



O-161 - FAST-TRACK EN CIRUGÍA PANCREÁTICA

M. Torres Lorite, J.M. Sánchez Hidalgo, J. Betancourth Alvarenga, A. Arjona Sánchez, T. Robles Quesada, R. Ciria Bru, J.F. Ruiz Rabelo, M. Gómez Álvarez, J. Briceño Delgado, P. López Cillero y S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción: El desarrollo de programas *Fast-Track* o ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) se ha incrementado de forma exponencial en los últimos años, aun así, es poca su difusión en cirugía pancreática.

Objetivos: Comparar los resultados de un programa ERAS tras duodenopancreatetectomía cefálica (DPC) con el abordaje perioperatorio clásico.

Métodos: Estudio de casos y controles, pareado 3:1 en pacientes sometidos a DPC tipo Whipple por neoplasia periampular entre los años 2008-2012 en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba según las variables descriptivas (sexo, edad, presencia de diabetes mellitus preoperatoria, presencia de comorbilidades y drenaje biliar previo). Grupo Casos (n = 34) DPC tipo Whipple con reconstrucción en doble asa con protocolo ERAS. Grupo 2. Controles (n = 102) DPC tipo Whipple con reconstrucción clásica con abordaje perioperatorio clásico. Criterios de Inclusión: Edad > 18 años, IK > 70%, sin tratamiento neoadyuvante, sin cirugía previa. Criterios de Exclusión: Los que no cumplieron criterios de inclusión y aquellos con elevado riesgo anestésico (ASA IV).

Resultados: Un total de 136 pacientes fueron incluidos en el estudio. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las variables que se utilizaron para el ?matching? 3:1. La edad media de la muestra fue de 61 años [rango 30-80 años], en el grupo control fue de 62,76 [30-80 años] y en el grupo ERAS fue de 64,26 [42-78 años] ($p > 0,05$). No se encontraron diferencias significativas en la distribución por sexo entre ambos grupos ($p > 0,05$). De los pacientes en estudio, un 26,5% eran diabéticos previamente, (26% vs 27,4%; $p > 0,05$). Tampoco hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las comorbilidades de los pacientes incluidos (65,6% vs 67,6%; $p > 0,05$). Las variables de interés medidas en el curso postoperatorio fueron: una estancia hospitalaria media global de $15,86 \pm 9,34$ días, siendo menor en el grupo ERAS ($11,91 \pm 5,17$ vs $16,94 \pm 9,93$ días; $p = 0,006$). El retraso en el vaciamiento gástrico con relevancia clínica (Grados B y C de la International Study Group of Pancreatic Surgery -ISGPFS), fue menor en el grupo control (14,9% vs 20,6% con $p = 0,006$). No existieron diferencias en la proporción de fistulas pancreática postoperatorias grados B y C de la ISGPFS entre el grupo control y el grupo ERAS (15,68% vs 20,58%; $p = 0,227$). De la misma forma, la diferencia en el porcentaje de complicaciones postoperatorias (grado III-V clasificación de Clavien) en ambos grupos, no fue estadísticamente significativo (38,2% vs 38,8%; $p = 0,949$). Fue necesario reintervenir al 17,9% de los pacientes, de los cuales, un 16,4% eran controles, y un 23,5% pertenecían al grupo del abordaje ERAS ($p = 0,33$). Reingresó el 10,1% global, 8,6% de los controles frente al 15,2% del grupo ERAS ($p = 0,32$). La mortalidad postoperatoria al primer mes en el grupo control fue de 5,01% frente al 10,8% en el grupo ERAS ($p = 0,09$).

Conclusiones: El abordaje ERAS ha demostrado ser una práctica clínica segura, que permite acortar la estancia hospitalaria postoperatoria, sin incrementar de forma significativa la morbilidad asociada a esta cirugía.