



**Biblioteca  
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

## **Drenaje abdominal profiláctico después de la cirugía pancreática (Revisión)**

Zhang W, He S, Cheng Y, Xia J, Lai M, Cheng N, Liu Z

Zhang W, He S, Cheng Y, Xia J, Lai M, Cheng N, Liu Z.  
Prophylactic abdominal drainage for pancreatic surgery  
(Drenaje abdominal profiláctico después de la cirugía pancreática).  
*Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 6. Art. No.: CD010583.  
DOI: [10.1002/14651858.CD010583.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010583.pub4).

[www.cochranelibrary.com/es](http://www.cochranelibrary.com/es)

[Revisión de intervención]

# Drenaje abdominal profiláctico después de la cirugía pancreática

Wei Zhang<sup>1</sup>, Sirong He<sup>2a</sup>, Yao Cheng<sup>3</sup>, Jie Xia<sup>4</sup>, Mingliang Lai<sup>5</sup>, Nansheng Cheng<sup>6</sup>, Zuojin Liu<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Department of Hepatopancreatobiliary Surgery, The People's Hospital of Jianyang City, Jianyang, China. <sup>2</sup>Department of Immunology, College of Basic Medicine, Chongqing Medical University, Chongqing, China. <sup>3</sup>Department of Hepatobiliary Surgery, The Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing, China. <sup>4</sup>The Key Laboratory of Molecular Biology on Infectious Diseases, Chongqing Medical University, Chongqing, China. <sup>5</sup>Department of Clinical Laboratory, Jiangjin Central Hospital, Chongqing, China. <sup>6</sup>Department of Bile Duct Surgery, West China Hospital, Sichuan University, Chengdu, China

<sup>a</sup>Joint first author**Dirección de contacto:** Zuojin Liu, Department of Hepatobiliary Surgery, The Second Affiliated Hospital, Chongqing Medical University, Chongqing, China. [liuzuojin2015@sina.com](mailto:liuzuojin2015@sina.com).**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Esófago-gástricas, del Intestino Delgado y Pancreáticas.**Estado y fecha de publicación:** Nueva búsqueda de estudios y actualización de contenidos (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 6, 2018.**Referencia:** Zhang W, He S, Cheng Y, Xia J, Lai M, Cheng N, Liu Z. Prophylactic abdominal drainage for pancreatic surgery (Drenaje abdominal profiláctico después de la cirugía pancreática). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 6. Art. No.: CD010583. DOI: [10.1002/14651858.CD010583.pub4](https://doi.org/10.1002/14651858.CD010583.pub4).

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley &amp; Sons, Ltd.

## RESUMEN

### Antecedentes

El uso de drenajes quirúrgicos se ha considerado obligatorio después de la cirugía pancreática. El papel del drenaje abdominal profiláctico para reducir las complicaciones posoperatorias tras la cirugía pancreática es controvertido.

### Objetivos

Evaluar los efectos beneficiosos y perjudiciales del drenaje abdominal habitual tras la cirugía pancreática, comparar los efectos de diferentes tipos de drenajes quirúrgicos y evaluar el momento óptimo para retirar el drenaje.

### Métodos de búsqueda

Para la última versión de la revisión, se hicieron búsquedas en CENTRAL (2016, número 8), y MEDLINE, Embase, Science Citation Index Expanded, y Chinese Biomedical Literature Database (CBM) hasta el 28 de agosto de 2016. Para esta revisión actualizada se hicieron búsquedas en CENTRAL, MEDLINE, Embase, Science Citation Index Expanded y CBM de 2016 al 15 de noviembre de 2017.

### Criterios de selección

Se incluyeron todos los ensayos controlados aleatorizados que compararan el drenaje abdominal versus ningún drenaje abdominal en pacientes sometidos a cirugía pancreática. También se incluyeron estudios controlados aleatorizados que compararan diferentes tipos de drenajes y diferentes previsiones de retiro de drenaje en participantes con cirugía pancreática.

### Obtención y análisis de los datos

Se identificaron seis estudios (1384 participantes). Dos autores de la revisión, de forma independiente, identificaron los estudios para la inclusión, recopilaron los datos y evaluaron el riesgo de sesgo. El metanálisis se realizó con el programa informático Review Manager 5. Se calculó el riesgo relativo (RR) para los resultados dicotómicos y la diferencia de medias (DM) para los resultados continuos con intervalos de confianza (IC) del 95%. Para todos los análisis, se utilizó el modelo de efectos aleatorios.

## Resultados principales

### Uso de drenaje versus ningún drenaje

Se incluyeron cuatro estudios con 1110 participantes que se asignaron al azar al grupo con drenaje (n = 560) y al grupo sin drenaje (n = 550) tras una intervención quirúrgica pancreática. Hubo poca o ninguna diferencia en la mortalidad a los 30 días entre los grupos (1,5% con drenaje versus 2,3% sin drenaje, RR 0,78; IC del 95%: 0,31 a 1,99; cuatro estudios, 1055 participantes; evidencia de calidad moderada). Es probable que el uso de drenaje reduzca ligeramente la mortalidad a los 90 días (0,8% versus 4,2%; RR 0,23, IC del 95%: 0,06 a 0,90; dos estudios, 478 participantes, evidencia de calidad moderada). No se sabe si el uso de drenajes redujo la infección intraabdominal (7,9% versus 8,2%; RR 0,97, IC del 95%: 0,52 a 1,80; cuatro estudios, 1055 participantes; evidencia de muy baja calidad), o las intervenciones radiológicas adicionales para las complicaciones postoperatorias (10,9% versus 12,1%; RR 0,87, IC del 95%: 0,79 a 2,23; tres estudios, 660 participantes; evidencia de muy baja calidad). El uso de drenajes puede provocar una cantidad similar de infecciones de la herida (9,8% versus 9,9%; RR 0,98, IC del 95%: 0,68 a 1,41; cuatro estudios, 1055 participantes; evidencia de baja calidad) y de intervenciones abiertas adicionales para las complicaciones postoperatorias (9,4% versus 7,1%; RR 1,33, IC del 95%: 0,79 a 2,23; cuatro estudios, 1055 participantes; evidencia de baja calidad) en comparación con no usar drenajes. Hubo poca o ninguna diferencia en la morbilidad (61,7% versus 59,7%; RR 1,03, IC del 95%: 0,94 a 1,13; cuatro estudios, 1055 participantes; evidencia de calidad moderada), o en la duración de la estancia hospitalaria (DM -0,66 días, IC del 95%: -1,60 a 0,29; tres estudios, 711 participantes; evidencia de calidad moderada) entre los grupos. Hubo una complicación relacionada con el drenaje en el grupo de drenaje (0,2%). La calidad de vida relacionada con la salud se midió con el cuestionario de calidad de vida específico del páncreas (FACT-PA; una escala de 0 a 144 donde los valores mayores indican una mejor calidad de vida). El uso de drenajes puede provocar puntuaciones de calidad de vida similares, medidas a los 30 días después de la cirugía pancreática, en comparación con no usar drenaje (105 puntos versus 104 puntos; un estudio, 399 participantes; evidencia de calidad baja). No se informaron los costes hospitalarios ni el dolor en ninguno de los estudios.

### Tipo de drenaje

Se incluyó un ensayo con 160 participantes que se asignaron al azar a un grupo de drenaje activo (n = 82) y un grupo de drenaje pasivo (n = 78) tras una intervención quirúrgica pancreática. Los drenajes activos pueden provocar tasas de mortalidad similares a los 30 días (1,2% con el drenaje activo versus 0% con el drenaje pasivo; evidencia de calidad baja), y morbilidad (22,0% versus 32,1%; RR 0,68; IC del 95%: 0,41 a 1,15; evidencia de calidad baja) en comparación con un drenaje pasivo. No se sabe si el drenaje activo redujo la infección intraabdominal (0% versus 2,6%; evidencia de muy baja calidad), la infección de la herida (6,1% versus 9,0%; RR 0,68, IC del 95%: 0,23 a 2,05; evidencia de calidad muy baja) o el número de intervenciones abiertas adicionales para las complicaciones postoperatorias (1,2% versus 7,7%; RR 0,16, IC del 95%: 0,02 a 1,29; evidencia de muy baja calidad). El drenaje activo puede reducir ligeramente la duración de la estancia hospitalaria (DM -1,90 días, IC del 95%: -3,67 a -0,13; un estudio; evidencia de baja calidad; 14,1% de disminución de una duración "media" de la estancia hospitalaria). Las intervenciones radiológicas adicionales, el dolor y la calidad de vida no se informaron en el estudio.

### Retiro del drenaje temprano versus tardío

Se incluyó un ensayo con 114 participantes con bajo riesgo posoperatorio de fístula pancreática, que se asignaron al azar a un grupo de retiro temprano del drenaje (n = 57) y un grupo de retiro tardío del drenaje (n = 57) tras una intervención quirúrgica pancreática. No se registraron muertes en ningún grupo. La retirada temprana de los drenajes puede reducir ligeramente la morbilidad (38,6% con la retirada temprana de los drenajes frente a 61,4% con la retirada tardía de los drenajes; RR 0,63, IC del 95%: 0,43 a 0,93; evidencia de calidad baja), la duración de la hospitalización (MD -2,10 días, IC del 95%: -4,17 a -0,03; evidencia de calidad baja; 21,5% de reducción de duración "media" de estancia hospitalaria) y los costes hospitalarios (DM -2069,00 EUR, IC del 95%: -3872,26 a -265,74; evidencia de calidad baja; 17,0% de reducción de los costes hospitalarios "medios"). No se sabe si el retiro temprano del drenaje redujo las intervenciones abiertas adicionales para las complicaciones postoperatorias (0% versus 1,8%; RR 0,33, IC del 95%: 0,01 a 8,01; un estudio; evidencia de calidad muy baja). La infección intraabdominal, la infección de la herida, las intervenciones radiológicas adicionales, el dolor y la calidad de vida no se informaron en el estudio.

### Conclusiones de los autores

No estuvo claro si el uso habitual de drenajes abdominales tuvo algún efecto en la reducción de la mortalidad a los 30 días, o en las complicaciones postoperatorias tras la cirugía pancreática. La evidencia de calidad moderada sugiere que es probable que el drenaje abdominal habitual reduzca ligeramente la mortalidad a los 90 días. Evidencia de baja calidad indicó que el uso de un drenaje activo en comparación con el uso de un drenaje pasivo puede reducir ligeramente la duración de la estancia en el hospital después de una cirugía pancreática, y la retirada temprana puede ser superior a la retirada tardía en el caso de las personas con bajo riesgo de fístula pancreática postoperatoria.

## RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

### Uso de drenajes para la cirugía pancreática

#### Pregunta de la revisión

¿El uso de drenaje reduce las complicaciones posoperatorias tras la cirugía pancreática?

**Drenaje abdominal profiláctico después de la cirugía pancreática (Revisión)**

Copyright © 2018 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

## Antecedentes

El uso de drenajes quirúrgicos se ha considerado obligatorio después de la cirugía pancreática. No obstante, el papel del drenaje para reducir las complicaciones tras la cirugía pancreática (llamadas complicaciones posoperatorias) es controvertido.

## Características de los estudios

Se buscaron todos los estudios relevantes y bien realizados hasta noviembre de 2017. Se incluyeron seis estudios controlados aleatorizados (un experimento en el que los participantes se asignan al azar a dos o más intervenciones, posiblemente incluye una intervención control o ninguna intervención, y los resultados se comparan). Los seis estudios incluyeron a 1384 participantes que se sometieron a una cirugía pancreática. Cuatro de los seis estudios asignaron al azar a 1110 participantes a usar drenaje (número de participantes = 560) o no usar drenaje (N = 550). Un ensayo asignó al azar a 170 participantes a un drenaje activo (drenajes con succión de baja o alta presión, N = 82) y a un drenaje pasivo (drenajes sin succión, N = 78). Un ensayo asignó al azar a 114 participantes con bajo riesgo de fístula pancreática postoperatoria (una complicación durante la cual el páncreas se desconecta de los intestinos cercanos, y luego se vuelve a conectar para permitir que el jugo pancreático que contiene enzimas digestivas entre al sistema digestivo) al retiro temprano del drenaje (n = 57) o a un retiro tardío (n = 57).

## Resultados clave

Probablemente hubo poca o ninguna diferencia en la muerte a los 30 días (1,5% con drenajes frente a 2,3% sin ellos), complicaciones generales (61,7% frente a 59,7%), o duración de la hospitalización (14,3 días frente a 13,8 días) entre los grupos con drenajes y sin drenajes. El uso del drenaje probablemente redujo ligeramente la muerte a los 90 días (0,8% frente a 4,2%). No se sabe si el uso de drenajes redujo las infecciones en el abdomen (7,9% frente a 8,2%), o la necesidad de intervenciones radiológicas adicionales para las complicaciones postoperatorias (10,9% frente a 12,1%). El uso de drenajes puede provocar tasas similares de infección de la herida (9,8% frente a 9,9%), de necesidad de intervenciones abiertas adicionales para las complicaciones postoperatorias (9,4% frente a 7,1%), y de puntuaciones de calidad de vida (105 puntos frente a 104 puntos) en comparación con no usar drenajes. Hubo una complicación relacionada con el drenaje (el tubo de drenaje se rompió) en el grupo de uso del drenaje (0,2%).

Los drenajes activos pueden provocar tasas de mortalidad similares a los 30 días (1,2% con el drenaje activo frente al 0% con el drenaje pasivo), y complicaciones generales (22,0% frente al 32,1%) en comparación con la ausencia de drenaje pasivo. No se sabe si el uso de drenajes activos redujo las infecciones intraabdominales (0% frente a 2,6%), la infección de heridas (6,1% frente a 9,0%) o la necesidad de intervenciones abiertas adicionales para las complicaciones postoperatorias (1,2% frente a 7,7%). Los drenajes activos pueden reducir ligeramente la duración de la hospitalización (14,1% de disminución de una duración "media" de la hospitalización).

No hubo muertes en ninguno de los dos grupos en un pequeño estudio que examinó el retiro temprano versus tardío de los drenajes. La retirada temprana de los drenajes puede reducir las complicaciones generales (38,6% con la retirada temprana de los drenajes frente a 61,4% con la retirada tardía de los drenajes), la duración de la hospitalización (21,5% de disminución de la duración "media" de la hospitalización) y los costos de hospitalización (17,0% de disminución de los costos "medios" de hospitalización). No se sabe si el retiro temprano del drenaje redujo la necesidad de intervenciones abiertas adicionales para las complicaciones postoperatorias (0% frente a 1,8%).

No estuvo claro si el uso habitual de drenajes tuvo algún efecto en la reducción de la muerte a los 30 días, o en las complicaciones postoperatorias. El uso habitual del drenaje probablemente redujo ligeramente la muerte a los 90 días. Los drenajes activos parecieron estar asociados con altas hospitalarias más tempranas que los pasivos, y la retirada temprana pareció ser mejor que la retirada tardía en el caso de las personas con un bajo riesgo de fístula pancreática postoperatoria.

## Calidad de la evidencia

Todos los estudios tuvieron un riesgo alto de sesgo (lo cual sugiere la posibilidad de sobrestimar los beneficios o subestimar los daños). En general, la calidad de la evidencia varió de muy baja a moderada.