Protocolo ERAS

Un px operado de una cirugía mayor y al día siguiente sentado fuera de la cama en una silla comiendo por boca, sin venoclisis, sin dolor, comiendo lo que quiere de acuerdo a su enfermedad, sin sonda folie, sin drenaje, casi 100 % recuperado de la cirugía que se hizo ayer, hay que aclarar que no todos los px van a estar así, porque depende de la severidad de la enfermedad que llevo a la cirugía, de lo avanzado de esta y complicaciones en cirugía y diversas situaciones que impiden que al día siguiente el paciente este mayormente recuperado.

Situaciones que retrasan la recuperación total postoperatoria

- Dolor
- Nausea-vómitos
- Inmovilidad
- Sonda nasogástrica
- Sonda urinaria
- Líquidos intravenosos
- Drenajes

Postoperatorio tradicional

- Nada por boca para:
- Prevenir nauseas vómitos
- Proteger la anastomosis
- Presencia de íleo postoperatorio

Esto lo que hace es retrasar la cirugía

El medico debe saber los costos de los procedimientos que podrían retrasar la cirugía

Tanto ERAS como ACERTO habla de 10 capítulos que debe completar
Los opioides reducen el peristaltismo intestinal, pero tienen consecuencias al paralizar el vaciamiento gástrico cosa que cuando se le da alimentos al día siguiente de la cirugía este vomita (ej: fentanilo)

No hay que hacer preparación de colon previo a una cirugía, este método no tiene evidencia en la medicina, es un método antiguo
Restricción de sonda nasogástrica y drenajes no se debe hacer de manera rutinaria a menos que exista indicación en la cirugía.

La presencia de nutrientes en el tubo digestivo promueve el peristaltismo si es que no había, en cirugías mayores con mas razón hay que movilizar debido al riesgo de trombosis

Mientras mas grande es la cirugía, mayor resistencia a insulina hay
No tiene beneficio dejar de fumar antes de cirugía 1 o 2 semanas antes, tiene que ser 4 semanas

Utilizar compresión neumática intermitente durante la cirugía ayuda a que disminuya la fibrinolisis y evita la formación de coagulo durante la cirugía, en el postoperatorio un coagulo que se forme puede llevar a una embolia pulmonar y complique todo el trabajo de la cirugía

Quitar las venoclisis al día siguiente de la cirugía

Quitar al día siguiente todo tubo, drenaje o catéter, a menos que haya alguna indicación como en cirugía de próstata.

Estadísticas quirúrgicas mundiales

- Representa uno de los principales pilares terapéuticos en todo el mundo
- Ofrece una mayor supervivencia y esperanza de vida para muchos px
- Se estima una mortalidad postoperatoria baja: 1-4 %
- Se relaciona con una mayor esperanza de vida en tasas por encima de 1,533 operaciones por 100,000
- Las personas de edad avanzada requieren 4 veces mas intervención quirúrgica mayor que el resto de la población

En el periodo postoperatorio la mortalidad en 1000 veces mayor, puede morir de IAM, falla renal, lesiones intestinales, etc. Por eso al equipo quirúrgica se le insiste mucho en la preparación quirúrgica pero no en la preparación postoperatoria

Para el 2006 las muertes postoperatorias era la 3era causa de muerte, para el año 2020 la 3ra causa de muerte en USA fue el COVID

Comparación de manejo tradicional vs ERAS en resección de colon con anastomosis primaria

CONVENCIONAL	ERAS / ACERTO
No Terapia Nutricional PreOperatoria	Terapia Nutricional PreOp 7-14 días
Poca o ninguna explicación sobre el Perioperatorio	Información sobre el PeriOperatorio
Preparación de colon	NO preparación de colon
SNG y drenajes de rutina	NO SNG o drenajes de rutina
Ayuno de 8 - 10 horas PreOp	Ayuno de 2 horas (CHO + Glutamina)
Realimentación 2º - 4º día PosOp	Realimentación en el PosOp inmediato – 1º dia
Líquidos I.V. Por 4º - 7º días PosOp	Líquidos I.V. Sólo el 1º día

2 de cada 3 pacientes que van a cirugía gastrointestinal están desnutridos lo que implica 3 x más complicaciones y 5 x mas mortalidad
A medida que el paciente es mayor en edad sufre deficiencia funcional, homeostenosis, reserva fisiológica reducida.

Para el año 2030 el 60 % de la población mundial sean mayores de 65 años y estos requieren 4 x más intervención quirúrgica que los que están debajo de esta edad

Desde el punto de vista nutricional se recomienda evaluar al paciente con el protocolo PONS

Fumar 4 semanas antes retrasa la posibilidad de cicatrización, anastomosis y demás, todo esto se verá disminuido

El umbral anaeróbico antes de la cirugía debe ser mayor a 11 para que la posibilidad de mortalidad en el postoperatorio se reduzca a un 2 o 3 %

Orden mas frecuente en los hospitales es
NxB
Nada por boca
Nada por vía oral
Dieta absoluta
Y los que si necesitan NxB se les olvida que le pueden dar una nutrición parenteral.

Causas de que el ayuno PreOp se prolonga

- Retraso en el cirujano o el anestesiólogo
- Retraso en la llegada del paciente a SOP
- Retraso en el inicio de la primera cirugía
- Paciente no tiene el ayuno adecuado

Con cirugías mayores el ayuno prolongado favorece el catabolismo proteico

El ayuno prolongado afecta a las mitocondrias y por lo tanto la producción de ATP y producción de energía.

¿Cómo es el vaciamiento gástrico de una persona que se encuentra normal?
A la hora después de un vaso de agua no hay nada, y a las 3 horas no hay nada cuando se trata de alimentos

El protocolo ERAS aumenta a 2 horas el ayuno a líquidos claro (agua, te sin leche, café sin leche, jugos de frutas sin pulpa), y a 6 horas los alimentos solidos

Exceso de líquidos durante la cirugía y después de la cirugía
Durante la cirugía medir la diuresis no representa el estado de la volemia del paciente, a medida que han pasado las décadas se ha demostrado que los pacientes salen con exceso de líquidos de la cirugía lo que lleva a más complicaciones.

El exceso de solución salina, hay exceso de sodio que el riñón recibe y no puede excretarlo, este volumen termina extravasando el intersticio
Para el manejo del dolor lo que se recomiendo es el bloqueo epidural entre T6 y T9, esto disminuye la excreción de epinefrina y cortisol, las cuales generan la aparición la resistencia de insulina, a parte de esto el bloqueo epidural, favorece el peristaltismo intestinal

ERAS recomienda un cambio de mentalidad tanto del cirujano como del anestesiólogo, hay cambios que deben hacer ambos grupos de profesionales para permitir un mejor protocolo ERAS

Se benefician el ERAS

- Colecistectomía
- Gastrectomía
- Cirugías de duodeno
- Cirugías de páncreas

El grupo que se maneja con ERAS tiene una reducción de infección del sitio quirúrgico significativa

En ginecología también se aplica el protocolo ERAS como se hace en cesáreas, también en cirugías colorrectal, donde se habla de ventajas que tiene el uso de este protocolo antes, durante y después de las cirugías

Hay que cambiar el abordaje de las cirugías

El manejo tradicional del paciente quirúrgico pre – trans - postoperatorio no se fundamenta en evidencia científica