



OR-291 - SITUACIÓN ACTUAL DE LOS PROGRAMAS ERAS EN CIRUGÍA DE URGENCIAS

Landaluce Olavarria, Aitor¹; Badia Pérez, Josep Maria²; Ramírez Rodríguez, Jose Manuel³; Aranda Narváez, Jose Manuel⁴; Arroyo Sebastián, Antonio⁵; Estraviz Mateos, Begoña¹

¹Hospital Alfredo Espinosa, Urduliz; ²Hospital General de Granollers, Granollers; ³Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ⁴Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga; ⁵Hospital General Universitario de Elche, Alicante.

Resumen

Introducción: La aplicación de programas de rehabilitación multimodal se ha ido implantando a lo largo del territorio nacional en la cirugía programada (inicialmente en cirugía colónica y posteriormente en el resto de cirugías oncológicas e incluso en las grandes cirugías de pared abdominal), gracias en parte a la actividad del grupo español de rehabilitación multimodal con varios estudios prospectivos (como POWER y POWER2), donde se han puesto de manifiesto la mejora de resultados tras la aplicación de medidas ERAS y a los diversos estudios a nivel europeo (EUROPOWER) y mundiales (POSTVenTT), donde la mejora de uno o varios parámetros (anemia, nutrición, ejercicio aeróbico, ansiedad), repercutieron de manera ostensible en la mejora de los resultados posoperatorios y en la recuperación funcional del paciente. Sin embargo, su aplicación en la cirugía de urgencias parece que no ha sido tan evidente, probablemente por la evidente imposibilidad de realizar prehabilitación preoperatoria y por los diferentes ítems a emplear en la cirugía de urgencias en el periodo preoperatorio. El objetivo del estudio es saber la situación real de las medidas ERAS en las urgencias quirúrgicas.

Métodos: Se presenta una encuesta realizada a nivel nacional, promovida a través de la Sección de Urgencias y el Grupo de Rehabilitación Multimodal, con apoyo del grupo GERM. La encuesta se dividió en varios bloques: opinión sobre ERAS, generalidades, medidas en patología habitual en urgencias: apendicitis aguda, colecistitis aguda y diverticulitis aguda.

Resultados: Se obtuvieron 236 respuestas. La edad media de los encuestados fue entre 26-50 (57% de ellos adjuntos). El 97% de ellos creía en el ERAS en la cirugía de urgencias y lo aplicaban en el 75% de los casos, a pesar de que solo un 57% de ellos poseía un programa ERAS en la cirugía programada y un 80% de ellos no disponían de unidad de cirugía de urgencias en su hospital. El 85% aplica medidas para mantener la normotermia, el 55% durante todo el periodo perioperatorio. Respecto a la antibioterapia en la apendicitis aguda, el 55% la indica dentro de la primera hora después del diagnóstico, aunque únicamente el 47% repite una dosis inmediatamente antes de la cirugía. El diagnóstico principal de la apendicitis aguda se realiza en un 84% por ecografía, aunque aún es muy bajo el número de cirujanos (5%) que practican ecografía a pie de cama (POCUS). La vía laparoscopía es de elección en la apendicitis aguda tanto en los diferentes hospitales (82%), como en su práctica personal habitual (86%). En apendicitis aguda gangrenosa el 30% realiza antibioterapia durante 24 horas y en la colecistitis gangrenosa el 25% lo hace durante 3 días. El método de diagnóstico preferido en la diverticulitis aguda es la TAC (65%), debido a que se creen más eficaz, aunque un 57% cree que la ecografía es también útil en el diagnóstico.

Conclusiones: A nivel nacional está muy aceptado el concepto ERAS en la cirugía de urgencias aunque algunos aspectos respecto a antibioterapia o desarrollo autónomo de ecografía podrían ser puntos a implementar en un futuro.