

9 - ERAS

“ENHANCED RECOVERY AFTER SURGERY”

Ostetrica Liliana Di Nicolantonio

DEFINIZIONE di ERAS

2

- La “Enhanced recovery after surgery (ERAS)” è un percorso peri-operatorio multimodale che permette di ridurre lo stress chirurgico e di migliorare il recupero dei pazienti dopo l'intervento chirurgico, facendo in modo che questi possano ritornare al più presto alle proprie abitudini di vita.

ERAS “Enhanced recovery after surgery”

3

- Nonostante il protocollo ERAS sia stato sviluppato per la gestione peri-operatoria del paziente candidato alla chirurgia elettiva del colon e del retto, la validità delle procedure, comuni a più chirurgie, ha reso possibile nel tempo la sua implementazione in altre specialità chirurgiche quali la chirurgia dello stomaco, del pancreas, del fegato e anche in **chirurgia ginecologica**, ortopedica e urologica

ERAS “Enhanced recovery after surgery”

4

- L'attuazione del programma ERAS si fonda:
 - sul principio della **multi professionalità**
 - sul coinvolgimento del paziente, che diventa parte attiva del suo percorso di cura.

ERAS “Enhanced recovery after surgery “

5

- È necessaria l'integrazione del lavoro di tutti gli operatori sanitari (chirurgo, anestesista, infermiere, ostetrica, dietologo, fisioterapista) per ottenere una maggiore adesione e partecipazione della paziente al programma di gestione perioperatorio.

Fattori che influenzano negativamente il recupero del paziente chirurgico

6

- ❑ Scarsa comunicazione
- ❑ Prolungato digiuno perioperatorio
- ❑ Disidratazione o eccessivo carico di fluidi
- ❑ Controllo del dolore inefficace
- ❑ Mobilizzazione tardiva
- ❑ Nutrizione inadeguata
- ❑ Lunga degenza in ospedale

ERAS “Enhanced recovery after surgery”

7

- L'applicazione del protocollo ERAS in chirurgia ha dimostrato di ridurre notevolmente le complicanze postoperatorie
- Di ridurre i tempi di recupero della paziente sottoposta ad intervento chirurgico, la degenza media e di conseguenza i costi ospedalieri.

Fase preoperatoria.

- Il **counseling** riveste un ruolo fondamentale. Si spiegano alla paziente il tipo di intervento e il percorso perioperatorio, al fine di renderla partecipe rispetto al percorso di cura e di avere una sua maggiore collaborazione.
- I consigli di tipo educazionale, tra cui il controllo dell'abitudine al fumo di sigaretta (importante fattore di rischio per complicanze postoperatorie polmonari) e l'astensione dall'assunzione di alcool.

Il ruolo dell'Ostetrica nella compliance terapeutica

9

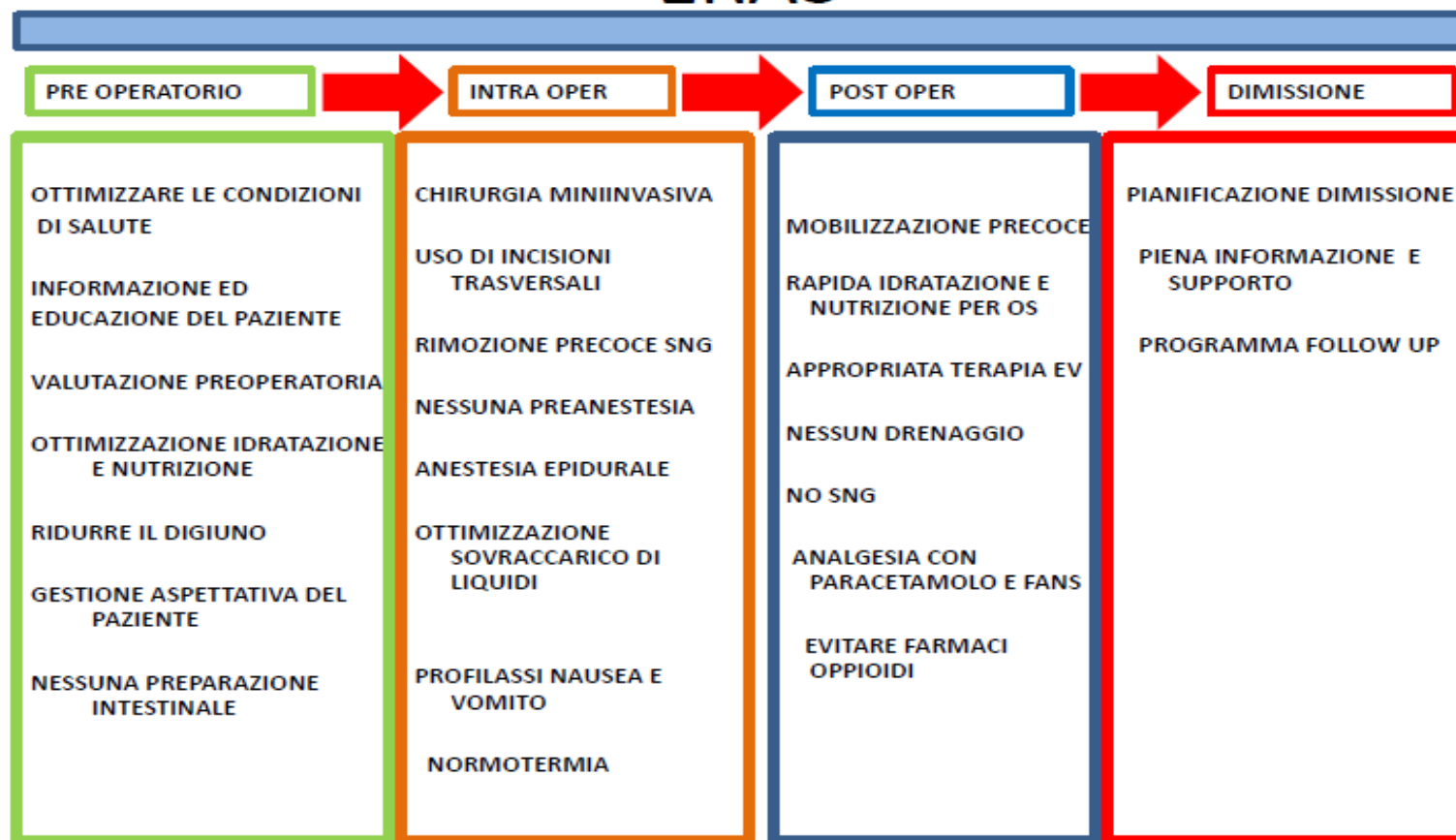
- La compliance è definita come l'adesione dell'utente alle prescrizioni mediche e ai trattamenti previsti nella gestione di un determinato problema di salute.
- Risulta maggiormente difficile migliorare la compliance relative ai cambiamenti di stile di vita della paziente
- È proprio sulla compliance che, tuttavia, si gioca il successo del trattamento stesso e, contemporaneamente, lo sviluppo della relazione terapeutica.

Il ruolo dell'Ostetrica nella compliance terapeutica

10

- Il ruolo dell'Ostetrica risulta essere fondamentale proprio per le azioni che quotidianamente compie accanto all'utente.
- L'Ostetrica si designa, in poche parole, come una counselor in quanto si ritrova coinvolta in una relazione d'aiuto dove, con consapevolezza e professionalità, accompagna la paziente nel suo percorso terapeutico.
- Si instaura un rapporto nel quale vengono privilegiate le capacità, le inclinazioni, i gusti e le scelte proprie dell'utente, attivandone le risorse.

ERAS



Eras pre operatorio

12

- Informazione ed educazione del paziente
- Ottimizzazione delle condizioni di salute
- Valutazione pre operatoria
- Ottimizzazione di idratazione e nutrizione
- Riduzione del digiuno
- Gestione aspettativa del paziente
- Nessuna preparazione intestinale

Fase preoperatoria.

- La preparazione intestinale che non prevede l'assunzione di sostanze per bocca, come invece previsto dall'approccio tradizionale, ma la somministrazione di Clismalax 133 ml la sera prima dell'intervento. Ciò evita il rischio di disidratazione nel postoperatorio.
- L'attuazione della trombo-profilassi.
- La riduzione del digiuno preoperatorio come raccomandato dalle linee guida ASA.

Eras intra operatorio

14

- Chirurgia mini invasiva
- Uso di incisioni trasversali
- Rimozione precoce SNG
- Nessuna pre anestesia
- Anestesia epidurale
- Ottimizzazione carico di liquidi
- Profilassi nausea e vomito
- normotermia

Fase intraoperatoria

15

- Si mantiene la normotermia del paziente, utilizzando i presidi di riscaldamento corporeo e di riscaldamento dei liquidi infusi.
- Si attua l'antibiotico-profilassi
- Si utilizzano agenti anestetici di breve durata, privilegiando i farmaci con minor rischio di indurre nausea e vomito.

Fase intraoperatoria

16

- Si posiziona un catetere peridurale per avere un ottimo controllo del dolore e per ridurre la risposta allo stress chirurgico.
- Si posizionano il sondino naso gastrico (SNG) e il catetere vescicale; il SNG viene rimosso al termine dell'intervento, al fine di avere una ripresa della funzione intestinale più rapida.

Eras post operatoria

17

- Mobilizzazione precoce
- Idratazione e nutrizione per OS precoce
- Appropriata terapia EV
- Nessun drenaggio
- No SNG
- Analgesia con *paracetamolo* e *Fans*
- Evitare farmaci oppioidi

Fase postoperatoria

18

- Rilevazione dei parametri ogni 4-6 ore e controllo della diuresi.
- Somministrazione dell'ossigenoterapia con O₂ a 2 litri/minuto mediante occhialini per almeno due ore.
- Garantire la profilassi tromboembolica.

Fase postoperatoria

19

- Garantire un'adeguata analgesia somministrando paracetamolo 1 grammo ogni otto ore, anche in presenza di catetere peridurale.
- Dieta idrica 2h dopo l'intervento e dieta priva di scorie nelle giornate successive.
- Mobilizzazione fuori dal letto la sera dell'intervento per evitare la perdita della massa muscolare.

Fase postoperatoria

20

- Rimozione del catetere vescicale la giornata successiva all'intervento, se non ci sono controindicazioni.
- Mobilizzazione precoce: i giorni seguenti all'intervento si comincia a restare fuori dal letto per 6/8 ore e si stimola il paziente a camminare.
- In terza giornata post-operatoria si toglie il catetere peridurale.

Erasmus - Dimissioni

21

- Pianificazione dimissioni
- Informazioni e supporto
- Programma di follow-up

ERAS conclusioni

22

- Nelle procedure ERAS i tempi di degenza si riducono in media da 6 a 4 giorni,
- le complicanze non vanno oltre il 3-5%
- i pazienti presentano condizioni psicofisiche post-intervento decisamente migliori
- possono rapidamente riprendere le loro attività di vita quotidiana.

ERAS GINECOLOGICO

23

- Il protocollo ERAS è stato previsto anche per la chirurgia ginecologica laparotomica, laparoscopica e vaginale per la terapia delle patologie benigne e tumorali

ERAS GINECOLOGICO – 4 / 2

settimane prima dell'intervento

24

- Tutte le pazienti ricevono del materiale informativo che illustra quanto accadrà durante il ricovero e ciò che si devono aspettare durante tutte le fasi intra e post operatorie.
- Un counseling individuale viene offerto a ciascuna donna da parte di tutto il team in fase di pre ammissione
- Viene valutato lo stato nutrizionale e in caso di denutrizione viene somministrata supplementazione orale di nutrienti nei 7 giorni che precedono l'intervento

ERAS GINECOLOGICO – il giorno prima dell'intervento

25

- Nessuna preparazione intestinale
- Nessuna tricotomia
- 800 ml di liquidi chiari ricchi di maltodestrine alla sera
- Cena completa

ERAS GINECOLOGICO – giorno dell'intervento

26

- Cibo solido e liquidi non chiari sino a 6 ore prima dell'intervento
- Liquidi chiari sino a 2 ore prima dell'intervento
- 400 ml. di liquidi chiari ricchi di Maltodestrine
- Premedicazione solo in casi specifici quali:
 - Elevata ansietà della paziente
 - allergie

ERAS GINECOLOGICO – giorno dell'intervento

27

- Calze elastiche posizionate prima dell'invio in sala operatoria
- Posizionamento della paziente sul tavolo operatorio prima dell'induzione dell'anestesia
- Somministrazione dell'antibiotico profilassi in single shot
- Introduzione cateterino per Anestesia regionale

ERAS GINECOLOGICO – giorno dell'intervento

28

- Anestesia generale (per le procedure laparotomiche e laparoscopiche):
 - ▣ Catetere vescicale
 - ▣ No SNG (o se necessario l'inserimento è intraoperatorio)

ERAS POST OPERATORIO

29

- PROFILASSI:
 - TVP
 - Nausea e vomito
 - Antiacidi Ranitidina

ERAS POST OPERATORIO

30

- 6 - 8 ore dopo l'intervento somministrazione di liquidi chiari
- Soluzioni elettrolitiche bilanciate ev. per non più di 24 ore dopo l'intervento
- Analgesici
- Mobilizzazione precoce

ERAS POST OPERATORIO – 1

giornata

31

- Rimozione terapia endovenosa se non è già stata sospesa 6 – 8 ore dopo l'intervento
- Controllo del dolore
- Dieta libera con cibo solido dalla colazione
- Rimozione catetere vescicale
- Prosegue la mobilizzazione precoce (gestita dalla paziente, suggerito far alzare la pz. facendola camminare)

Valutazione criteri per la dimissione

32

- Adeguata nutrizione orale
- Recupero delle funzioni intestinali
- Adeguato controllo del dolore con analgesici
- Autonomia nella mobilizzazione
- Nessuna complicanza post operatoria
- adeguata compliance della pz.
- Valutare la possibilità di dimissione per le pz. sottoposte a procedura laparotomica
- Dimissione per le paz. che sono state sottoposte a procedura laparoscopica

giornata

33

per interventi laparotomici

- Effettuare prova sospensione terapia epidurale
- Contemporaneamente somministrare FANS
- Rimuovere cateterino epidurale solo se il dolore è < a 5 su scala VAS dopo 4 – 6 ore senza somministrazione di farmaci epidurali
- Valutazione dei criteri di dimissione
- dimissione

ERAS POST OPERATORIO – FOLLOW UP

34

- COLLOQUIO TELEFONICO STRUTTURATO
3 GIORNI DOPO E UN MESE DOPO
L'INTERVENTO