

**Accordion: sistema de clasificación de gravedad de las complicaciones quirúrgicas.***Strasberg SM et al. Ann Surg 2009; 250: 177-86.*

Tradicionalmente ha existido un vacío en la literatura quirúrgica en cuanto a la estandarizada definición y clasificación de las complicaciones postoperatorias. Eso dificulta tener una medida objetiva que permita comparar resultados. Hoy el tema se vuelve especialmente sensible, cada vez que los prestadores, aseguradores y los mismos pacientes están interesados en conocer los resultados quirúrgicos en cada centro en particular y en manos específicas.

En 1992, los autores propusieron una clasificación de las complicaciones quirúrgicas, clasificación que ha tenido algunas modificaciones, destinadas, todas ellas, a obtener un sistema útil y aceptado universalmente, que permita dar una respuesta a las actuales necesidades. Hoy, se ha pasado a llamar Accordion a este nuevo intento, que sin dudas se acerca al modelo ideal, esperado.

La Clasificación basa su catalogación de gravedad sobre el tratamiento que esta complicación demanda. Así, en su forma abreviada, se reconocen cuatro grados: las leves son aquellas que requieren para su corrección sólo mínimas medidas como medicamentos simples y/o procedimientos al lado de la cama del enfermo. Las de tipo moderado, en cambio, requieren tratamiento farmacológico, incluidos los antibióticos, transfusiones y nutrición parenteral. Las de tipo grave, requieren procedimientos radiológicos o endoscópicos intervencionales, o una reoperación. Están incluidos los casos con falla de uno o más órganos. El cuarto grado corresponde al fallecimiento del paciente.

La forma expandida de la Clasificación subdivide las complicaciones graves en tres subtipos, ya sea requiera o no anestesia general para los procedimientos o exista falla de órganos. Esta forma expandida es más apropiada para estudios con más pacientes y en caso de patologías más complejas.

En esta revisión, los autores han logrado separar lo que se cataloga como complicación que lleva a una alteración de menoscabo permanente, de la definición inicial que hablaba de una complicación con menoscabo permanente. Es decir, se separa lo agudo, que corresponde a la complicación propiamente tal, de la secuela, que se cataloga como un menoscabo definitivo ulterior.

Además, se hace una observación en cuanto a que si bien la gran mayoría de las complicaciones se observan en los primeros 30 días del postoperatorio, la muerte, ligada a tal complicación puede ser muy

posterior (largas permanencias en Cuidados Intensivos), por lo que se debiera prolongar el plazo de observación hasta los 100 días después de la cirugía.

Este esquema de Clasificación ha sido validado en numerosos estudios en diferentes centros y está abierto a observaciones. Desde la Universidad de Washington, Saint Louis, se ofrece un sitio interactivo para procesar las complicaciones observadas por distintos grupos y pueda ser presentada en forma estándar para su análisis y publicación.

(<http://www.accordionclassification.wustl.edu>)

**Dr. Ricardo Espinoza G.**  
*Universidad de los Andes*

**Valor del Índice MELD y otros, en la evaluación del riesgo quirúrgico de pacientes con cirrosis hepática.** *Costa BP et al. World J Surg 2009; 33: 1711-19.*

En este interesante trabajo, los autores hacen un detallado ejercicio de revisión sobre el comportamiento de diferentes índices pronósticos de la evolución postoperatoria de pacientes cirróticos. Sabemos que estos pacientes tienen alto riesgo de complicaciones, con mortalidad que puede llegar hasta el 82% en casos avanzados. El trabajo se basó en la utilización del MELD (Model for End-Stage Liver Disease) creado en el año 2000 por Malinchoc y que hoy tiene amplia aplicación, incluso en la asignación de prioridad para un trasplante hepático en los Estados Unidos de Norteamérica. Este indicador se calcula con los valores de la creatinemia, bilirrubinemia y el INR (International Normalized Ratio), de modo que añade al tradicional esquema de clasificación de Child, la función renal, que tiene alto impacto sobre la evolución de estos pacientes. Sus valores oscilan entre 6 y 40. De él han derivado otros, algunos incorporan la edad y/o el sodio plasmático.

Sobre 190 pacientes sometidos a cirugía mayor (75%), bajo anestesia general en el 98% y sobre el aparato digestivo en el 73% observaron una estrecha relación entre los valores del MELD y también con la Clasificación de Child. Sin embargo, puesto que el MELD tiene un rango mayor que los tres tipos de Child, se puede precisar mejor el riesgo de un paciente en particular.

Además de los indicadores mencionados, encontró relación entre la mortalidad postoperatoria y la clasificación ASA (American Society of Anesthesio-

logy), una edad sobre 70 años y si la cirugía era de urgencia o electiva.

Cuando el MELD está bajo 12 e idealmente bajo 8, la mortalidad bordea el 6%, pero con un MELD de sobre 15, la mortalidad esperada (independiente de la cirugía efectuada) se eleva a 31%; con un

MELD sobre 20 la mortalidad sobrepasa el 50%.

De esta forma, tanto el cirujano como el paciente y sus familiares, disponen de otra evaluación objetiva y sencilla de aplicar para evaluar riesgo quirúrgico y permitir una decisión informada ante cirugías electivas en un paciente con cirrosis hepática.

***Dr. Ricardo Espinoza G.***  
*Universidad de los Andes.*