



P-512 - PROTOCOLO ERAS (*ENHANCE RECOVERY AFTER SURGERY*) EN CIRUGÍA HEPATOBILIAR EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA HEPÁTICA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CRUCES

Pascual Vicente, Teresa; Villota Tamayo, Beatriz; Vinués Martínez, María; Perfecto Valero, Arkaitz; Herrero Montaña, Idoia; Apodaca López, Naiara; Prieto Calvo, Mikel; Gastaca Mateo, Mikel

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Objetivos: Los protocolos ERAS se basan en la optimización del manejo multidisciplinar y transversal perioperatorio de los pacientes, con el objetivo de reducir la morbilidad y acelerar su recuperación.

Métodos: Exposición del protocolo ERAS aplicado en nuestro Centro desde diciembre de 2021. Selección de los pacientes a incluir desde consultas externas. Se incluyen los pacientes a intervenir de Cirugía Hepatobiliar, con edades entre 18 y 85 años, independientemente del riesgo ASA. Se excluyen aquellos pacientes sometidos a cirugía urgente, con deterioro cognitivo severo o cirugías concomitantes.

Resultados: La prehabilitación física consiste en explicar una rutina de ejercicios respiratorios y motores, consensuada con el Servicio de Rehabilitación. Se realiza una valoración del estado nutricional y aquellos pacientes que presentan riesgo de desnutrición son derivados a Endocrinología para una optimización preoperatoria. En caso de presentar anemia preoperatoria, esta se corrige con hierro oral o intravenoso en función de las cifras de hemoglobina. El ayuno preoperatorio, en caso de no existir riesgo de gastroparesia, se establece en 6 horas para sólidos y 2 horas para líquidos claros. En quirófano, la gestión del paciente se adecúa al protocolo ERAS. Para la profilaxis de trombosis venosa profunda (TVP) se colocan medias compresivas y/o neumáticas intermitentes según el riesgo. La profilaxis antibiótica se aplica 30 minutos antes de la incisión, repitiéndose transcurridas 4 horas o en caso de hemorragia > 1,5L. La analgesia multimodal comprende colocar un catéter epidural en cirugía abierta, salvo coagulopatía o resecciones hepáticas > 50%, en cuyos casos se plantea la colocación de un catéter interfascial o los bloqueos selectivos de la pared neuromuscular. En caso de abordaje laparoscópico, se infiltran los trócares con anestésico local antes de realizar las incisiones y previo al cierre de las mismas. Durante el intraoperatorio, se asegura la normotermia y la normoglucemia. El objetivo de presión venosa central es < 4 mmHg, para lo que se utiliza una fluidoterapia restrictiva con Plasmalyte y albúmina 5% para la reposición pérdidas hemáticas discretas, reservando la transfusión de concentrado de hematíes en caso de Hb < 9 g/dL. Se retiran desde el quirófano las sondas vesical y nasogástrica, y se omite la colocación de drenajes si la hemostasia y bilioestasia son correctas. En caso de que el posoperatorio transcurra en la reanimación, se mantiene homeostasis con normotermia y

normoglucemia y fluidoterapia restrictiva. Se inicia tolerancia oral y movilización a las 3 horas de la intervención, y profilaxis de TVP con heparina de bajo peso molecular a las 12 horas. Además, se realiza fisioterapia respiratoria incentivada precoz. En planta se procede de forma similar, añadiendo la retirada de vía central al 1^{er} día posoperatorio. También se instaure dieta blanda al 1^{er} día, progresándose a basal con suplementos nutricionales posteriormente. Al 3^{er} día posoperatorio se retira el catéter epidural y la cobertura analgésica es exclusivamente oral.

Conclusiones: Los resultados obtenidos con la implementación de los protocolos ERAS mejoran los resultados posoperatorios. Los pacientes se benefician de un abordaje multidisciplinar y transversal perioperatorio, lo que permite conseguir el objetivo de reducir la morbimortalidad y acelerar su recuperación.