y actores. Es también importante mencionar que tales modificaciones no conlleven erogaciones presupuestarias adicionales ni la adquisición de nuevos equipamientos para demostrar la factibilidad de la adopción de las mismas.

La Tabla 2 muestra ese núcleo inicial de puntos críticos en la prestación de cuidados anestésicos y quirúrgicos a la mujer que ingrese para la realización de procedimientos quirúrgicos de diversa índole. Es inmediato que las modificaciones propuestas en los puntos críticos propuestos se pueden adoptar mediante la reingeniería de los procesos corrientes y la reeducación del personal involucrado, y todo ello con recursos y presupuestos mínimos. Así, en una etapa inicial de implementación de los protocolos ERAS, solo sería necesaria la adopción de 4 protocolos, a saber, los relativos a la profilaxis de la anemia, la trombosis, el íleo paralítico, y la infección del sitio de incisión quirúrgica; y 3 intervenciones que se corresponderían con la ingestión de bebidas carbonatadas, la prevención de la hipotermia, y el uso de analgesia epidural.

Tabla 2. Puntos críticos en la implementación de los protocolos ERAS en las especialidades de Ginecología y Obstetricia. Leyenda: AINES: Antiinflamatorios no esteroideos.

Etapa del plan quirúrgico		Pre-ERAS	Post-ERAS
<b>Preoperatorio</b>			
1	Cribado nutricional	---	X
2	Educación preoperatoria	---	X
3	No ayuno preoperatorio	---	X
4	No preparación intestinal	---	X
5	Ingestión de bebidas carbohidratadas hasta 2 – 3 horas antes de la cirugía	---	X
6	Evitación de la premedicación anestésica de duración prolongada	X	X
7	Tromboprofilaxis	---	X
8	Profilaxis antibiótica antes de la incisión quirúrgica	X	X
9	Profilaxis de las náuseas y vómitos	---	X
<b>Transoperatorio</b>			
1	Anestésicos con mínimo efecto residual postoperatorio	X	X
2	Anestesia epidural	X	X
3	Cirugía mínimamente invasiva	X	X
4	Prevención de la hipotermia	---	---
5	Abandono del uso rutinario de sondas nasogástricas	---	X
6	Abandono del uso rutinario de drenajes	---	X
7	Fluidoterapia basada en objetivos	---	X
8	Analgesia multimodal	---	X
<b>Postoperatorio</b>			
1	Analgesia epidural	---	---
2	Analgesia oral basada en el uso de AINES y evitando en lo posible el uso de opioides	---	X
3	Retirada precoz del catéter urinario	---	X
4	Discontinuación de los líquidos intravenosos antes de transcurridas las 24 horas después de la cirugía	---	X
5	Movilización precoz (dentro de las 6 horas después de completada la cirugía)	---	X
6	Estimulación de la motilidad intestinal	---	X
7	Reapertura precoz de la vía oral (dentro de las 4 horas después de la cirugía y según tolerancia)	---	X
8	Evitación de la sobrecarga de fluidos	X	X
9	Prevención de las náuseas y vómitos postquirúrgicos	X	X
10	Reconsulta a los 30 días	X	X

Figura 1. Propuesta de hoja de ruta para la implementación del programa de rehabilitación multimodal en la cirugía ginecológica.



Fuente: Construcción propia de las autoras.

La implementación y gestión de un programa hospitalario de rehabilitación multimodal conllevan el diseño del requerido plan de implementación donde se anoten los objetivos a lograr, los protocolos a redactar, las intervenciones a realizar, y los plazos de tiempo para la introducción de las modificaciones requeridas. Igualmente, la implementación y gestión del programa de rehabilitación multimodal implican la formación de un equipo multi- e interdisciplinario y la designación de un coordinador general que se encarguen de estas tareas\*.

El coordinador general designado redactará el plan de implementación, y las etapas que el mismo comprenda; y desarrollará los subsistemas de registro y documentación y control y aseguramiento de la calidad que sean necesarios para la verificación continua en el tiempo de los objetivos propuestos. Igualmente, el coordinador general diseñará el subsistema de educación continuada para la capacitación continuada y el entrenamiento de los equipos de trabajo en los protocolos operacionales que se adopten conforme con los paradigmas ERAS.

La Figura 1 muestra una propuesta de hoja de ruta para la implementación del programa de rehabilitación multimodal en las especialidades de Ginecología y Obstetricia en los hospitales del país. En el año 2017 se echó a andar el proyecto de diseño y validación de las intervenciones y protocolos operacionales a introducir en la dinámica hospitalaria como parte del antes

\* Siendo como es un proceso asistencial, un médico debería ser el coordinador general del plan de implementación del programa hospitalario de rehabilitación multimodal. También se han encargado a enfermero(a)s especializado(a)s con estas tareas y encargos asistenciales.

mencionado programa de rehabilitación multimodal. Se destaca la celebración de un primer taller nacional sobre la introducción de los protocolos ERAS en las especialidades-objetivo, y que sirvió también para la recopilación de datos sobre las formas en que se conducen actualmente las actividades anestésica y quirúrgica en las instituciones dedicadas a la atención médica de la mujer.

En el año 2019 se expusieron sendas propuestas de rehabilitación multimodal en la cirugía ginecológica y de prehabilitación quirúrgica, respectivamente; dentro del programa de contenidos de reuniones científicas nacionales. Ya en el año 2020 se organizó un segundo taller nacional que reunió a varios grupos de trabajo que gestionan programas ERAS en sus respectivas áreas de competencia e influencia, y donde se revisó la marcha del proyecto de implementación del programa propuesto de rehabilitación multimodal. Se ha previsto un tercer taller nacional en el año 2021 donde se presenten y se revisen críticamente los primeros resultados de la gestión de tales programas, y se expongan los impactos iniciales de los mismos en la asistencia médica y la gestión sanitaria.

## CONCLUSIONES

La implementación de los programas propuestos de rehabilitación multimodal en la cirugía ginecológica y la cesárea electiva es una tarea desafiante, y requiere por ello de cambios en la cultura y la organización hospitalarias. No obstante, la aplicación de la rehabilitación multimodal para la atención perioperatoria de la paciente durante la cirugía ginecológica y la cesárea electiva puede significar grandes recompensas para todos los involucrados, pues contribuirá de una manera significativa a la rápida recuperación de la paciente, la disminución de la morbilidad, y la reducción de los costos hospitalarios.

## EPÍLOGO

La irrupción de la pandemia causada por la Covid 19 en el cuadro nacional de salud ha significado cambios en las prioridades y los métodos de trabajo de los gestores del programa de rehabilitación multimodal en las especialidades de Ginecología y Obstetricia. Sin embargo, la ocasión se ha presentado para la revisión del diseño y los objetivos del programa de rehabilitación multimodal, y la redacción de los protocolos operacionales que lo integran. Tan pronto la situación epidemiológica sea controlada, se reanudará el plan de implementación del programa de rehabilitación multimodal en las especialidades de Ginecología y Obstetricia de los hospitales del país.

## SUMMARY

*The benefits of the multimodal rehabilitation after surgery have been extensively documented. A higher satisfaction of the patient and his/her relatives with the surgical transit and the postoperative results, a better sanitary management, and a higher therapeutical effectiveness would be some of the benefits expected after the implementation of a hospital program for multimodal rehabilitation. The realization of these benefits implies drafting and conduction of an implementation plan of such program, the construction of a hospital organization entrusted with its management, and verifying continuously in time the achievement of the proposed objectives, the harmonization of the hospital practices with the protocols comprising the program of multimodal rehabilitation, the permanent training of the medical care teams in the procedures and tasks included within the program, and the assessment of the cost-effectiveness of the obtained results. A proposal for the implementation of the programs for multimodal*

*rehabilitation in the services of Gynecology and Obstetrics in the hospitals of the country is presented in this essay. Segura Fernández AB, León Cid I. On the implementation of multimodal rehabilitation in the specialties of Gynecology and Obstetrics. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;30(2 Supl 1):S141-S146. RNPS: 2221. ISSN: 1561-2929.*

*Subject headings: Multimodal rehabilitation / Gynecology / Obstetrics / Surgery.*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ljungqvist O, Scott M, Fearon KC. Enhanced Recovery After Surgery. A review. JAMA Surg 2017;152(3):292-8. Disponible en: <http://doi:10.1001/jamasurg.2016.4952>. Fecha de última visita: 11 de Febrero del 2020.
2. Heathcote Sr S, Duggan K, Rosbrugh J, Hill B, Shaker R, Hope WW, Fillion MM. Enhanced recovery after surgery (ERAS) protocols expanded over multiple service lines improves patient care and hospital cost. Am Surg 2019;85:1044-50.
3. Joliat GR, Hübner M, Roulin D, Demartines N. Cost analysis of enhanced recovery programs in colorectal, pancreatic, and hepatic surgery: A systematic review. World J Surg 2020;44(3):647-55. Disponible en: <http://doi:10.1007/s00268-019-05252-z>. Fecha de última visita: 11 de Febrero del 2020.
4. Segura Fernández AB, León Cid I, Urgellés Carrera S, Rodríguez Iglesias G, Moré Oduardo I. Proyecto multimodal de atención perioperatoria en la cirugía ginecológica [Tema Libre]. Actas del IX Congreso de Nutrición Clínica y Metabolismo. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Centro de Convenciones Santa Cecilia. Ciudad Camagüey. Noviembre 13 – 15 del 2019. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;20(1 Supl 1):S70.
5. Segura Fernández AB, León Cid I, Urgellés Carrera S, Rodríguez Iglesias G, Guillén Segura E. Protocolo de rehabilitación multimodal en la cirugía ginecológica. Proyecto RACIGI [Tema en Cartel]. Actas del IX Congreso de Nutrición Clínica y Metabolismo. Sociedad Cubana de Nutrición Clínica y Metabolismo. Centro de Convenciones Santa Cecilia. Ciudad Camagüey. Noviembre 13 – 15 del 2019. RCAN Rev Cubana Aliment Nutr 2020;20(1 Supl 1):S92.