



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-370 - ¿ES POSIBLE APLICAR EL PROTOCOLO ERAS EN CIRUGÍA COLORRECTAL PROGRAMADA EN EL PACIENTE ANCIANO?

Mosquera Fernandez, Cristina¹; Licardie Bolaños, Eugenio²; Taboada Ameneiro, Maria³; Madarro Pena, Carla³; Builes Ramírez, Sergio⁴; Concheiro Coello, Pablo³; Noguera Aguilar, Jose Francisco³

¹Hospital Quiron A Coruña, A Coruña; ²Hospital Quiron Sagrado Corazón, Sevilla; ³Hospital Universitario A Coruña, A Coruña; ⁴Clínica Rotger, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: El cáncer colorrectal (CCR) fue el más diagnosticado el año 2020 en España. El incremento de la esperanza de vida acompañado del descenso de la natalidad provoca el aumento de la población anciana. Este envejecimiento unido a que la edad es uno de los factores de riesgo para padecer CCR, apoya las estimaciones de que en un futuro entre 34-45% de diagnósticos de CCR serán en pacientes mayores de 80 años. Los protocolos de rehabilitación multimodal (ERAS) han demostrado la disminución de las complicaciones y estancia hospitalaria, pero uno de sus puntos controvertidos es si se pueden aplicar en pacientes ancianos de forma segura. El objetivo de este estudio es comparar la aplicación ERAS en pacientes ancianos sometidos a cirugía colorrectal programada frente a los pacientes de menor edad, su supervivencia global (SG) y tiempo libre de enfermedad (SLE).

Métodos: Estudio observacional y prospectivo de una cohorte de 130 pacientes (intervenidos entre 2017-2018). Un grupo de 42 pacientes con edad igual o superior a 75 años y un grupo control formado por 88 pacientes menores de 75 años, con un seguimiento de las complicaciones, reingresos y re-intervenciones posoperatorias a 30 días. Analizamos la SLE, recaídas y mortalidad con un seguimiento hasta octubre 2020 (seguimiento medio: 30 meses desde la cirugía).

Resultados: Grupos comparables en cuanto a IMC, sexo, índice Karnofsky, localización del tumor, abordaje y tiempo quirúrgico. Diferencia significativa en cuanto a comorbilidades con una incidencia mayor en el grupo de ancianos de insuficiencia renal, HTA, anemia. También presentaron mayor riesgo de desnutrición los pacientes de mayor edad (4,5% vs. 18% $p = 0,019$). Tras aplicar las medidas perioperatorias propias del protocolo ERAS de nuestro centro observamos mayor incidencia de complicaciones en los pacientes ancianos: 59,5% y 29,5% respectivamente ($p = 0,002$), pero si comparamos la gravedad de las complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo no existe diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos del estudio. No se demostraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la tasa de reintervención, reingresos, como tampoco de la estancia hospitalaria. En el posoperatorio temprano se registró un fallecimiento de un paciente de 89 años (2,3%) y ninguno en el grupo de menores de 75 años. En el seguimiento posterior (30 meses de media), 22 pacientes presentaron una recaída: 12 pacientes (13,6%) en los menores de 75 años y 11 pacientes (26%) en pacientes ancianos. La mortalidad durante el

seguimiento posterior fue de 12 pacientes (28,5%) en el grupo de pacientes ancianos y de 2 (2,2%) en pacientes jóvenes. Destacando que el 50% de los fallecimientos de los pacientes \geq 75 años las causas fueron otras diferentes a su enfermedad oncológica.

Conclusiones: Queremos mostrar que se puede aplicar un protocolo ERAS de forma segura en pacientes ancianos. Sin presentar diferencias significativas en cuanto a estancia, reintervenciones, reingresos, morbilidad o mortalidad a corto plazo. Las recidivas y mortalidad a largo plazo muestra un peor resultado en los pacientes ancianos, pero con múltiples factores implicados; destacamos las comorbilidades en los ancianos y la menor posibilidad de tratamiento adyuvante (en pacientes estadio III \geq 75 años).