

Factores de riesgo para reintervenir un enfermo de cirugía abdominal

Autores:

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

Nuria Torregrosa Pérez. Cirugía General. Hospital de Cartagena

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

Revista original: Risk factors for future repeat abdominal surgery. Chema Strik & Martijn W. J. Stommel & Laura J. Schipper & Harry van Goor & Richard P. G. ten Broek. Department of Surgery, Radboud University Medical Center, P.O. Box 9101, 6500 HB Nijmegen, The Netherlands. Dis Colon Rectum. 2014 Oct;57(10):1228-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27074725/>

ABSTRACT

Es un resumen de un estudio prospectivo de cohortes en el que se incluyeron pacientes sometidos a cirugía electiva abdominal, y a los que hubo que reoperar más tarde por cualquier razón. Este estudio demostró que menor edad, ser mujer y padecer de enfermedad hepática maligna son factores de riesgo para reintervención de cirugía abdominal.

It's a summary of a long-term follow-up of a prospective cohort study (Laparotomy or Laparoscopy and Adhesions (LAPAD) study.) in which patients undergoing elective abdominal surgery were included, and that afterwards had to be reoperated for any reason.

Lower age, female sex, and hepatic malignancy are significant risk factors for requiring repeat abdominal surgery.

ARTÍCULO

El estudio LAPAD incluyó a todos los pacientes admitidos al quirófano en el Radboud University Medical Center (Países Bajos) para laparotomía o laparoscopia entre junio 2008 y junio 2010.

Se descartaron aquellos enfermos que se morían en el mes tras la cirugía, y se recogieron datos hasta 2013 (entre 3 y 5 años después).

Los datos que se recogieron fueron: número de laparotomía vs laparoscopias, ubicación anatómica de la cirugía previa y tipo (tracto gastrointestinal inferior, pared abdominal, otra), abordaje quirúrgico (media, subcostal, otra, laparoscopia); tiempo de adhesiolisis (0-30, ≥ 31 min), adhesiolisis completa, tipo de las adherencias, según la clasificación de Zühlke.

En cuanto a los datos postoperatorios, se recogieron: incidencia de cualquier complicación intraabdominal dentro de los 30 días posteriores a la operación inicial (sepsis intraabdominal, absceso, fuga anastomótica, fístula, perforación diagnosticada tardía, hemorragia y una relaparotomía o laparoscopia).

ESPECIALIDADES

Cirugía general

PALABRAS CLAVE:

Adherencias

Cirugía abdominal

Complicaciones

postoperatorias.

Factores de riesgo

KEYWORDS:

Abdominal adhesions

Abdominal surgery

Postoperative

Complications Risk

factors

Se realizó un análisis de regresión logística univariable y multivariable para identificar los factores de riesgo de la repetición de la cirugía abdominal no programada.

De los 715 pacientes incluidos, murieron 25 a los 30 días, por lo que fueron válidos 690, de los que solo se estudiaron 604, al no poder hacer el seguimiento del resto.

Ciento sesenta (27%) pacientes se sometieron a un total de 234 reoperaciones abdominales, 108 (18%) pacientes tuvieron una laparotomía, 29 (5%) tuvieron dos laparotomías, 16 (3%) pacientes fueron sometidos a tres o más laparotomías y 14 (2%) pacientes requirieron una laparoscopia.

La incidencia acumulada de reparación de cirugía abdominal a los 2 años fue del 20%.

Ciento noventa y seis (84%) operaciones no fueron planificadas y 38 operaciones fueron procedimientos programados, de los cuales 32 (84%) fueron cierres de ileostomía.

Ciento treinta y cuatro (22%) pacientes se sometieron al menos a una operación abdominal repetida no planificada. La ubicación anatómica de la cirugía repetida fue con mayor frecuencia el tracto gastrointestinal inferior en 98 (45%) y la pared abdominal en 49 (23%). La indicación de reintervención fue la recidiva de la enfermedad maligna en 49 (21%), la hernia incisional o periestomal en 41 (18%) y otras indicaciones en 58 (25%) operaciones.

Los pacientes jóvenes tenían un mayor riesgo de sufrir una reintervención. Los pacientes que habían tenido una resección hepática por una neoplasia maligna tenían dos veces mayor riesgo de reintervención. Los pacientes que se sometieron a un a laparoscopia tuvieron un riesgo significativamente menor de tener que ser reintervenidos; un hallazgo clave importante en este estudio es que nueve de cada diez reintervenciones no son programadas y que casi la mitad no estaba relacionada con la operación inicial.

COMENTARIO

Es un estudio realizado en un nuevo hospital de los países bajos, publicado en una revista en 2016 alemana con factor de impacto de 3,29.

Es un estudio bastante completo de análisis de los factores de riesgo para sufrir una reintervención en los cuatro años siguientes después de padecer una cirugía abdominal, siendo uno de los pocos estudios prospectivos sobre el tema de las adherencias.

Este estudio demostró que la mayoría de reoperaciones implican el tracto gastrointestinal inferior, el tracto hepático-pancreático-biliar y la pared abdominal. En general, los pacientes más jóvenes y mujeres podrían beneficiarse más de técnicas antiadherentes ya que tienen el mayor riesgo de reintervenciones no planificadas.

Los pacientes que son operados debido a una neoplasia hepática pueden beneficiarse de la colocación de un método antiadherente alrededor del hígado porque tienen dos veces mayor riesgo de reintervención.

BIBLIOGRAFÍA

- Adhesion-related hospital readmissions after abdominal and pelvic surgery: a retrospective cohort study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10232313/>
- Risk factors for future repeat abdominal Surgery. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27074725/>
- The impact of adhesions on hospital readmissions over ten years after 8849 open gynaecological operations: an assessment from the Surgical and Clinical Adhesions Research Study. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10901556/>

AUTOEVALUACIÓN

Entre los riesgos de padecer reintervención abdominal el que menos parece influir:

- a.- Ancianos
- b.- Mujeres
- c. - Cirugía hepática
- d.- Cirugía tracto gastrointestinal