

ERAS: GUIDELINE PARA CUIDADOS PRÉ E PERIOPERATÓRIOS EM CESARIANA

Macones GA, et al. Guidelines for postoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS). American Journal of Obstetrics & Gynecology, 2019.

Caughey AB, et al. Douglas Wilson – Guidelines for intraoperative care in cesarean delivery: Enhanced Recovery After Surgery Society Recommendations (Part 2), American Journal of Obstetrics and Gynecology. Volume 219, Issue 6, 2018, Pages 533-544, ISSN 0002-9378. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2018.08.006>.

O ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) é um protocolo de cuidados perioperatórios em várias especialidades médicas (cirurgia colorretal, urológica, ginecológica e hepatobiliar). As diretrizes do ERAS baseiam-se nas evidências da mais alta qualidade disponíveis e, como tal, exigem atualizações regulares. Meta-análises, revisões sistemáticas, estudos randomizados controlados, estudos não randomizados controlados, revisões e séries de casos foram considerados para cada tópico individual. Um ou dois autores revisaram a base de evidências de cada item.

A abordagem sistemática se mostrou benéfica para as pacientes, resultando em melhores desfechos.

Recentemente, foi publicado no American Journal of Obstetrics and Gynecology (AJOG) um protocolo de cuidados pré, intra e pós-operatórios voltados especificamente para a cesariana.

Cuidados Antenatais e Pré Operatórios:

Educação da paciente:

Embora as evidências não sejam robustas, é considerada boa prática clínica informar a paciente sobre o procedimento antes, durante e após a cesariana, adaptando o discurso de acordo com a situação clínica (cesárea programada ou de urgência). A cesariana sem indicação médica não deve ser recomendada sem uma avaliação prévia de riscos e benefícios para a mãe e bebê.

Resumo e Recomendação:

Intervenções e endpoints neste campo variam amplamente. No entanto, a maioria dos estudos mostra que o aconselhamento fornece efeitos benéficos sem

evidência de dano. Recomenda-se que os pacientes recebam rotineiramente aconselhamento pré-operatório.

Nível de evidência: moderado

Grau de recomendação: forte

Administração de medicamentos pré-anestésicos:

Antiácidos e antagonistas de receptor H2 devem ser administrados como pré-medicação para reduzir risco de pneumonite aspirativa. Essa complicação, embora rara, ainda é uma causa importante de mortalidade materna durante a anestesia na cesariana, mesmo em países bem desenvolvidos. A combinação entre essas duas classes de medicamentos se mostrou superior ao uso de antiácidos isolado e a nenhuma intervenção em mulheres que foram submetidas à anestesia geral. No entanto, mesmo em situações em que seja feito o bloqueio de neuroeixo, essa recomendação tem algum valor, visto que uma parcela dessas pacientes pode requerer conversão para anestesia geral durante a cirurgia.

O uso de gabapentina demonstrou melhora no controle da dor pós-operatória em alguns estudos. No entanto, uma revisão sistemática encontrou benefício discreto no uso da medicação, com aumento significativo de eventos adversos.

O uso de sedativos (fentanil, midazolam, meperidina e quetamina) deve ser evitado, considerando os potenciais efeitos adversos para mãe e bebê. O uso desses medicamentos foram associados ao atraso no contato pele a pele, APGAR baixo e distúrbios na termogênese do neonato.

Preparo Intestinal:

O preparo intestinal (mecânico ou medicamentoso) não se mostrou benéfico na redução de infecção pós-operatória nos estudos analisados. O único efeito significativo encontrado foi "uma pior experiência do paciente". Por esse motivo, não está recomendado antes da cesariana.

Resumo e Recomendação:

A preparação intestinal pré-operatória de rotina não deve ser usada antes da cirurgia ginecológica minimamente invasiva. Seu uso é igualmente desencorajado antes da laparotomia aberta em cirurgia ginecológica / oncologia ginecológica, especialmente dentro de uma via ERAS estabelecida. Cirurgiões que consideram necessário o preparo intestinal devem limitar seu uso a pacientes nos quais uma ressecção do cólon está planejada. Nestes casos, o uso de antibióticos orais sozinho deve ser considerado ou combinado com a preparação mecânica do intestino. Dados de alta qualidade da literatura colorretal mostraram que o preparo mecânico do intestino por si só não diminui a morbidade pós-operatória e, portanto, deve ser abandonado.

Nível de evidência: moderado

Grau de recomendação: forte

Tempo de jejum:

O jejum era adotado com o uma medida para evitar vômitos após a administração de anestésicos. Classicamente, era recomendado o jejum após a meia-noite para as cirurgias eletivas que seriam realizadas na manhã seguinte.

Uma revisão da Cochrane concluiu que não houve aumento no volume ou diminuição do pH gástrico nem aumento de complicações com intervalos mais curtos de jejum. Dessa forma, as pacientes devem ser encorajadas a ingerir líquidos claros (sucos, café, chá sem leite) até 2 horas antes das cirurgias eletivas. Refeições leves podem ser feitas até 6 horas antes da cirurgia. A suplementação de carboidratos é controversa, mas pode ser oferecida 2 horas antes da cesariana em mulheres não diabéticas.

Resumo e Recomendação:

Os pacientes devem ser encorajados a comer uma refeição leve até 6 horas e consumir líquidos claros, incluindo bebidas de carboidratos orais por até 2 horas, antes do início da anestesia. Pacientes com atraso no esvaziamento gástrico devem jejuar

durante a noite ou 8 horas antes da cirurgia. Os carboidratos orais reduzem a resistência à insulina e melhoram o bem-estar e devem ser usados rotineiramente (extrapolados a partir de dados de cirurgia não ginecológica). Não existem dados suficientes para fazer recomendações em pacientes diabéticos.

Qualidade da evidência:

- ✓ 6–8 horas de jejum para sólidos e 2 horas para líquidos claros, incluindo bebidas orais com carboidratos (em pacientes sem esvaziamento gástrico tardio): alta;
- ✓ Bebidas orais de carboidratos, melhorando a resistência à insulina e o bem-estar: moderado;
- ✓ Bebidas de carboidratos orais melhorando o tempo de recuperação e reduzindo as complicações: baixo.

Grau de recomendação:

- ✓ Evitar o jejum noturno: forte
- ✓ Administração de carboidratos orais pré-operatórios: forte
- ✓ Administração de carboidratos orais pré-operatórios em pacientes diabéticos bem controlados: fraco

Otimização de Comorbidades:

Além das medidas já descritas, a avaliação e manejo adequados das comorbidades maternas (hipertensão, diabetes, obesidade, anemia) também foram associados a melhores desfechos. O tabagismo deve ser desencorajado antes ou logo no início da gestação.

Cuidados Perioperatórios:

Antibioticoterapia Profilática e Preparo da Pele:

É recomendada a administração de antibiótico profilático 30-60 minutos antes da incisão da pele. Nas cesarianas realizadas com bolsa íntegra, é recomendado o uso de cefalosporina de primeira geração; nas situações de cesariana intraparto ou com bolsa rota, a associação com azitromicina confere redução adicional do risco de infecção pós-operatória.

O uso de clorexidina alcoólica é preferível ao uso de solução iodada para preparo da pele.

O preparo vaginal com solução iodada, em mulheres em trabalho de parto ou com bolsa rota, foi capaz de reduzir o risco de endometrite de 8,3 para 4,3% segundo uma revisão da Cochrane.

Resumo e Recomendação:

As cefalosporinas de primeira geração devem ser a primeira escolha para a profilaxia com antibióticos para histerectomia e a dosagem deve ser baseada no peso. A profilaxia antibiótica deve ser ajustada de acordo com o procedimento planejado, com a adição de cobertura anaeróbica no cenário da cirurgia do câncer pélvico ou da cirurgia intestinal. A redução deve ser realizada conforme indicado, com base na duração do caso cirúrgico e na perda de sangue.

Nível de evidência: alto

Grau de recomendação: forte

Os pacientes devem tomar banho antes do procedimento cirúrgico com sabão antimicrobiano à base de clorexidina e realizar uma preparação para a pele com álcool clorhexidina na sala de operações antes da cirurgia.

Nível de evidência: alto

Grau de recomendação: forte

Considerações Anestésicas:

A anestesia regional é a técnica preferencial a ser adotada na cesariana. Em comparação com a anestesia geral, está associada a uma perda sanguínea menor no intraoperatório, porém não há diferenças significativas em relação a desfechos maternos ou neonatais.

O bloqueio de neuroeixo está associado a melhores desfechos pós-operatórios, como melhor controle da dor, mobilização mais precoce da paciente, menor frequência de náuseas e vômitos, e também a menor tempo de internação hospitalar.

Resumo e Recomendação:

Recomenda-se o uso de anestésicos de ação curta, o monitoramento da profundidade do bloqueio neuromuscular e a reversão completa. A ventilação deve usar uma estratégia de proteção com volumes correntes de 6 a 8 mL / kg e pressão expiratória final positiva de 6 a 8 cm H₂O.

Qualidade da evidência: Anestésicos de ação curta: baixo

Grau de recomendação: forte

Prevenção de Hipotermia:

A hipotermia perioperatória pode ocorrer em 50-80% das pacientes submetidas à raquianestesia para cesariana. Há diversos estudos que demonstram os efeitos da hipotermia em não gestantes (aumento da taxa de infecção de ferida operatória, isquemia miocárdica, coagulopatias, aumento do tempo de hospitalização, dentre outros). Também pode causar efeitos adversos nos neonatos, como menor APGAR, acidose, menor temperatura ao nascimento.

É recomendada a monitorização da temperatura materna durante a cesariana para que seja avaliada a necessidade de estratégias para aquecimento e prevenir hipotermia. O uso de ar quente forçado, infusão de fluidos aquecidos e aumento da

temperatura da sala cirúrgica foram associados a menor ocorrência de hipotermia e aumenta o conforto materno.

Resumo e Recomendação:

A manutenção da normotermia deve ser incorporada em todos os programas ERAS.

Nível de evidência: alto

Grau de recomendação: forte

Considerações Sobre a Técnica Cirúrgica:

A laparotomia a Pfannenstiel é a abordagem mais tradicional na cesariana. No entanto, a laparotomia a Joel-Cohen está associada a menor tempo operatório e menor perda sanguínea.

A histerorrafia em cama dupla pode estar associada a menores taxas de rotura uterina, porém uma revisão recente não demonstrou diferença significativa na histerorrafia em camada simples ou dupla. Também não há diferenças significativas quando comparados os tipos de fio (mono x multifilamentar), nem com o tipo de agulha (cortante ou não).

O fechamento do peritônio parietal e visceral e também do músculo reto abdominal não está associado a piores desfechos, porém aumenta o tempo cirúrgico. A camada subcutânea deve ser aproximada de maior que 2 cm de espessura.

Resumo e Recomendação:

A cirurgia minimamente invasiva, incluindo a cirurgia vaginal, é preferida para pacientes apropriados quando possível.

Nível de evidência:

- ✓ Morbidade: alta
- ✓ Recuperação: alta
- ✓ Grau de recomendação: forte

Manejo de Fluidos:

Manter a paciente euvolêmica durante o pré e intraoperatório parece estar associado a melhores desfechos maternos e neonatais na cesariana. A sobrecarga hídrica está associada a maior risco de edema agudo de pulmão materno e também a maior perda ponderal do neonato nos primeiros dias de vida.

Resumo e Recomendação:

A fluidoterapia dirigida por objetivos no perioperatório reduz o tempo de internação e as complicações em pacientes de alto risco submetidos à cirurgia abdominal.

Nível de evidência:

- ✓ Uso de fluidoterapia direcionada a objetivos em grandes cirurgias abdominais em pacientes com altas comorbidades ou cirurgia de alta perda de sangue: alta
- ✓ Grau de recomendação: forte

Prevenção de Íleo Pós-Operatório:

O retorno da função intestinal é frequentemente o último marco alcançado antes da alta hospitalar pós-operatória após a laparotomia. Foram relatadas taxas de íleo pós-operatório de até 30% entre as mulheres submetidas à cirurgia ginecológica podendo evoluir com complicações abdomino-pélvicas pós-operatórias.

Foi demonstrado que várias intervenções diminuem o risco de íleo pós-operatório, seja por efeitos diretos ou indiretos. A implementação de cirurgia minimamente invasiva reduz a taxa de íleo pós-operatório ; no entanto, nem todos os pacientes são candidatos a cirurgia minimamente invasiva. Entre os pacientes que necessitam de laparotomia, as intervenções que estimulam o sistema nervoso entérico e reduzem o uso de opióides demonstraram aumentar o tempo de recuperação intestinal e reduzir a taxa de íleo pós-operatório. Intervenções simples de alimentação

precoce, consumo de café e goma de mascar demonstraram ser eficazes na redução do tempo de retorno da função intestinal.

Resumo e Recomendação:

Beber café, bem como vários outros elementos das vias ERAS, incluindo euvolemia, analgesia poupadora de opióides e alimentação precoce são seguros, baratos e parecem eficazes na redução do tempo de retorno da função intestinal. O Alvimopan é aprovado pela FDA para reduzir o tempo de retorno da função intestinal e a morbidade pós-operatória do íleo em pacientes submetidos à ressecção planejada do intestino. A bupivacaína lipossômica pode reduzir o consumo de opioides e a taxa de íleo pós-operatório.

Nível de evidência: alto

Grau de recomendação: forte

Cuidados Com o Neonato:

Retardar o clampeamento e secção do cordão por pelo menos um minuto nos bebês a termo está associado a menores índices de anemia e melhora o neurodesenvolvimento na infância. Nos bebês pré-termo, o clampeamento após pelo menos 30 segundos foi associado a menor necessidade de hemotransfusão, menos hemorragia intraventricular e menor risco de enterocolite necrosante.

A hipotermia no recém-nascido está associada a maior morbimortalidade e deve ser evitada. A temperatura da sala deve se manter entre 21-25 graus e a temperatura corporal do RN deve ser mantida entre 36,5-37,5 após a cesariana.

A maior parte dos RN respira espontaneamente nos primeiros 10-30 segundos de vida; a aspiração gástrica e de vias aéreas não deve ser realizada de rotina, a menos que a secreção aparente estar obstruindo de fato a via aérea.