



<https://www.revclinesp.es>

523 - CONSULTA DE OPTIMIZACIÓN PREVIA A CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL COMPLEJA

Elena Iglesias Gil, Jesús Martínez Carrilero, Daniel Alejandro García Morante, José Ángel Pestaña Santiago, Carlota Madrigal Muñoz, Laura Larrín Colino, Sara Sanz Toril y Luis Cabeza Osorio

Hospital del Henares, Coslada, España.

Resumen

Objetivos: Describir la epidemiología, comorbilidades y evolución de pacientes sometidos a cirugía de pared abdominal compleja.

Métodos: Estudio observacional transversal de 19 pacientes candidatos a cirugía de pared abdominal compleja (octubre de 2023-abril de 2024). Fuente de información: Programa de historia clínica informatizada (SELENE®).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 70 años, con un rango de 35 a 86 años. De estos, el 47% (9) eran hombres. Todos los pacientes presentaron alguna comorbilidad. La hipertensión arterial fue la más prevalente, afectando al 68% (13), seguida de la obesidad, con un índice de masa corporal medio de 32, y una prevalencia del 58% (11). La dislipemia estuvo presente en el 47% (9). La diabetes mellitus afectó al 26% (5), con una hemoglobina glicosilada media del 7%, siendo 9,8% en el paciente con peor control glucémico y 5,3% en el mejor controlado. El 16% (3) eran fumadores y el 37% (7) exfumadores. El 42% (8) tenía diagnóstico de cáncer, el 16% de los mismos (3) del aparato digestivo y el 11% de los mismos de etiología nefrourológica (2). Ninguno de ellos tenía metástasis. El índice de Charlson, utilizado para evaluar comorbilidad, mostró una media de 4, con un mínimo de 2 y un máximo de 9. El 84% (16) presentó un índice mayor de 3, punto de corte a partir del cual se considera comorbilidad alta. Herramientas de cribado como el Mini Nutritional Assessment (MNA) revelaron que el 25% de los pacientes (4) estaban en riesgo de desnutrición o desnutridos, en el 50% de estos casos (2) el SARC-F reveló además sarcopenia. Además, se realizó ecografía muscular a un 32% (6), revelando desnutrición en el 50% de casos (3). Se realizó ajuste del tratamiento en todos los pacientes. Las recomendaciones incluyeron: ejercicio (100%, 16), pérdida de peso (94%, 15). En un 21% (4) se ajustaron hipoglucemiantes, añadiendo un fármaco en el 11% (2), aumentando dosis en el 5% (1) o cambiando medicamento en otro 5% (1). Un 5% (1) recibió ajustes en su tratamiento antihipertensivo y otro 5% (1) en su tratamiento para la dislipemia. Se indicó citisina en el 16% (3). En cuanto a la anemia, se implementó tratamiento en el 11% (2), utilizando eritropoyetina en uno y hierro oral en el otro. Del total de pacientes, un 42% (8) ya había sido intervenido quirúrgicamente. De estos, el 13% (1) presentó complicaciones relacionadas con desnutrición, y un 50% (4) tuvo complicaciones posquirúrgicas, principalmente relacionadas con la función renal (50%, 2). La estancia media en la unidad de cuidados intensivos fue de 2 días, con un mínimo de 2 días (75%, 6) y un máximo de 5 días. La hospitalización general tuvo una duración media de 8 días, con un mínimo de 4 días y un máximo de 9. Ninguno de los pacientes falleció por la cirugía, aunque uno reingresó a la semana y otro al mes (12%).

Conclusiones: El estudio pone de manifiesto que todos los pacientes presentaron comorbilidades, lo que destaca la importancia de realizar una valoración preoperatoria integral. En este contexto, la consulta de optimización resulta esencial para identificar y gestionar adecuadamente los riesgos perioperatorios, proporcionando un enfoque holístico.