



P-288 - JUNTOS TRABAJAMOS MEJOR: ¿CÓMO OPTIMIZAR LA COLECISTECTOMÍA PRECOZ TRAS LA PANCREATITIS AGUDA BILIAR LEVE?

Farré Colomé, Xavier; Bibiloni Vidal, Pere; Villalta Pons, Noelia; García Monforte, Neus; Bejarano González, Natalia; Romaguera Monzonis, Andreu; Campos Serra, Andrea; García Borobia, Francisco Javier

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: La pancreatitis aguda (PA) es una patología frecuente con una incidencia creciente, siendo la litiasis biliar su causa más común. A pesar de que las guías clínicas recomiendan la colecistectomía precoz, entre 2 y 4 semanas después de una PA leve (PAL), en la práctica clínica existen dificultades para su cumplimiento. El objetivo principal de nuestro estudio es determinar el tiempo real entre PAL y la colecistectomía. Los objetivos secundarios son: estudiar posibles causas y consecuencias del retraso de la intervención y promover una estrategia de mejora desde una perspectiva multidisciplinar.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el cual se incluyen todos los pacientes que han presentado PA atendidos en nuestro centro durante dos años consecutivos. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, etiología, gravedad, servicio de atención inicial y de ingreso, estancia hospitalaria, tiempo hasta la colecistectomía y reconsultas a urgencias.

Resultados: Durante los años 2022 y 2023 fueron diagnosticados 441 pacientes de PA. El 66,6% eran hombres y la edad media de 63 años (rango 16-100), siendo la etiología biliar la más frecuente: 240 biliares (54,4%), 94 idiopáticas (21,3%), 60 alcohólicas (13,6%) y el 8,9% restante miscelánea. De los pacientes con PA de origen biliar, 192 fueron clasificados como leves (80%). El 55,8% de las PA de origen biliar fueron atendidas inicialmente por el servicio de cirugía general, el resto por servicios médicos. La tasa de ingreso de las PAL atendidas por el servicio de cirugía fue del 69,5%, frente a un 75,3% de los servicios médicos. La estancia hospitalaria mediana fue similar para ambos grupos, de 4 días para ingresos con cirugía frente a 5 días con los servicios médicos. De los 192 pacientes con PAL biliar fueron colecistectomizados 139 (72,3%) de forma programada. El 28,7% no fueron intervenidos por múltiples razones: elevada comorbilidad, rechazo a cirugía y pérdida de seguimiento. El tiempo de espera mediano desde el primer episodio de PAL biliar hasta la cirugía fue de 98 días: 85 días para los pacientes atendidos por cirugía frente a los 126 días por los servicios médicos. La tasa de reconsulta a urgencias durante el periodo de espera para la colecistectomía fue del 25,5% (49 pacientes), 17 de ellos acudieron en más de una ocasión.

Conclusiones: A pesar de las recomendaciones de las guías clínicas, en nuestro centro realizamos la colecistectomía tras PAL biliar con una demora superior a los 3 meses. Este retraso conlleva una elevada tasa de reconsulta, un riesgo clínico evitable y un mayor gasto sanitario. Tras el análisis de

estos datos, estamos desarrollando un protocolo asistencial interdisciplinar para implementar la colecistectomía precoz. Esta iniciativa busca la mejora del proceso asistencial de la PAL biliar adecuando la práctica clínica a la evidencia disponible.