



O-106 - ANÁLISIS DE LA FASE DE CONSOLIDACIÓN EN LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA SIN INGRESO

Cerdán Riart, Gemma; Rodríguez Blanco, Manuel; de la Fuente Hernández, Noa; Martín Arnau, Ana Belén; González López, José; Solans Solerdelcoll, Mireia; Artigas Reventós, Vicens; Trias Folch, Manuel

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Superada la fase de implementación de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria, se inicia la de consolidación con el objetivo de perfeccionar el procedimiento. Con el análisis de nuestra serie, identificamos factores relacionados con mayor tasa de admisiones inesperadas, complicaciones y reingresos. Asimismo, observamos si aplicando determinadas técnicas analgésicas, mejora el dolor postoperatorio.

Métodos: Nuestro protocolo implementado en 2010 excluye: pacientes ASA III inestables, cirrosis hepática, residencia lejos del hospital, problemas sociales, posibilidad de bridas y dificultades cognitivas. Selección de candidatos realizada por cualquier cirujano del servicio, pero cirugía ejecutada por el equipo de patología biliopancreática. Estudio retrospectivo entre 2012 y 2015. Análisis estadístico: variables categóricas mediante tablas de contingencia usando χ^2 o Test de Fisher; variables cuantitativas, test de t (sin asumir igual varianza) o Mann Whitney; para el dolor, análisis de la varianza.

Resultados: Se intervinieron 313 pacientes (71,9% mujeres), un 37% del total de CxL. Edad media de 50 años (7% con más de 70). Los ASAs fueron I, II y 11,5% un III estable. Índice de comorbilidad de 0 a 5 (2,9% de 3 o superior). IMC promedio 27 (21,8% con rango de obesidad). La patología fue simple (cólico biliar, 63,9%) y compleja (pancreatitis o colecistitis, 20,8%). Tiempo promedio en lista de espera: 3 meses. Tiempo quirúrgico medio: 73 minutos. Unos 122 pacientes recibieron infiltración de la herida y 59 instilación peritoneal de anestésico local al final de la cirugía. Hospitalizaciones inesperadas: 14,7%; un 13% por antecedentes ya existentes en la selección; 34,8% por problemas médicos; 8,7% por inconvenientes administrativos y 43% por dificultades técnicas quirúrgicas. Las causas evitables de hospitalización alcanzaron un 56,5%, las complicaciones postoperatorias un 6,4% y los reingresos un 3,8%. Los factores predisponentes de hospitalización inesperada fueron: edad avanzada (p 0,006; DE 2,19), ASA (p 0,008), tiempo quirúrgico (p 0,009; DE 4,73), que indicaría una técnica quirúrgica complicada, y el IC (p 0,009). El tiempo de espera para la cirugía se relacionó con más complicaciones (p 0,004) y el IMC con más reingresos (p 0,01). De los 20 pacientes con complicaciones, 7 ingresaron en planta por colostasis, pancreatitis aguda o absceso abdominal. El dolor mejora con el paso del tiempo (p 0,001) pero no tras la infiltración de las heridas (p 0,077) o instilación peritoneal (p 0,096). Tras administrar anestésicos locales, el dolor mejoró las primeras horas, pero apareció un efecto rebote a las 24 horas, significativo en el caso de la instilación peritoneal (p 0,011).

Conclusiones: Para disminuir el número de ingresos no esperados, complicaciones y reingresos recomendamos un equipo afianzado, para reducir errores de selección e ingresos por dificultades técnicas.

Podemos incluir patología biliar compleja. Los pacientes ancianos, con ASA III estables o IC 3 o superior son tributarios, sabiendo que un tercio pueden ingresar. La obesidad está relacionada con más admisiones, por miedo a no detectar entidades graves. La infiltración de la herida o instilación peritoneal con anestesia local mejora el dolor inmediato permitiendo el alta hospitalaria, pero presenta efecto rebote a las 24 horas.