



P-428 - IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO DE FERROTERAPIA INTRAVENOSA PREOPERATORIA EN PACIENTES ANÉMICOS DIAGNOSTICADOS DE NEOPLASIA COLÓNICA: PRIMEROS RESULTADOS

Pérez-Flecha González, Marina; Nevado García, Cristina; García-Conde Delgado, María; Vivas López, Alfredo; Durán Ballesteros, Marta; García Caspueñas, Sandra; García Borda, Javier; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La anemia microcítica es frecuente en pacientes con neoplasia maligna colónica. La principal causa es el déficit de hierro, secundario al sangrado crónico y a alteraciones homeostáticas. El tratamiento con ferroterapia endovenosa preoperatoria permite incrementar los niveles de hemoglobina, disminuir las transfusiones sanguíneas con sus efectos secundarios y mejorar los resultados postoperatorios a corto plazo. Nuestro objetivo es analizar los resultados iniciales de implantación de un protocolo de tratamiento ambulatorio de hierro intravenoso en pacientes con anemia ferropénica pendientes de cirugía programada por cáncer de colon.

Métodos: Se incluyeron los pacientes intervenidos desde el inicio del protocolo en octubre 2016 y en los 11 meses siguientes y se revisaron retrospectivamente el perfil férrico, la administración de hierro, las características clínicas y el curso postoperatorio. Actualmente este protocolo se lleva a cabo en la consulta de preanestesia a criterio del anestesista. Realizamos un estudio descriptivo de las variables y un análisis comparativo entre los pacientes con y sin anemia. Además, teniendo en cuenta que el protocolo no se ha implantado en todos los casos, se comparó el curso postoperatorio en los pacientes con anemia preoperatoria a los que se había administrado ferroterapia y a los que no.

Resultados: De los 177 pacientes intervenidos, 111 (62,7%) eran hombres y 66 (37,3) mujeres, con una media de edad de 68,55 años. Se detectó anemia microcítica en 77 (43,5%), de los cuales 33 pacientes (42,9%) recibieron tratamiento con hierro intravenoso preoperatorio. Atendiendo a la clasificación ASA, 7 (4%) eran grado I, 87 (49,2%) grado II, 74 (41,8%) grado III y 9 (5,1%) grado 4. 60 casos (34,1%) se localizaban en colon derecho, 15 (8,5%) en colon izquierdo, 39 (22,2%) en sigma y 62 (35,2%) en recto. Recibieron neoadyuvancia 36 pacientes (20,3%). La clasificación TNM de la pieza quirúrgica resultó ser in situ en 28 casos (15,8%), I en 40 (22,6%), II en 53 (29,9%), III en 49 (27,7%) y IV en 3 (1,7%). 13 pacientes (38%) estaban asintomáticos al diagnóstico, 28 presentaban anemia (7%), 14 rectorragia (29%), 8 alteraciones del tránsito (13%), 3 síndrome constitucional (2%), 3 obstrucción intestinal (1%) y 7 dolor abdominal (1%). Únicamente hemos encontrado diferencias en la presencia de anemia en la localización tumoral y los síntomas al diagnóstico. La anemia no ha demostrado diferencias en estancia media, dehiscencia ni evisceración, pero sí en infección de herida. De los pacientes anémicos, no se ha demostrado que la administración de hierro preoperatorio sea significativa para la necesidad de transfusiones sanguíneas en el ingreso, la estancia media, la dehiscencia, la infección de herida ni la evisceración.

Conclusiones: El análisis de los datos tras los primeros once meses de implantación del protocolo no ha objetivado claros beneficios en la administración de hierro intravenoso. Sería preciso extender la aplicación del protocolo a todos los pacientes de manera homogénea y continuar recopilando datos. Además, es preciso tener en cuenta que el hierro es un factor de crecimiento celular y todavía está por determinar un posible efecto oncológico deletéreo de su suplementación.