



O-143 - ¿ES EL FALLO AL RESCATE (FAILURE TO RESCUE) UN PARÁMETRO ADECUADO COMO INDICADOR DE CALIDAD EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA PANCREÁTICA?

Castillejos Ibáñez, Francisco; Garcés Albir, Marina; Mora Oliver, Isabel; Muñoz Forner, Elena; Dorcaratto, Dimitri; Casula, Elisabetta; Guijarro, Jorge; Sabater Ortí, Lluís

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Introducción: El fallo al rescate (FTR) identifica pacientes fallecidos tras complicaciones mayores (CM). Detectar y tratar tempranamente estas complicaciones es crucial para reducir la mortalidad en cirugía pancreática. El FTR podría valorar la capacidad de gestión de las CM en una unidad quirúrgica.

Objetivos: Determinar cuál es la tasa de FTR en nuestra unidad y determinar si existen limitaciones de este indicador al analizar los resultados de éxito en cirugías con una alta mortalidad como la cirugía pancreática.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía pancreática programada entre enero de 2019 y diciembre del 2023. Se analizaron variables preoperatorias, intraoperatorias y posoperatorias. Se calculó el FTR a 30 y 90 días, definido como la mortalidad entre los pacientes que habían presentado al menos una CM (Clavien-Dindo > 3).

Resultados: Los principales resultados se presentan en la tabla. Ninguno de los pacientes con complicaciones menores presentó mortalidad posoperatoria (POM) a los 30 y 90 días de la intervención.

Resultados de la cirugía pancreática en nuestra unidad en los últimos 5 años.

| | | 2019 | 2020 | 2021 | 2022 | 2023 | Global |
|-------------|--------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| n | | 23 | 34 | 38 | 34 | 41 | 170 |
| Sexo | Hombre | 10 (43,48%) | 19 (55,88%) | 18 (47,37%) | 19 (55,88%) | 22 (53,66%) | 88 (51,76%) |

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|-----------------|
| Mujer | 13 (56,52%) | 15 (44,12%) | 20 (52,63%) | 15 (44,12%) | 19 (46,34%) | 82 (48,24%) | |
| Edad mediana(rango) | 63(33-84) | 66(40-84) | 66(24-82) | 69(13-83) | 61(17-82) | 64(13-84) | |
| ASA | I/II | 10 (43,48%) | 8 (23,53%) | 16 (42,11%) | 17 (50%) | 24 (58,54%) | 75 (44,12%) |
| =/> III | 13 (56,52%) | 26 (76,47%) | 22 (57,89%) | 17 (50%) | 17 (41,46%) | 95 (55,88%) | |
| Tipo pancreatectomía | DPC | 10 (43,48%) | 13 (38,24%) | 20 (52,63%) | 12 (35,29%) | 16 (39,02%) | 71 (41,76%) |
| CC(+Appleby) | 6 (26,09%) | 10 (29,41%) | 9 (23,68%) | 13 (38,24%) | 11 (26,83%) | 49 (28,82%) | |
| Total | 3 (13,04%) | 0 | 1 (2,63%) | 4 (11,76%) | 4 (9,76%) | 12 (7,06%) | |
| Otros | 4 (17,39%) | 11 (32,35%) | 8 (21,05%) | 5 (14,71%) | 10 (24,39%) | 38 (22,35%) | |
| Abordaje | Abierto | 19 (82,61%) | 28 (82,35%) | 29 (76,32%) | 23 (67,65%) | 31 (75,71%) | 130 (76,47%) |
| Laparoscópico | 4 (17,39%) | 6 (17,65%) | 9 (23,68%) | 11 (32,35%) | 10 (24,39%) | 40 (23,53%) | |
| Indicación | Benigno | 7 (30,43%) | 8 (23,53%) | 8 (21,05%) | 9 (26,47%) | 12 (29,26%) | 44 (25,88%) |
| Maligno | 16 (69,57%) | 26 (76,47%) | 30 (78,95%) | 25 (73,53%) | 29 (70,73%) | 126 (73,26%) | |
| FTR (30-90 días) | 12,50% | 14,29% | 0% | 9,09% | 20% | 10,53% | |
| POM (30-90 días) | 1 (4,35%) | 1 (2,94%) | 0% | 1 (2,94%) | 1 (2,44%) | 4 (2,35%) | |

| | | | | | | |
|------------------------|---------------|----------------|---------------|----------------|----------------|----------------|
| Complicaciones menores | 6 (26,09%) | 18 (52,94%) | 19 (50%) | 8 (23,53%) | 20 (48,78%) | 71 (41,76%) |
| Complicaciones mayores | 8 (34,78%) | 7 (20,59%) | 7 (18,42%) | 11 (32,35%) | 5 (12,20%) | 38 (22,35%) |

DPC:
duodenopancreatectomíacefálica;
CC:corporo-caudal.

Conclusiones: El FTR global en nuestro centro es de 10,53%, similar al publicado por centros de alto volumen, tanto a nivel europeo como americano. El FTR presenta una limitación importante como observamos en nuestro centro en el año 2023. A pesar de aumentar el volumen de pacientes, disminuir la mortalidad y las complicaciones mayores, el FTR empeora. El FTR debe analizarse junto con otros parámetros, como la mortalidad y el número de complicaciones mayores como indicador de calidad de una unidad.