



O-170 - RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN GÁSTRICA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL. HOSPITAL UNIVERSITARIO INFANTA LEONOR

García Nebreda, María; Álvaro Cifuentes, Edurne; Ripollés Melchor, Javier; Abad Motos, Ane; Pardo Martínez, Cristina; Valdazo Gómez, Adela; Fuenmayor Valera, María Luisa; Paseiro Crespo, Gloria

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid.

Resumen

Introducción: La gastrectomía radical sigue siendo el tratamiento curativo para el cáncer gástrico. La atención perioperatoria convencional se asocia con un alto riesgo de morbilidad tras la cirugía radical. Los protocolos de rehabilitación intensificada o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se han aplicado en cirugía de cáncer gástrico, extrapolados desde la cirugía colorrectal.

Objetivos: Evaluar y analizar los resultados posoperatorias a 30 días de seguimiento después de una resección gástrica programada dentro o no de un programa ERAS.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a gastrectomías por cáncer en el Hospital Universitario Infanta Leonor (HUIL) desde Enero del 2016 a enero del 2021.

Se realizaron dos cohortes de estudio: pacientes intervenidos previo a introducción del protocolo ERAS (pre-ERAS) e intervenidos bajo protocolo ERAS (post-ERAS) basados en la fecha de inicio de implementación del protocolo (junio de 2018). Se utilizó análisis de Hodges-Lehmann para estimar las diferencias medianas de los resultados no paramétricos entre los dos grupos.

Resultados: Se incluyeron 88 pacientes, 47 pacientes pre-ERAS y 41 pacientes post-ERAS, se analizaron variables clínicas, demográficas y la adherencia a todos los ítems asociados al protocolo ERAS. La media de edad fue de 69 años [IQ 58-78]. El tipo de tumor más frecuente fue el adenocarcinoma. La comorbilidad asociada fue similar en ambos grupos. No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en el número de complicaciones posoperatorias, reintervenciones y reingresos entre ambos grupos. La neoadyuvancia fue más frecuentes en el grupo post-ERAS ($p = 0,07$). Se obtuvo una reducción estadísticamente significativa ($p < 0,001$) en la estancia hospitalaria posoperatoria dentro del grupo ERAS. El inicio de la tolerancia oral (-3 días, IC95%) y la retirada de catéteres urinario se produjeron de manera más temprana (-1 día, IC95%) dentro del grupo post-ERAS.

Características clínicas y demográficas

	Pre-ERAS (n = 47)	Post-ERAS (n = 41)	p
BMI	25.8 [23.6-28.0]	26.4 [24.4-30.4]	0.13

Comorbidities			
Hypertension	29 (61.7%)	20 (48.8%)	0.22
Diabetes mellitus	12 (25.5%)	10 (24.4%)	0.90
COPD	17 (36.2%)	10 (24.4%)	0.23
Chronic kidney disease	7 (14.9%)	5 (12.2%)	0.71
Cardiovascular	7 (14.9%)	9 (21.9%)	0.39
Preoperative hemoglobin	13.3 [12.0-14.2]	12.6 [11.1-13.6]	0.06
Preoperative albumin	3.6 [3.3-3.9]	3.5 [3.0-3.7]	0.09
Surgical approach			0.24
Open	29 (61.6%)	31 (75.6%)	
Minimally invasive	18 (38.3%)	10 (24.4%)	
Pathology			0.18
Adenocarcinoma	33 (70.2%)	31 (77.5%)	
Gastrointestinal stromal tumor	7 (14.9%)	8 (20.0%)	
Neuroendocrine	3 (6.4%)	0 (0.0%)	
Desmoid	0 (6.4%)	1 (2.5%)	
Neoadjuvant therapy	5 (10.6%)	11 (26.8%)	0.07
Length of hospital stay	9 [7-13]	6 [5-9]	< 0.01
Readmission	3 (6.4%)	4 (10.0%)	0.69
Reintervention within 30-days	2 (4.3%)	3 (7.5%)	0.66
Mortality within 30-days	1 (2.1%)	1 (2.5%)	1.00

Conclusiones: Nuestro protocolo ERAS en cirugía de resección gástrica se asocia con un inicio de tolerancia oral más temprana, retirada precoz de catéteres urinarios y una estancia posoperatoria menor, disminuyendo de esta manera los costes asociados, sin producirse aumento de las complicaciones o reingresos. Es necesario el análisis a largo plazo y con un mayor tamaño muestral para poder obtener datos con otras variables asociadas a los protocolos ERAS.