



O-002 - ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE EFECTOS ADVERSOS EN PANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS: 77% PACIENTES CON ALGÚN EFECTO ADVERSO. ¿ESTAMOS FUERA DE LOS PARÁMETROS ESTABLECIDOS DE EXCELENCIA?

H. Llaquet Bayo, F.J. García Borobia, N. Bejarano, A. Romaguera, N. García Monforte, Á. Corcuer, N. Montes Ortega y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Analizar la morbimortalidad de las pancreatectomías cefálicas recogida de forma exhaustiva y sistemática, utilizando la clasificación de Clavien-Dindo, en una unidad de cirugía hepatobiliopancreática de un hospital universitario.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo. Obtención datos a través de la base de datos específica de efectos adversos (EA) del servicio (registro prospectivo). Inclusión de todos los pacientes con resección cefálica pancreática (o total) entre octubre 2010 y marzo 2014. Se utilizaron las recientes definiciones de fístula pancreática y retraso del vaciamiento gástrico. En todos los casos se realizó reconstrucción según Child con anastomosis pancreático-yeyunal. Análisis descriptivo de datos cuantitativos según medidas de tendencia central (media, mediana) y de dispersión (DE: desviación estándar y RIQ: rango intercuartílico) según criterios de normalidad. Estudio comparativo entre variables cualitativas según chi-cuadrado o Fisher. Análisis datos con Stata® 12.1, valor estadísticamente significativo p 0,05.

Resultados: Presentamos 48 pacientes consecutivos (44 duodenopancreatectomías cefálicas, 2 con preservación duodenal y 2 pancreatectomías totales): edad media 64,9 años (DE ± 12,5), 53% hombres, mediana ASA 2 (RIQ 2-3). Indicaciones: adenocarcinoma de páncreas 52%, ampuloma 21%, colangiocarcinoma 10%, adenocarcinoma duodeno 4%, pancreatitis crónica 4%, otros 9%. Intervención con preservación pilórica en 67%, resección vascular venosa en 13%. Mediana estancia hospitalaria 14 días (RIQ 10-24), en UCI 3 días (RIQ 2-5), mortalidad postoperatoria 2%, reingresos 26%, mediana transfusión concentrados hematíes durante ingreso 0 (RIQ 0-1). Registrados 108 EA en 37 pacientes (77%) (rango 1-9). De los 108 EA, 78 (72%) fueron Clavien I o II (no precisaron tratamiento o tratamiento farmacológico). Los 27 EA superiores a II se presentaron en 16 pacientes (33%). Un único paciente acumuló los cinco efectos adversos grado Clavien IVa, IVb y V, siendo exitus por sepsis y hemorragia masiva. Los EA se distribuyeron entre 40% quirúrgicos, 26% médicos, 21% por infección nosocomial, 13% otros. En la tabla se detallan todos los EA. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la aparición de fístula pancreática según tipo de ducto (fino, p = 0,001) y tipo de páncreas (blando, p = 0,001).

Total efectos adversos (EA)

	I	II	IIIa	IIIb	IVa	IVb	V	Núm. EA /%pac)
Fístula pancreática	7	3	6					16 (15%/100)
Absceso intrabdominal		3	7					10 (9%/25)
Retraso vaciamiento gástrico	2	3	6					11 (10%/27)
Infección/hematoma herida	6	1	1					8 (7%/179)
Hemoperitoneo/H. digestiva	1	2	1					44 (4%/88)
Ascitis	4	1						5 (5%/100)
Fístula intestinal		2						2 (2%/40)
Fístula biliar	1							1 (1%/1%)
Pancreatitis remanente						1		1 (1%/1%)
EA médicos (cualquier)	11	10		1	1			23 (21%/108)
Resto nosocomiales		2	2	1				5 (5%/8%)
Otros	18	1	2		1			22 (20%/108)
Total	50 (46%)	28 (26%)	25 (23%)	2 (2%)	2 (2%)	1 (1%)		108

H. digestiva: hemorragia digestiva; Núm: número; %pac: % pacientes afectos.

Conclusiones: A pesar de haber disminuido razonablemente la mortalidad, la resección de la cabeza pancreática sigue estando grabada por una elevada morbilidad. La clasificación de Clavien-Dindo permite compararla entre centros. A pesar del elevado número de EA que presentamos la mayoría son de grado I y II, los EA graves (? grado IIIa) afectan al 33% de los pacientes. Nuestro alto porcentaje de EA se debe a un registro sistemático, prospectivo y auditado de los mismos.