



O-177 - ¿ES HORA DE AMBULATORIZAR LA PROCTOLOGÍA?

Busto Hermida, Leticia; Matías Beteta, Gabriel; Hernández García, Lisandro David; Palarés Pereira, Alejandra; Troncoso Magdalena, Iria; Vázquez Bouzán, Raquel; Lamas Ferreiro, Jos Luis; Climent Aira, Antonio

Hospital Povisa, Vigo.

Resumen

Objetivos: Las intervenciones proctológicas clásicamente requerían régimen de ingreso hospitalario (IH). En nuestro centro, fisuras y papilas anales se realizan como cirugía mayor ambulatoria (CMA) desde hace años, siendo más reciente en hemorroides y fístula perianal. Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos en intervenidos de hemorroides y fístula perianal para evaluar si la CMA ofrece beneficios.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de cirugías de hemorroidales y fístulas perianales entre enero/2020-diciembre/2024. Comparando IH vs. CMA, se recogen características demográficas, comorbilidades, aspectos quirúrgicos, complicaciones, reingresos, reintervenciones y asistencias posoperatorias a centros sanitarios (CS).

Resultados: Se incluyeron 738 pacientes (CMA: 60,6%; IH: 39,4%). Existen diferencias estadísticamente significativas (ES) respecto a: edad ($p < 0,001$; IH: 57; CMA: 53), anticoagulación ($p < 0,001$; IH: 8,2%; CMA: 2,2%), riesgo ASA ($p < 0,001$; IH: 2,07; CMA: 1,9) e Índice de Charlson ($p < 0,001$; IH: 0,74; CMA: 0,4). No en el caso de la antiagregación ($p = 0,123$, IH: 10,7%; CMA: 7,4%). La técnica quirúrgica más utilizada en hemorroides fue el Milligan-Morgan y en fístula perianal, la fistulotomía combinada o no con otras técnicas. Las hemorroides fueron un 56,5% CMA y un 43,5% IH, mientras que, las fístulas perianales un 66,7% CMA y un 33,3% IH. Existen diferencias ES ($p < 0,001$; IH: 2,63; CMA: 2,31) según el número de pedículos hemorroidales resecados. Siempre que se cumplan los criterios generales de CMA, no existe en nuestro servicio un protocolo para seleccionarlos, quedando a decisión del cirujano. La estancia media de los IH fue de 1,2 días. Acudieron a CS durante el posoperatorio el 15,3% (CMA: 53%; IH: 47%) que, desglosando por grupos, de los de CMA fueron 13,4% y de IH 18,2%. El principal motivo fue el dolor (47%). En las primeras 24 horas posoperatorias acuden 7 pacientes (el resto: CMA: 8,2 días; IH: 7,2 días). No existen diferencias ES ($p = 0,077$) entre los dos grupos. Reingresaron el 4,3% (CMA: 50%; IH: 50%) que, desglosando por grupos, de los de CMA fueron 3,6% y de IH 5,5%. La causa principal fue la rectorragia (53,13%). 5 fueron durante las primeras 24 horas posintervención (el resto: CMA: 8,9 días; IH: 6,5 días). 9 pacientes precisaron reintervención. No existen diferencias ES ($p = 0,211$) entre CMA e IH. Sí hay diferencias ES respecto a la anticoagulación ($p = 0,002$; no anticoagulado: 3,8%; anticoagulado: 14,7%). El 82% de las complicaciones posquirúrgicas fueron Clavien-Dindo tipo I. De los intervenidos por hemorroides que precisaron asistencia sanitaria por dolor, el 83,9% tenían una pauta analgésica insuficiente. A nivel nacional, de media, estas intervenciones cuestan en régimen de IH 2.131,17 € y de CMA 1.126,97 €.

Conclusiones: Los grupos CMA e IH no son comparables, quizás por la falta de criterios definidos para CMA en estas patologías y a que queda a criterio del cirujano (mayor probabilidad de decidir IH en pacientes

que *a priori* puedan tener mayor riesgo de complicaciones). Sin embargo, los datos obtenidos indican que la intervención por CMA no supone durante el posoperatorio un mayor riesgo de asistencia CS, ni de reingresos y ni de reintervenciones, redundando así en un beneficio económico. Además, estas se producen una media de 7,73 días después, por lo que el hecho de realizarlos en IH no las evitaría.