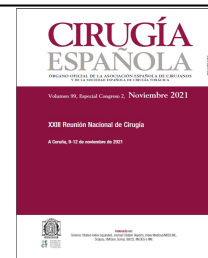




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-125 - ESTUDIO DE COHORTES MULTICÉNTRICO SOBRE EL MANEJO DE LA COLECISTITIS AGUDA DURANTE LA PANDEMIA POR LA COVID-19

Martínez Caballero, Javier¹; González González, Lucía²; Rodríguez Cuéllar, Elías²; Ferrero Herrero, Eduardo²; Pérez Algar, Cristina³; Pérez Díaz, María Dolores⁴; Dziakova, Jana⁵; Di Martino, Marcello⁶

¹Hospital Comarcal los Santos Reyes, Aranda de Duero; ²Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; ³Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ⁵Hospital Clínico San Carlos, Madrid; ⁶Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar la morbilidad, estancia hospitalaria mediana (EH), mortalidad (30 días) y la tasa de infección adquirida en el hospital (IAH) en pacientes con colecistitis aguda (CA) según el tratamiento recibido.

Métodos: Estudio de cohortes, prospectivo-retrospectivo, multicéntrico (16 centros), entre 01/03-31/05/2020. Las variables cualitativas se analizaron mediante test de Fisher. Análisis multivariante de regresión logística binomial (MRLB) para valorar el efecto de la edad, momento del diagnóstico de CA y SARS-CoV-2, gravedad de la CA y el fracaso del tratamiento conservador (FTC) en la mortalidad.

Resultados: De 257 pacientes con CA, 42 fueron diagnosticados de COVID-19 (30 al diagnóstico y 12 durante el ingreso o 30 días después del alta). En general, el 63,4% de las CA grado I fueron tratadas con antibióticos. Las CA grado II, el 40,5% recibieron antibiótico y el 30,6% colecistectomía; el 50% de las grado III se realizó drenaje percutáneo (DP) y 14% con cirugía. El FTC fue del 14,2%, más frecuente en el grado III (42,8% $p = 0,005$). Las complicaciones y mortalidad posoperatorias fueron 26% y 1,3%, respectivamente. La mortalidad del DP (15,1%, $p = 0,001$) fue mayor que la colecistectomía (1,2%) o el tratamiento antibiótico (2,4%). Los pacientes sin COVID-19, recibieron tratamiento antibiótico el 61,3% de las CA grado I y 40,6% de las grado II. El 52,4% de las CA grado III fueron tratadas con DP. La EH fue de 7,51 días ($p = 0,001$), mayor en el tratamiento no quirúrgico, y la mortalidad 3,25% ($p = 0,21$). La mortalidad asociada al DP fue del 10,8%. El 93,3% del grupo con infección por SARS-CoV-2 al ingreso fueron tratados de forma no quirúrgica ($p = 0,03$). Las CA grado I y grado II fueron tratadas con antibiótico (83%) y DP (69,2%), respectivamente. La tasa de FTC fue 16,7%, la EH de 11,0 días), mayor que los pacientes sin COVID ($p = 7$ días (IC95% 1,3-16,6)). Deberían realizarse 16 colecistectomías para evitar una IAH por SARS-CoV-2 (NNT). Se observó 5,64 veces (IC95% 1,42-22,64) más riesgo de mortalidad en los pacientes con COVID-19, mayor que los pacientes sin COVID-19. En los pacientes con IAH, la mortalidad fue mayor que en los pacientes diagnosticados al ingreso, 10,3% y 16,7% respectivamente. En el análisis MRLB la edad (OR = 1,15, IC95% 1,02-1,31), la infección por SARS-CoV-2 (OR = 14,49, IC95% 1,33-157,81), el FTC (OR = 8,2 IC95% 1,34-50,49) y la CA grado III se asociaron a un mayor odds de mortalidad.

Conclusiones: En este periodo hubo un aumento del tratamiento no quirúrgico que se asoció a un mayor FTC, mayor morbilidad y mayor estancia hospitalaria lo que pudo haber supuesto un aumento del riesgo de IAH por SARS-CoV-2. La edad, la infección por SARS-CoV-2, la gravedad de la CA y la FTC se asociaron

con una mayor mortalidad.