



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## O-180 - APLICACIÓN DE PROTOCOLOS DE RECUPERACIÓN RÁPIDA "ERAS" TRAS CIRUGÍA HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA Y CORRELACIÓN CON SCORES DE DIFICULTAD ACTUALES

*Ciria Bru, Rubén; Ayllón Terán, María Dolores; Gómez Luque, Irene; Padial Aguado, Ana; Luque Molina, Antonio; López-Cillero, Pedro; García Gaitán, Carmen; Briceño Delgado, Javier*

*Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

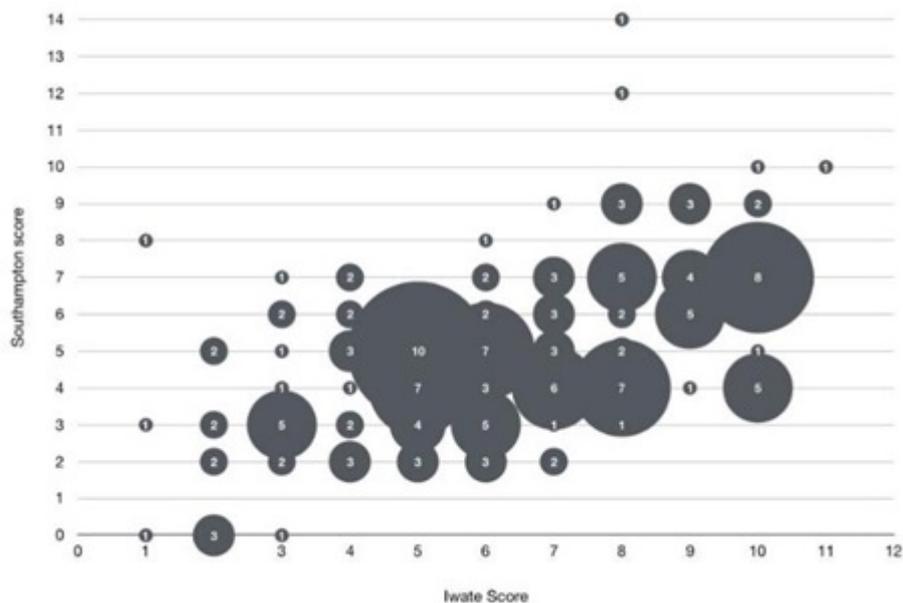
### Resumen

**Objetivos:** El desarrollo de protocolos “Enhanced Recovery After Surgery” (ERAS) en cirugía hepática laparoscópica (CHL) es escaso siendo inexistentes series de alto volumen. El objetivo de nuestro estudio es describir nuestra experiencia con modelos ERAS en CHL y protocolos de alta “súper-rápida” < 24 horas. Como objetivos secundarios, se estudiaron los scores actuales de dificultad de Iwate, Southampton y Gayet para la predicción de aplicabilidad ERAS. Así mismo, se estudió la potencial utilidad de otras variables no incluidas en dichos scores en la predicción de resultados, complicaciones o estancias postoperatorias.

**Métodos:** Se analizó toda nuestra serie de CHL. Los criterios para ser candidato a ERAS fueron poco restrictivos: caso > 40 (curva de aprendizaje), ausencia de cardiopatía estructural, índice de masa corporal (BMI) < 35, Iwate/Southampton score < 10, ASA < 4, donante vivo, conversiones y cirugía sincrónica colorrectal. Los niveles de cumplimiento de protocolo ERAS fueron: alta en 24, 48 y 72 horas o “no-cumplimiento”. Se realizaron curvas ROC comparando los 3 scores con endpoint “alta < 24 horas”. Se realizaron modelos multivariantes de regresión logística binaria con endpoints alta-24 horas, cumplimiento ERAS-72 horas, complicaciones generales y reingresos.

**Resultados:** De los 160 casos de nuestra serie, 78 fueron candidatos a ERAS. De ellos, 22 (28,2%), 19 (24,4%) y 14 (17,9%), fueron dados de alta en 24, 48 y 72 horas, respectivamente. Un 29,5% no finalizó protocolo ERAS. Las causas de no finalización fueron: complicación (26,1%), no deseo del paciente por distancia > 200 Km (17,3%), retraso anestésico en alta de Reanimación > 12 horas (34,8%) y no ofrecimiento del cirujano (21,7%) sin motivo determinado. El Comprehensive Complication Index (CCI) fue superior en el grupo NO ERAS ( $5,18 \pm 11,52$  vs  $16,57 \pm 26,34$ ;  $p = 0,01$ ). También fue superior la proporción de complicaciones generales (42,9% vs 13,1%;  $p = 0,024$ ) y de reintervenciones (14,3% vs 1,3%;  $p = 0,04$ ). Estratificando las complicaciones, fue superior la proporción de complicaciones menores I-II (31% vs 16,7%;  $p = 0,024$ ), pero no la de mayores III-I V-V (11,9% vs 6,4%;  $p = \text{NS}$ ). Los scores de Iwate, Southampton y Gayet tuvieron unas AUROC para predicción de alta-24 horas de 0,78, 0,687 y 0,698, respectivamente. La sensibilidad y especificidad del mejor score (Iwate) fueron del 87,7% y 66,7%, respectivamente (cut-off = 5,5). Considerando las subcategorías de los scores, un 79,2% y 65% de los casos fueron alta < 72 horas en casos “Low-Intermediate” y “Advanced”, respectivamente. En los modelos multivariantes, las categorías de BMI

25-30 y 30-35 fueron factores de riesgo independientes de los scores para la adherencia a protocolo ERAS-72 horas o para el desarrollo de complicaciones en general, pero no para definir tasas de reingreso o modelos ERAS-24 horas. Las diferencias observadas entre el score Iwate y Southampton son especialmente llamativas por infraestadificación en puntuaciones altas y sobreestadificación en bajas, siendo  $R^2 = 0,294$ , insuficiente.



**Conclusiones:** Es factible el desarrollo de protocolos ERAS agresivos en cirugía hepática laparoscópica, incluyendo casos de complejidad “advanced”. Los scores de dificultad actuales serían de utilidad para definir pacientes candidatos a ERAS, si bien el BMI debe ser un factor a tener en cuenta no contenido en ninguno de ellos.