



## P-296 - RESULTADO DE LIBRO (*TEXTBOOK OUTCOME*) EN PANCREATECTOMÍA DISTAL: VALIDACIÓN DE UN *TEXTBOOK OUTCOME* ESPECÍFICO PARA PANCREATECTOMÍA DISTAL EN UNA SERIE PROSPECTIVA (PROYECTO SPANDISPAN)

Villodre, Celia<sup>1</sup>; Ramia, José Manuel<sup>2</sup>; Serradilla, Mario<sup>3</sup>; Hernández, Belén<sup>4</sup>; Rubio García, Juan Jesús<sup>2</sup>; Carbonell-Morote, Silvia<sup>1</sup>; Alcázar López, Cándido<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital General Universitario, Alicante; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante; <sup>3</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; <sup>4</sup>Hospital General Universitario Elda, Elda.

### Resumen

**Introducción:** El *textbook outcome* (TO) es una herramienta de calidad compuesta por múltiples parámetros que si se cumplen todos se considera que el paciente ha tenido un posoperatorio ideal. Las publicaciones sobre TO sobre pancreatectomía distal (PD) son muy escasas y medidos en series retrospectivas. En 2023, propusimos un TO específico para PD de 5 ítems que incluía complicaciones mayores, reingresos a 90 días, mortalidad a 90 días, estancia prolongada (> percentil 75) y fístula pancreática B-C. Presentamos la validación de nuestro TO-PD en una serie prospectiva.

**Métodos:** El proyecto SPANDISPAN es un estudio prospectivo, multicéntrico y observacional de PD realizado en unidades hepatobilíopancreáticas durante el período febrero-2022 a enero-2023. Las unidades se definieron como de alto volumen si realizaban > 10 PD/año. Los criterios de inclusión fueron cualquier PD programada realizada por cualquier diagnóstico y edad > 18 años. Las complicaciones mayores fueron definidas como aquellas > II de Clavien-Dindo. Se estudiaron variables epidemiológicas, clínicas, serológicas, diagnósticas, quirúrgicas e histológicas. Empleamos el TO-PD de 5 ítems definido por Villodre *et al.* en Surgery. 2024;175(4):1134-9.

**Resultados:** 41 centros españoles incluyeron 313 pacientes. Los datos pre, intra y posoperatorios se muestran en la tabla. El 55,6% (174 pacientes) obtuvieron TO. La estancia prolongada fue el parámetro más frecuente de no alcanzar TO (> 8 días). Los pacientes con TO tenían un IMC inferior, no hepatopatía, abordaje mínimamente invasivo, menor perdidas sanguíneas intraoperatorias, menor transfusión intraoperatoria, menor resección de órganos distintos del bazo, no resección vascular, menos fístula pancreática y retraso vaciamiento gástrico, y menor estancia. En el análisis multivariante (*stepwise*) (*p* 0,05) un IMC elevado, hepatopatía previa, la resección vascular y las perdidas sanguíneas se asociaron con el no logro de TO.

	TO	No TO	<i>p</i>
	n (%)/Mediana (P25-P75)	n (%)/Mediana (P25-P75)	

n	174	139	
Edad	66 (55-75)	64 (56-72)	0,360
Genero	79 (45,4%)/95 (54,6%)	67 (48,2%)/72 (51,8%)	0,622
IMC	27,29 (23,53-30,19)	27,78 (24,84-31,85)	0,026*
ASA			0,422
ASA I	8 (4,6%)	9 (6,5%)	
ASA II	90 (51,7%)	59 (42,4%)	
ASA III	73 (42%)	68 (48,9%)	
ASA IV	3 (1,7%)	3 (2,2%)	
Charlson	4 (2-5)	4 (2-6)	0,342
Tamaño tumoral	26 (16-40)	30 (19-51)	0,061
Cirugía hepática previa	1 (0,6%)	3 (2,2%)	0,326
Cirugía pancreática previa	4 (2,3%)	2 (1,4%)	0,696
Volumen de PD al año			0,675
&ge; 10	83 (47,7%)	63 (45,3%)	
10	91 (52,3%)	76 (54,7%)	
Abordaje mínimamente invasivo	129 (74,1%)	88 (63,3%)	0,039*
Conversión	10 (7,8%)	13 (14,8%)	0,099
Tiempo operatorio (min)	239 (180-280)	240 (180-300)	0,222

Perdida sanguínea intraoperatoria (ml)	100 (50-200)	200 (100-400)	0,001*
Transfusión intraoperatoria	5 (2,9%)	15 (10,8%)	0,004*
Resección de otros órganos distintos del bazo	16 (9,2%)	26 (18,7%)	0,014*
Fístula pancreática NO	141 (81%)	52 (37,4%)	0,001*
Grado A	33 (19%)	24 (17,3%)	
Grade B-C	0 (0%)	63 (45,3%)	
Retraso vaciamiento gástrico	0 (0%)	9 (6,5%)	0,001*
Hemorragia posoperatoria	0 (0%)	3 (2,2%)	0,087
Grade C PPH			
Estancia hospitalaria	6 (4-7)	11 (7-19)	0,001*

**Conclusiones:** Nuestra tasa de TO fue 55,6% similar a publicaciones anteriores. Las causas de no alcanzar TO fueron IMC elevado, hepatopatía previa, la resección vascular y las perdidas sanguíneas. Creemos que el TO específico para PD es más apropiado porque incluye la FP que es la complicación más frecuente/grave de la PD. La validación en una serie prospectiva confirma su utilidad.