



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-426 - ESCALA CEDAR COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES TRAS REPARACIÓN DE LA HERNIA PARAESTOMAL

García Sánchez, Carlos Javier; Tinoco González, José; Almoguera González, Francisco José; Tallón Aguilar, Luis; Padillo Ruíz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: La hernia paraestomal (HP) es una complicación frecuente en los pacientes portadores de ostomía, conllevando una gran repercusión en el estado de salud del paciente por su sintomatología y comorbilidad. Su reparación supone un reto quirúrgico y un incremento de la morbilidad y costes hospitalarios. Existen escalas que predicen la probabilidad de complicación posoperatoria en pacientes con eventración (CeDAR: Carolinas Equation for Determining Associated Risks), aunque su uso no está validado en la HP.

Objetivos: Evaluar la capacidad de predicción de CeDAR en las complicaciones derivadas de una eventroplastia paraestomal.

Métodos: Estudio analítico retrospectivo sobre una cohorte de 32 pacientes intervenidos de HP. Se recogen el índice CeDAR, comorbilidad, edad, sexo, IMC, infección previa, anastomosis y técnica de reparación, para evaluar complicaciones posoperatorias, costes y estancia hospitalaria. Se clasificaron los grupos en función de la puntuación CeDAR. Las variables cualitativas se comparan con la prueba de Ji-cuadrado o test de Fisher. El análisis de concordancia se realiza mediante el test Kappa de Cohen. Para la comparación de variables cuantitativas con cualitativas se utilizan las pruebas de la t de Student o la prueba de U de Mann Whitney si no se cumplen criterios de distribución normal. Para calcular la correlación entre variables cuantitativas, se empleó la r de Pearson.

Resultados: 20 (62,5%) pacientes fueron varones. La edad media fue de 63,13 años (DE 10,08). 3 pacientes (9,4%) presentaban diabetes, 14 (43,8%) eran fumadores, 7 (21,9%) presentaban recidiva de HP previa, y 21 (34,4%) una infección activa previa. Presentaron un grado ASA II 14 pacientes (43,8%) y ASA III 18 (56,3%). En cuanto a las variables operatorias, 31 pacientes (96,9%) se intervinieron de forma programada, y solo 2 (6,3%) mediante abordaje laparoscópico. 14 pacientes presentaron complicaciones posoperatorias. La presencia de infección activa previa ($p = 0,001$) y la realización de una separación anterior de componentes ($p = 0,015$) asociaron más complicaciones de forma significativa. Los pacientes con complicaciones tuvieron un CeDAR mediano más alto [59,5 (41,5-80,8) vs. 34 (27-43)] y costes en seguimiento mayores [28920 (20305-39043,5) vs. 16406 (13112-20729)]. Los pacientes con IHQ presentaron igualmente CeDAR mediano mayor [37,5 vs. 66,0 ($p = 0,01$)] y mayores costes hospitalarios [mediana 7699 vs. 13501 ($p = 0,01$)] y de seguimiento [mediana 18330 vs. 32144 ($p = 0,01$)]. La puntuación de la escala CeDAR y la estancia hospitalaria presentaron una correlación positiva moderada, presentando mayor estancia posoperatoria los pacientes con mayor puntuación CeDAR (r Pearson = 0,57). Se clasificó la muestra en CeDAR bajo (< 30)

para evaluar la concordancia de la prueba con las complicaciones reales. Con CeDAR bajo 0% (0/6) pacientes se complicaron frente a 56% (14/25) con CeDAR alto que sí se complicaron ($\kappa = 0,33$). Para la IHQ hubo un 0% (0/6) en CeDAR bajo y un 28% (7/25) en CeDAR alto ($\kappa = 0,31$).

Conclusiones: La escala CeDAR parece ser buena predictora de complicaciones e IHQ, costes hospitalarios y de seguimiento en la HP, aunque son necesarios estudios prospectivos de mayor tamaño muestral para validar su uso en esta patología.