



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-543 - DISEÑO DE UN CIRCUITO HOSPITALARIO PARA LA OPTIMIZACIÓN DE LA ANEMIA EN PACIENTES DE CIRUGÍA GÁSTRICA. RESULTADOS PRELIMINARES

*Ugarte Sierra, Bakarne; Fernández Pablos, Francisco Javier; Abad Alonso, Rafael Alberto; Maniega Alba, Roberto; Zubiaga Bilbao, Maider; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier*

*Hospital Universitario de Galdakao, Galdakao-Usansolo.*

### Resumen

**Introducción:** Los pacientes que presentan cifras de hemoglobina entre 6-10 g/dl presentan alto riesgo transfusional. La anemia perioperatoria se asocia así mismo con aumento de la morbimortalidad. En el contexto de la implementación de la vía RICA en nuestro servicio, se diseñó un circuito intrahospitalario para la optimización de la anemia de aquellos pacientes subsidiarios de cirugía gástrica.

**Métodos:** Tras una fase inicial de detección de necesidades y diseño del circuito más adecuado, se procedió a la implementación del mismo. Se han recogido los datos de hemoglobinas de diagnóstico y postoptimización previa a intervención quirúrgica, clasificando los datos preintervención en 2 niveles. Nivel I: Óptimo. Registrando hemoglobinas por encima de 12 mg/dL. Nivel II: se logró optimizar hasta hemoglobinas entre 10-12 mg/dL.

**Resultados:** Diseño del circuito: la valoración inicial se llevará a cabo en la consulta específica de cirugía esofagogástrica por un cirujano de la unidad mediante una analítica predefinida para comenzar con el proceso de prehabilitación a 4 semanas vista, en dicha consulta. Según los parámetros obtenidos se procederá a pautar las dosificaciones de hierro intravenoso que precise el paciente. La enfermera de la consulta de cirugía general conseguirá la/s cita/s para su administración en Hospital de Día Médico en un plazo no superior a 3 semanas, previo a la consulta de preanestesia. En la misma consulta de cirugía se le aportará al paciente una petición específica de estudio de anemia a realizar tras las dosificaciones de hierro y previo a la consulta de preanestesia. Control 1: Si se detectara una no corrección de la anemia en la consulta de preanestesia, el paciente se derivará mediante consulta no presencial a un subequipo anestesia/anemia para plantear consulta a Hematología para administración de EPO. Control 2: Se procederá a un segundo control de la optimización de la anemia por los cirujanos de la unidad en la revisión del paciente, previa a definir el día final de la intervención con/sin consulta a Hematología si no se hubiera hecho en el control 1. Desde el inicio de la implementación de este circuito hemos incluido en el análisis 24 pacientes. Se han incluido pacientes de cualquier riesgo anestésico ASA, y cualquier tipo de resección gástrica (resección segmentaria, gastrectomía subtotal, total o 95%), con o sin neoadyuvancia y de cirugía tanto programada como preferente por su clínica debut, es decir pacientes en los que la prehabilitación se vio comprometida por hemorragia o estenosis y/o hubo que realizarla ingresados. Las edades se encontraban en un rango de 51 a 85 años. De los 24 pacientes,

21 fueron varones. El tiempo de prehabilitación se movió en un rango entre 8 y 62 días. 10/24 pacientes requirió feroterapia intravenosa, 3 pacientes requirieron administración de EPO. El 19/24 pacientes obtuvieron un nivel de optimización óptimo. Hemos detectado dificultades en la optimización de los pacientes que requirieron cirugía preferente/semiurgente (aumentado en número postcovid) a pesar de todo el armamento terapéutico.

**Conclusiones:** Es mandatorio el diseño de circuitos que optimicen estos pacientes.