



## P-393 - BENCHMARK EN DUODENOPANCREATECTOMÍAS CEFÁLICAS

Llopis Torremocha, Clara<sup>1</sup>; Usó Talamantes, Ruth<sup>1</sup>; Villodre, Celia<sup>2</sup>; de la Plaza, Robertp<sup>3</sup>; Rubio, Juan Jesús<sup>2</sup>; Ruíz, Joaquín<sup>2</sup>; Ramia Ángel, José Manuel<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escuela de Doctorado. Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir", Valencia; <sup>2</sup>Hospital General Universitario Alicante, Alicante; <sup>3</sup>Hospital General Universitario Guadalajara, Guadalajara.

### Resumen

**Objetivos:** Las cirugías pancreáticas siguen siendo procedimientos con alta morbilidad perioperatoria, sobre todo las duodenopancreatectomías cefálicas (DPC). Son necesarias medidas que reflejen de manera transparente los resultados quirúrgicos y que permitan comparar entre centros y países. Han aparecidos en los últimos años varias nuevas medidas, entre ellas podemos destacar el Benchmarking (BM). Consiste en evaluar los mejores resultados alcanzables en una cohorte de pacientes de bajo riesgo bien definida con valores de referencia establecidos. Esto supone, que podemos comparar nuestros resultados con lo que se consideraría los valores de referencia. La primera publicación en definir BM en cirugía pancreática fue Sánchez-Velázquez *et al.* en *Annals of Surgery*. Incluye una gran cohorte de pacientes intervenidos de DPC abierta en centros expertos internacionales. Definió el perfil de riesgo preoperatorio bajo con criterios de inclusión bien definido, evaluó indicadores de resultado relevantes y calculó un límite de referencia numérico que indica los resultados "mejores alcanzables" (percentil 75 de la mediana de todos los centros). Nuestro objetivo ha sido comparar los resultados obtenidos en pacientes con riesgo preoperatorio bajo con los valores BM.

**Métodos:** Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Periodo de estudio: 2017- 2022. Criterios de inclusión: pacientes intervenidos de DPC por cualquier diagnóstico y criterios de DPC incluíble en BM. Los criterios de exclusión para BM (y, por tanto, considerarse paciente de bajo riesgo) según Sánchez-Velázquez *et al.* (*Ann Surg*): cirugía laparoscópica, ASA  $\geq$  3, IMC  $\geq$  35, enfermedad cardíaca, enfermedad renal crónica  $\geq$  estadio 3, EPOC, uso de anticoagulantes o antidiabéticos. El análisis estadístico se realizó mediante el estadístico SPSS (versión 27). Para el cálculo de las variables cuantitativas se utilizó la mediana.

**Resultados:** De las 97 DPC cumplían criterios bajo riesgo 41 pacientes (42,3%), que han sido los pacientes estudiados. La edad media fue de 58,6 años, siendo el 56,1% hombres. El 78,1% de los pacientes presentaban una neoplasia maligna. De los 18 parámetros estudiados en el BM estamos en valores BM en doce (66%): tiempo quirúrgico, estancia, transfusión intraoperatoria, pacientes con al menos una complicación Clavien-Dindo (CD), CD 1-2, y CD 3, Comprehensive Complication Index (CCI), tasa de fistula pancreática (FP) tota (según clasificación ISGPF), FP grado B y C, tasa de reingreso y porcentaje de R1.

**Conclusiones:** En nuestra serie, el porcentaje de pacientes incluíbles en el BM fue del 40%.

Obtenemos niveles BM en dos tercios de los parámetros estudiados, identificando ciertas áreas de mejora. El BM es de gran utilidad al medir múltiples parámetros y conocer nuestras áreas de mejora de forma más concreta que otras herramientas de gestión. El inconveniente es que se define para un paciente tipo de bajo riesgo y no es aplicable de manera universal. Además, los criterios de bajo riesgo, así como los *benchmark* son seleccionados por los autores, sin unos criterios internacionales estandarizados, y sigue sin tener en cuenta la calidad de vida percibida por el paciente.