



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-188 - RIESGO REAL DE SANGRADO EN CIRUGÍA DE PARED ABDOMINAL CUANDO SE TOMA SINTROM

J.C. García Pacheco, A. Luna Aufroy, P. Rebasa Cladera, N. Montes Ortega, R. Guerra López, S. Serra Pla, C. Jurado Ruiz y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: La retirada preoperatoria de los dicumarínicos para realizar cualquier cirugía programada está protocolizada en todos los centros. A pesar de la normalización de los parámetros analíticos, tenemos la sensación que en estos pacientes se producen más hematomas y sangrado de la herida en el postoperatorio.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una recogida de datos prospectiva de pacientes intervenidos de hernia o eventración de forma programada en nuestro centro. Estricto seguimiento de la morbilidad a 30 días. Analizamos la cantidad de hematomas y sangrados de la herida que se produjeron y sus consecuencias, según la escala de gravedad de Clavien. Las variables estudiadas fueron: tipo de cirugía (hernia o eventración), toma o no Sintrom, toma o no antiagregantes, TP y TTPa preoperatorio inmediato.

Resultados: Entre enero de 2011 y diciembre de 2012 se intervinieron 603 pacientes de forma programada de cirugía de pared abdominal: 269 eventraciones y 334 hernias. Un total de 99 pacientes (16,4%) tuvieron complicaciones hemorrágicas: 77 hematomas (12,8%) y 22 sangrados (3,6%). Del total de pacientes, 65 (10,8%) tomaban Sintrom y 102 (16,9%) tomaban algún antiagregante. Todos los pacientes con Sintrom siguieron de forma correcta el protocolo que existe en nuestro centro para realización de intervenciones quirúrgicas. De los pacientes que tomaban Sintrom, 22 (33,8%) padecieron una complicación hemorrágica (hematoma o sangrado) mientras los que no tomaban Sintrom fueron sólo 77 pacientes (14,3%) $p = 0,001$. De los pacientes que tomaban antiagregantes, 15 (14,7%) padecieron una complicación hemorrágica mientras los que no tomaban fueron 84 pacientes (16,7%) $p = 0,663$. De los pacientes que tomaban Sintrom, 14 pacientes (21,5%) presentaban un TP alterado antes de la cirugía. De estos 10 (71,4%) han presentado alguna complicación hemorrágica, mientras de los que tomaban Sintrom pero tenían un TP dentro de la normalidad (TP 0,7-1,2) fueron 12 pacientes (23,5%) $p = 0,003$. De los 6 (1,1%) pacientes que no tomaban Sintrom y tenían un TP anormal, 2 (33,3%) han presentado una complicación hemorrágica, mientras sólo 75 (14,1%) pacientes sin Sintrom y con TP normal la presentaron $p = 0,2$. De los pacientes con un TTPa alterado, 5 de 9 (55,5%) presentaron complicación hemorrágica por sólo 94 de 594 (15,8%) con TTPa normal $p = 0,008$. Un análisis multivariante demuestra que los factores predictivos de complicación hemorrágica son tomar Sintrom (RR 2,1; IC95 1,1-3,9) y un TP alterado (RR 5,6; IC95 2,1-15,2).

Conclusiones: Obviamente, el TP alterado es un riesgo de complicación hemorrágica. No deberíamos intervenir a los pacientes que a pesar de haber retirado el Sintrom persisten con el TP fuera de los límites de la normalidad. Tomar Sintrom, independientemente del TP con el cual operamos al paciente, es un factor de riesgo de complicación hemorrágica.