

# Reingresos por adherencias tras abordaje por cirugía abierta versus laparoscopia

Autores:

Nuria Torregrosa Pérez. Cirugía General. Hospital de Cartagena.

Paloma Sanz Muñoz. Cirugía General. Hospital Universitario de Getafe.

Jose Manuel Rodríguez González. Cirugía General. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

**Revista original:** Adhesion-related readmissions after open and laparoscopic surgery: a retrospective cohort study (SCAR update). Pepijn Krielen, Martijn W J Stommel, Pille Pargmae, Nicole D Bouvy, Erica A Bakkum, Harold Ellis, Michael C Parker, Ewen A Griffiths, Harry van Goor, Richard P G ten Broek. Department of Surgery, Radboud University Medical Center, 6500 HB Nijmegen, Netherlands. Lancet 2020 Jan 4;395(10217):33-41. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31908284/>. Lancet. 1999 May 1;353(9163):1476-80. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10232313/>

## ABSTRACT

Se trata de un estudio del grupo SCAR que fue publicado por primera vez en el Lancet de 1999 y ha sido actualizado en 2020.

Este último es un estudio sobre enfermos tratados en NHS de Escocia intervenidos quirúrgicamente (entre 2009 y 2011) de cirugía abdominal o pélvica el que se analizan los reingresos por causas adherenciales, sus causas, reintervenciones, tipo de cirugía.

Asimismo, se compara este estudio con otro que se hizo en 1986 con la misma base de datos.

This is a comparison of the study of the SCAR group published the first time in the Lancet 1999, and now in 2020.

This last one is a study of patients treated in NHS (Scotland) who underwent surgery (between 2009 and 2011) for abdominal or pelvic surgery that analyses re-entry for adhesion causes, their causes, reoperations, type of surgery.

Likewise compares this study with another that was done in 1986 with the same database.

## ESPECIALIDADES

Cirugía general

## PALABRAS CLAVE:

Readmisión

Adherencias

Cirugía laparoscópica

## KEYWORDS:

Adhesions

Readmission

## ARTÍCULO

Realmente se trata de un estudio continuación de otro acerca de reingresos sobre la base de datos del NSHS escocés entre junio 2009, y junio 2011. Se estudiaron 72.270 pacientes intervenidos de cirugía pélvica o abdominal de los que 21.519 (29,8%) se intervinieron por vía laparoscópica y 50.751 (70,2%) por cirugía abierta. Del total de enfermos, 2.527 pacientes (3,5%) reingresaron en los siguientes 5 años por problemas posiblemente por adherencias, 12.687 (17,6%) directamente por problemas por adherencias y 9.436 (13,1%) para cirugía por complicaciones de las adherencias con una media de 1,3 reoperaciones por paciente. La media de reingresos era una media de 1,7 por paciente.

Del total de enfermos intervenidos por cirugía laparoscópica (21.519), 359 (1,7%) reingresaron por problemas directamente relacionados con adherencias y 3.443 (16%) por problemas posiblemente relacionados con adherencias, mientras que en el grupo de cirugía abierta (50.751) ingresaron 2.168 (4,3%) por problemas directamente relacionados con adherencias y 9.244 (18,2%) por problemas posiblemente relacionados con adherencias .

En estudio multivariante, la laparoscopia redujo el riesgo de readmisiones casi un 32% y posiblemente otro 11% de enfermos ingresados no directamente por adherencias.

La causa más frecuente de reingreso fue por dolor abdominal pélvico, cambio en los hábitos intestinales, náuseas y vómitos.

Sobre el tipo de cirugía, los que más ingresaron por adherencias fueron los enfermos intervenidos de colon o recto, y los que menos reingresaron fueron los intervenidos de coledocitis o de hígado (1,3% a los 5 años para coledocitis y 2,9% para cirugía hepática).

Los enfermos intervenidos por laparoscopia tuvieron menos ingresos por adherencias en todas las categorías excepto en la cirugía ginecológica incluyendo histerectomía.

En el análisis univariante, se encontró que el abordaje (abierto o laparoscópico), la edad, el sexo, la neoplasia maligna como indicación primaria para la cirugía y el tipo de procedimiento estaban asociados con el riesgo de reingreso. En el análisis de regresión de Cox multivariantes, el uso de un abordaje laparoscópico fue un factor protector independiente significativo tanto para los reingresos directamente relacionados con las adherencias como para los reingresos posiblemente relacionados con las adherencias. En los análisis multivariantes, el tipo de procedimiento, la neoplasia maligna, el sexo y la edad también fueron factores significativos independientes para los reingresos directamente relacionados con las adherencias.

En el estudio de 1986 (SCAR original) durante un periodo de 10 años se estudiaron 54.380 pacientes que fueron intervenidos en 1986. Un total de 12.539 pacientes fueron, excluidos por haber sido intervenidos quirúrgicamente antes, y de los 41.841 restantes, 12.061 fueron intervenidos quirúrgicamente por laparoscopia y 21.790 por cirugía abierta. De los enfermos intervenidos por laparoscopia 4.743 reingresaron al menos 1 vez. Del grupo de cirugía abierta reingresaron 12.584; por cirugía de intestino delgado o de abdomen superior, un total de 4.101 reingresos; de 8.717 de cirugía pélvica o intestino grueso reingresaron 3.294 y de los 8.489 intervenidos de cirugía ginecológica reingresaron 2.931.

De los 12.539 pacientes excluidos por cirugía previa, 7.494 (59,8%) tuvieron reingresos en el seguimiento en comparación con 15.069 (36,0%) de los 41.841 en la población a estudio.

Uno de cada tres pacientes (34,7%) de los 29.790 pacientes del grupo de cirugía abierta experimentó al menos un reingreso con una media de 2,1 readmisiones por paciente. Estos resultados fueron similares para los tres grupos de cirugía. El 53,8% de los pacientes tuvieron solo un reingreso hospitalario, el 41,4% de dos a cinco ingresos, y el 4,8% tenía seis o más ingresos.

768 reingresaron para operaciones directamente relacionadas con adherencias abdominales de las cuales 280 (36,5%) tuvieron obstrucción del intestino delgado. Otros 40 reingresos fueron para el tratamiento quirúrgico de adherencias ginecológicas y, por lo tanto, 808 reingresos fueron para cirugía directamente atribuible a adherencias. Además,

401 (33,2%) de los 1209 ingresos fueron para tratamiento no quirúrgico de adherencias, de los cuales 98 tenían obstrucción del intestino delgado. Al menos el 5,7% de todas las readmisiones se debieron directamente a adherencias.

Los reingresos en todas las clasificaciones de resultados mostraron un patrón similar, con el mayor porcentaje de reingresos ocurriendo en el primer año después de la cirugía inicial (22,1%) y continuando constantemente a partir de entonces. La tasa de readmisión después de la cirugía inicial del intestino medio y del intestino posterior en 1986 fue sustancialmente más alta que las tasas después de la cirugía ginecológica y otras cirugías abdominales.

La tasa de readmisión, definida como el número de reingresos por cada 100 procedimientos quirúrgicos iniciales realizados en 1986, proporcionó un indicador del riesgo relativo de trastornos relacionados con las adhesiones. En general, se observó una tasa de 71,6 reingresos por cada 100 procedimientos iniciales a lo largo de los 10 años. La cirugía del intestino delgado y del intestino grueso tuvo la tasa más alta de reingresos directamente relacionados con las adherencias.

## COMENTARIO

Es un estudio sobre una base de datos del Sistema Nacional escocés que incluye muchos artículos de los que hemos seleccionado, publicados en Lancet que tiene un factor de impacto de 60.39, con una diferencia de 20 años.

Es un estudio con una gran cantidad de datos, pero tiene la limitación de que es difícil demostrar la morbilidad por las adherencias y por eso se hace un grupo de enfermos que se clasifican posiblemente por adherencias. Una de las conclusiones es que el impacto de las adherencias producidas en cirugía laparoscopia se minusvalora; solo un 35% de los pacientes que se van a intervenir de laparoscopia son informados de la posibilidad de padecer adherencias y uno de cada seis pacientes tratados por laparoscopia reingresa por adherencias.

El coste estimado es de 16.300 libras para el tratamiento quirúrgico y 2.277 libras si se hace tratamiento conservador.

En el estudio original SCAR (1999) ingresaron el 35% (10 años de estudio) mientras en el estudio actual el 27%, siendo la mayoría de los reingresos en los primeros cinco años siendo la tasa de readmisión similar.

En comparación con los estudios SCAR originales, se encontró que la proporción de reingresos clasificados como directamente relacionadas con las adherencias aumentó en un 40% (10,1% en el presente estudio frente a 5,7% en los estudios SCAR). Esto podría atribuirse a un mayor conocimiento de las adherencias y a una mejor codificación, en lugar de un verdadero aumento de las readmisiones directamente relacionadas con las adherencias. Asimismo, se observa un aumento en la proporción de reingresos posiblemente relacionadas con las adherencias, y un número relativamente menor de reintervenciones relacionadas con las adherencias. La mayor proporción de reingresos posiblemente relacionados observados en este estudio es más probable que se explique por el aumento

en el tratamiento conservador de la obstrucción por adherencias del intestino delgado que se ha adoptado desde que se publicaron los estudios SCAR; el tratamiento no quirúrgico de la obstrucción adherente del intestino delgado representó el 66% de todos los reingresos posiblemente relacionados.

Tanto uno como otro artículo ponen de relieve la importancia que se debe dar a esta patología, ni mucho más de lo que los profesionales creen.

## **BIBLIOGRAFÍA:**

- Adhesion-related readmissions after open and laparoscopic surgery: a retrospective cohort study (SCAR update). <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31908284/>
- Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10232313/>
- The SCAR-3 study: 5-year adhesion-related readmission risk following lower abdominal surgical procedures. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16232234/>
- Adhesion-related readmissions following gynecological laparoscopy or laparotomy in Scotland: an epidemiological study of 24 046 patients. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15178659/>
- Colorectal surgery: the risk and burden of adhesion-related complications. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15521944/>
- Postoperative adhesions: ten-year follow-up of 12,584 patients undergoing lower abdominal surgery. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11391142/>
- Adhesions and colorectal surgery - call for action. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17824973/>
- Demonstrating the clinical and cost effectiveness of adhesion reduction strategies. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12780581/>
- The impact of adhesions on hospital readmissions over ten years after 8849 open gynecological operations: an assessment from the Surgical and Clinical Adhesions Research Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10901556/>

## **AUTOEVALUACIÓN**

Los enfermos que menos ingresaron por problemas adherenciales fueron los enfermos intervenidos de :

a.- cirugía colon

b. cirugía ginecológica

c.- colecistectomía

d.- cirugía hepática

La tasa de reingreso por problemas directa o posiblemente relacionados con las adherencias tras cirugía laparoscópica (estudio 2020)

- a.- alrededor del 2%
- b.- alrededor del 10%
- c.- alrededor del 17%
- d.- alrededor del 40%

La tasa de reingreso por problemas directa o posiblemente relacionados con las adherencias tras cirugía abierta es de (estudio 2020)

- a.- alrededor del 2%
- b.- alrededor del 10%
- c.- alrededor del 25%
- d.- alrededor del 40%