

## Recuperación mejorada después de la cirugía. Aplicación de los protocolos ERAS en obstetricia y ginecología

 Dra. Mireya González Blanco

Directora/Editora

La obstetricia y ginecología es una especialidad que combina magistralmente los principios de la medicina interna, con las características propias de la cirugía. Dentro de este campo quirúrgico, siempre se ha buscado perfeccionar la atención durante todo el perioperatorio, con la finalidad de obtener la mejor evolución posible para la paciente y, en muchos casos, para el recién nacido.

El concepto de recuperación mejorada en cirugía, inicialmente denominado cirugía de vía rápida, fue publicado por primera vez por Engelman y cols. (1) en cirugía cardiaca, en 1994, y los primeros estudios publicados de eficacia de este concepto fueron realizados por Kehlet (2), en 1995. Este tema es tan importante que, un grupo de cirujanos europeos decidió formar la Sociedad de Recuperación Mejorada Después de la Cirugía (*Enhanced Recovery After Surgery/ERAS*), con la misión de desarrollar la atención perioperatoria y mejorar la recuperación a través de la investigación, la educación, la auditoría y la implementación de la práctica basada en la evidencia. La Sociedad ERAS® fue registrada oficialmente como una sociedad médica sin fines de lucro con sede en Estocolmo, Suecia, en 2001. El Grupo observó, entre otras cosas, que había una gran discrepancia entre las conductas puestas en práctica en el pre-

y posoperatorio y lo que ya se sabía que eran las mejores prácticas, según la literatura. Esto los llevó a examinar el proceso de cambio hacia las mejores prácticas (3).

La implementación efectiva de un programa ERAS, cuando se combina con un cumplimiento de aproximadamente el 70 % o más, ha demostrado una mejora significativa en la calidad de la atención perioperatoria y los resultados de los pacientes en los países de altos ingresos, aunque, hasta la fecha, el programa solo ha tenido una aplicación limitada en países de bajos ingresos. Las guías deben ser practicables en hospitales terciarios en países de ingresos medios y bajos, atendidos por subespecialistas que trabajan con un equipo multidisciplinario perioperatorio. Sin embargo, pueden ser menos factibles en hospitales más pequeños de nivel de atención primaria y secundaria (4).

El objetivo de las guías ERAS es minimizar la morbilidad quirúrgica a través de medidas basadas en la evidencia para normalizar la fisiología en el período perioperatorio. Los primeros estudios se centraron principalmente en la cirugía colorrectal, y no fue hasta 2003 que este concepto fue aplicado en oncología ginecológica (5). En esta área, en 2014, Wijk y cols. (6) evaluaron los efectos de la introducción de un protocolo ERAS modificado para cirugía ginecológica, y encontraron que la duración de la estancia hospitalaria se redujo significativamente, la proporción de pacientes

Correo de correspondencia: [rogvenezuela@gmail.com](mailto:rogvenezuela@gmail.com)

**Forma de citar este artículo:** González Blanco M. Recuperación mejorada después de la cirugía. Aplicación de los protocolos ERAS en obstetricia y ginecología. Rev Obstet Ginecol Venez. 2022; 82(3): 284-287. <https://doi.org/10.51288/00820303>

datos de alta a los dos días aumentó, también significativamente, y no se encontraron diferencias en las complicaciones, reintervenciones, o reingresos después de la histerectomía abdominal.

Las primeras guías sobre recuperación mejorada en cirugía en ginecología mayor se publicaron en 2016. Múltiples evaluaciones se han realizado sobre la aplicación de este protocolo en pacientes ginecológicas (7 – 10), con excelentes resultados. Las guías iniciales se centraron en 21 recomendaciones en 13 dominios en el periodo preoperatorio e intraoperatorio, y 19 recomendaciones en 9 dominios en el periodo posoperatorio (11, 12). En 2019, Nelson y cols. (13) presentaron la guía actualizada de la Sociedad ERAS para una atención perioperatoria óptima en cirugía ginecológica/oncológica. Las guías actualizadas proporcionaron nueva evidencia para las recomendaciones anteriores, además de agregar recomendaciones para los paquetes de reducción de la infección del sitio quirúrgico, la prehabilitación y la extensión de las recomendaciones a cirugías complejas, como la exenteración pélvica y la cirugía citorrreductora con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. Las directrices actualizadas también proporcionaron recomendaciones con respecto a los resultados informados por los pacientes, así como recomendaciones de auditoría e informes. Finalmente, las pautas para la cirugía vulvar y vaginal se publicaron en 2020 para abordar los requisitos únicos de recuperación en estas cirugías (5). Todas las recomendaciones sobre los ítems del protocolo ERAS se basan en la mejor evidencia disponible y presentan el nivel de evidencia para cada ítem.

La lista de recomendaciones parece extremadamente larga, pero al revisarlas detalladamente es fácil percibir su utilidad y, por lo tanto la justificación para su aplicación. Recientemente, en mayo de 2022, Oodit y cols. (4) publicaron la primera guía de la Sociedad ERAS para hospitales primarios y secundarios en países de ingresos bajos-medios

para la atención abdominal y ginecológica electiva. En vista de la importancia para la especialidad de los lectores mayoritarios de esta publicación, se ha decidido presentar un resumen, junto a la recomendación de revisar el artículo señalado, dado que los autores han acompañado cada recomendación con su justificación y su respectivo nivel de evidencia.

En el preoperatorio, se recomienda: a) la abstinencia de alcohol y suspender el hábito de fumar durante 4 semanas o más antes de la cirugía; b) el despistaje preoperatorio y adecuado tratamiento de la anemia, así como la restricción de la práctica de transfusiones sanguíneas; c) la evaluación nutricional preoperatoria de rutina, el manejo según sea necesario y la evaluación y el apoyo en el paciente desnutrido; d) la detección sistemática del virus de inmunodeficiencia humana, en países con alta prevalencia; e) el cribado del delirio y estrategias sencillas para reducir su incidencia en pacientes de riesgo; f) el uso selectivo de la preparación intestinal mecánica; g) la ingesta libre de líquidos claros hasta 2 horas y una comida ligera hasta 6 horas antes de la inducción de la anestesia, a menos que existan contraindicaciones específicas; h) la ingesta de bebidas con carbohidratos diseñadas para uso preoperatorio a pacientes no diabéticos; i) evitar el uso rutinario de fármacos ansiolíticos preoperatorios; j) el uso rutinario de una lista de verificación de seguridad quirúrgica; k) los antibióticos profilácticos deben administrarse de forma rutinaria dentro de una hora de la incisión en la piel; l) la detección de rutina del riesgo de náuseas y vómitos posoperatorios y el tratamiento según sea necesario; m) la profilaxis rutinaria del tromboembolismo venoso mientras se está en el hospital con el uso de medias antiembólicas y/o compresión neumática y la administración de heparina de bajo peso molecular.

Durante la intervención se recomienda: a) un protocolo anestésico estándar que tenga el objetivo de utilizar anestésicos de acción corta, monitorización

cerebral para mejorar la recuperación y reducir el riesgo de delirio posoperatorio, monitorización del nivel y reversión completa del bloqueo neuromuscular; b) la cirugía mínimamente invasiva debe usarse cuando se disponga de las habilidades, el equipo y cirujanos capacitados adecuados; c) mantener la normotermia durante y después de la cirugía.

En el posoperatorio se recomienda: a) analgesia multimodal: uso de analgesia epidural torácica media en cirugía abdominal abierta, analgesia espinal en cirugía laparoscópica, bloqueos de la pared abdominal y uso de la combinación de paracetamol y antiinflamatorios no esteroideos, a menos que existan contraindicaciones específicas; b) un balance de fluidos cercano a cero y el uso de soluciones de sal equilibrada para el mantenimiento y el reemplazo; c) evitar la colocación rutinaria de sondas nasogástricas; d) evitar el uso rutinario de drenajes peritoneales y pélvicos; e) la alimentación oral temprana f) la movilización temprana; g) el retiro de la sonda de Foley dentro de las 24 horas posteriores a la cirugía e individualizarse en pacientes con alto riesgo de retención; h) desarrollar directrices institucionales específicas para el seguimiento posoperatorio, la evaluación y la intensificación de la atención y el uso de auditorías periódicas del cumplimiento de las directrices para presentar informes sobre los resultados.

En resumen, la *Enhanced Recovery After Surgery* (ERAS), o recuperación mejorada después de la cirugía, reúne un grupo de intervenciones basadas en la evidencia que mejoran la recuperación a través de una reducción en la respuesta al estrés quirúrgico, y lleva a una disminución en la estadía hospitalaria y las complicaciones en las pacientes. La implementación de estas pautas está respaldada por evidencia retrospectiva y de nivel 1 junto con metaevidencias que demuestran eficacia para reducir la duración de la estancia, el reingreso, las complicaciones, el uso de opioides y el costo en oncología ginecológica, sin aumentar los riesgos de complicaciones raras o mortalidad. Esta mejoría

en los resultados parece ser adicional a la mayor aceptación en la cirugía mínimamente invasiva en oncología ginecológica. Se necesitan estudios futuros que utilicen las guías ERAS publicadas recientemente sobre la cirugía vulvar y vaginal (5).

La documentación existente ha evidenciado que la adopción de una recuperación mejorada conduce a aumento significativo en la satisfacción del paciente secundaria a una recuperación más rápida, una estancia hospitalaria más corta y menos complicaciones, pero también, a una reducción del costo de la atención, lo cual es importante considerar como ventajas existentes y confirmadas. El proceso interdisciplinario es importante en cuanto a la implementación de ERAS, ya que ocurre como un proceso que avanza partiendo del liderazgo, la ambientación del entorno para implementar el cambio y la participación directa del equipo involucrado con miras a la mejora y el avance tanto en la recuperación como en el cumplimiento del protocolo. Al tratarse de un protocolo que involucra una completa adherencia, se hace necesaria la creación de un equipo multidisciplinario (anestesiólogos, obstetras ginecólogos, enfermeros, entre otros.) que, en unión a los familiares, constituya el eslabón fundamental para una adecuada implementación, tomando en cuenta factores relacionados con el paciente, relacionados con el personal y con la práctica en las tres fases de la intervención preoperatoria, intraoperatoria y posoperatoria (13).

En este punto, es pertinente informar que recientemente se publicaron las recomendaciones de la Sociedad ERAS para aplicar el protocolo en cesárea. Dada la frecuencia con la que se realiza esta intervención, en el próximo editorial se considerarán estas directrices.

## REFERENCIAS

1. Engelman RM, Rousou JA, Flack JE 3rd, Deaton DW, Humphrey CB, Ellison LH, *et al.* Fast-track recovery of the coronary bypass patient. *Ann Thorac Surg.* 1994;58(6):1742-6. DOI:10.1016/0003-4975(94)91674-8.

2. Kehlet H. Fast-track colonic surgery: status and perspectives. *Recent Results Cancer Res.* 2005;165:8-13. DOI: 10.1007/3-540-27449-9\_2.
3. ERAS Society [Internet]. Estocolmo: History; 2021 [consultado el 27 de junio 2022]. Disponible en: <http://erassociety.org/about/history/>
4. Oodit R, Biccard BM, Panieri E, Alvarez AO, Sioson MRS, Maswime S, *et al.* Guidelines for Perioperative Care in Elective Abdominal and Pelvic Surgery at Primary and Secondary Hospitals in Low-Middle-Income Countries (LMIC's): Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendation. *World J Surg.* 2022;46(8):1826-1843. DOI: 10.1007/s00268-022-06587-w.
5. Bisch SP, Nelson G. Outcomes of Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) in Gynecologic Oncology: A Review. *Curr Oncol.* 2022;29(2):631-640. DOI: 10.3390/curroncol29020056.
6. Wijk L, Franzen K, Ljungqvist O, Nilsson K. Implementing a structured Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) protocol reduces length of stay after abdominal hysterectomy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 2014;93(8):749-756. DOI: 10.1111/aogs.12423.
7. Mukhopadhyay D. Enhanced recovery programme in gynaecology: outcomes of a hysterectomy care pathway. *BMJ Qual Improv Rep.* 2015;4(1):u206142.w2524. DOI: 10.1136/bmjquality.u206142.w2524.
8. Bisch SP, Wells T, Gramlich L, Faris P, Wang X, Tran DT, *et al.* Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) in gynecologic oncology: System-wide implementation and audit leads to improved value and patient outcomes. *Gynecol Oncol.* 2018;151(1):117-123. DOI: 10.1016/j.ygyno.2018.08.007.
9. Keil DS, Schiff LD, Carey ET, Moulder JK, Goetzinger AM, Patidar SM, *et al.* Predictors of Admission After the Implementation of an Enhanced Recovery After Surgery Pathway for Minimally Invasive Gynecologic Surgery. *Anesth Analg.* 2019;129(3):776-783. DOI: 10.1213/ANE.0000000000003339.
10. Wijk L, Udumyan R, Pache B, Altman AD, Williams LL, Elias KM, *et al.* International validation of Enhanced Recovery After Surgery Society guidelines on enhanced recovery for gynecologic surgery. *Am J Obstet Gynecol.* 2019;221(3):237.e1-237.e11. DOI: 10.1016/j.ajog.2019.04.028.
11. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari 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):313-322. DOI: 10.1016/j.ygyno.2015.11.015.
12. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Achantari 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):323-332. DOI: 10.1016/j.ygyno.2015.12.019.
13. Nelson G, Bakkum-Gamez J, Kalogera E, Glaser G, Altman A, Meyer LA, *et al.* Guidelines for perioperative care in gynecologic/oncology: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society recommendations-2019 update. *Int J Gynecol Cancer.* 2019;29(4):651-668. DOI: 10.1136/ijgc-2019-000356.