



O-015 - FACTORES PREDICTORES DEL FRACASO DE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PROGRAMADA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL UNICÉNTRICO

Álvarez Hernández, Marta del Carmen; García del Álamo, Yaiza; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Maqueda González, Rocío; Carreras Hoyos, Marta; Salvador Carmarmo, Guillermo; Enjuto Martínez, Diego; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La colecistectomía laparoscópica programada (CPL) es un procedimiento cada vez más extendido como cirugía mayor ambulatoria (CMA), pues ha demostrado ser segura y coste-eficiente. Es crucial una adecuada selección de pacientes para optimizar los resultados y minimizar complicaciones. El objetivo de este estudio es identificar factores predictores de conversión o fracaso en un hospital de tercer nivel.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico abarcando el periodo entre 2018 y 2023. Se analizaron: variables demográficas, comorbilidades, indicación quirúrgica, antecedente de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y variables intraoperatorias. Se realizó un análisis descriptivo y un estudio analítico de los factores relacionados con el fracaso en régimen CMA, definido como necesidad de ingreso en el posoperatorio precoz.

Resultados: Se incluyeron 526 pacientes, 383 mujeres (72,8%) con una edad mediana de 53 años (40-64). Respecto a las comorbilidades: 111 presentaron hipertensión arterial (21,1%), 94 dislipemia (17,8%), 41 diabetes mellitus (7,8%), 95 IMC > 30 Kg/m² (18,1%) y 10 enfermedad renal crónica (1,9%). 32 fueron clasificados como ASA #1 III (6,1%), 112 (21,3%) presentaron antecedentes de cirugía abdominal y 76 (14,4%) se sometieron preoperatoriamente a CPRE. Las indicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron: 365 cólicos biliares (69,5%), seguido de 77 pancreatitis biliares (14,6%), 35 colecistitis aguda previa (6,6%) y 29 pólipos vesiculares (5,5%). En cuanto a la cirugía: tiempo mediano de 45 minutos (30-60); en 356 pacientes (67,7%) se realizó bloqueo anestésico locorregional (plano transverso abdominal o incisional), 8 (1,5%) presentaron un sangrado intraoperatorio > 200 cc y 5 (1%) precisaron conversión a cirugía abierta. 75 pacientes (14,2%) precisaron ingreso, siendo las causas más destacadas: 23 (30,7%) complicaciones intraoperatorias, 17 (22,7%) dolor incoercible, 13 (17,3%) falta de tiempo para cumplir protocolo de alta y 4 (5,3%) náuseas o mareo. La estancia mediana fue de 1 día (1-2). En el análisis univariante, la CPRE previa (27,6 vs. 12%; p < 0,001), el horario vespertino (53,3 vs. 9,6%; p < 0,001), las complicaciones intraoperatorias (100 vs. 12,3%; p < 0,001), el sangrado intraoperatorio (75 vs. 13,3%; p < 0,001), la conversión a laparotomía (100 vs. 13,4%; p < 0,001) y los pacientes con drenaje abdominal (100 vs. 13,1%; p < 0,001) se asociaron a fracaso de régimen de CMA. El tiempo quirúrgico también resultó

significativo (60 vs. 40 min, $p < 0,001$). El drenaje abdominal y la conversión a cirugía abierta predicen el fracaso de régimen de CMA casi con certeza; otros factores asociados a fracaso fueron el horario vespertino (OR 12,51 IC95% 6,6-23,7; $p < 0,001$) y el sangrado intraoperatorio (OR13,6 IC95% 2-89; $p < 0,001$)

Conclusiones: La CLP en régimen CMA es una opción segura y eficiente. Existen factores como el horario vespertino, el sangrado intraoperatorio y la conversión a cirugía abierta que aumentan el riesgo de fracaso. Identificar estos predictores permite optimizar la selección de pacientes y mejorar los resultados del procedimiento.