



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-294 - INFLUENCIA DE LA COMORBILIDAD BASAL, EMPLEANDO EL ÍNDICE CHARLSON, EN LA INDICACIÓN DE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y EN LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES

Rodríguez López, Mario; Blanco Álvarez, José Ignacio; Sarmentero Prieto, José Carlos; Sánchez González, Javier; Velasco López, Rosalía; Bailón Cuadrado, Martín; Plúa Muñiz, Katherine T.; Tejero Pintor, Francisco J

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La situación clínica basal de los pacientes podría influir para desestimar el abordaje mini-invasivo, para indicar la conversión y para incrementar las complicaciones posquirúrgicas.

Objetivos: Analizar datos demográficos, tipo de patologías, tipo de procedimiento y comorbilidad basal como predictores de la indicación de abordaje mini-invasivo y del curso postoperatorio en la serie inicial de pacientes intervenidos por un cirujano joven.

Métodos: Estudio observacional tipo casos y controles con recogida de datos prospectiva, incluyendo consecutivamente todos los pacientes intervenidos entre mayo 2017 y marzo 2018 por un único cirujano joven o residentes a su cargo. Variables objeto de estudio: edad, sexo, IMC, neoplasia, procedimiento urgente o electivo, comorbilidad basal (índice de Charlson y Charlson-Age). Se realizó un análisis estadístico inicial buscando variables asociadas con la indicación de abordaje laparoscópico y de conversión. Tras seleccionar el subgrupo de individuos de abordaje laparoscópico, se analizó la asociación estadística de dichas variables con la necesidad de ingreso en Reanimación tras la intervención, aparición de complicaciones globales y graves (Clavien ? III) durante el ingreso. Se obtuvieron curvas ROC y sus áreas bajo la curva (AUC) para seleccionar las variables de mayor influencia sobre los resultados. Se comparó la tasa de complicaciones entre el grupo laparoscópico y el abierto. SPSS v24.

Resultados: 100 pacientes (edad media = $60,5 \pm 17,7$ años, 56% varones). La variable IMC fue desestimada dada la elevada tasa de pérdidas. Media Charlson = $0,65 \pm 1,2$. Media Charlson-Age = $2,38 \pm 2,0$. Procedimientos laparoscópicos 45%, conversión 11,1% (n = 5). Sin diferencias significativas en la indicación de este abordaje para sexo ni cirugía urgente/electiva. La indicación laparoscópica fue estadísticamente inferior ante patología oncológica (7,1% vs 51,8%, p = 0,003), edad más avanzada (8,9 años de media más jóvenes en pacientes sometidos a laparoscopia, p = 0,012) y mayor comorbilidad basal (0,62 y 1,4 puntos de media inferior para el Charlson y el Charlson-Age en pacientes sometidos a laparoscopia, p = 0,01 y p = 0,001, respectivamente). Curva ROC con mayor AUC para Charlson-Age = 0,674 (IC95% = 0,569-0,779). Únicamente el índice de Charlson presentó una tendencia al alza entre los pacientes con conversión ($0,8 \pm 1,1$ vs $0,25 \pm 0,6$, p = 0,08). La cirugía urgente presentó un 20% de conversión, frente al 4% de la electiva, aunque sin alcanzar la significación. Subgrupo de procedimientos laparoscópicos: complicaciones globales 33%, graves 0%. Conversión y Charlson elevado se asociaron a ingreso en Reanimación (60% vs 0%, p = 0,001 y $1,33 \pm 1,16$ vs $0,24 \pm 0,6$, p = 0,005). Curva ROC con mayor AUC para la conversión = 0,976

(IC95% = 0,931-1,000). Las complicaciones globales no presentaron asociación estadística con ninguna variable. Para procedimientos urgentes, hubo menos complicaciones graves en el grupo laparoscópico (0% vs 24%, $p = 0,027$). Resto, sin diferencias significativas.

Conclusiones: La indicación laparoscópica es elevada y la tasa de conversión aceptable, teniendo en cuenta las características de la serie. La cirugía urgente por laparoscopia se asoció a menor tasa de complicaciones graves. Edad, patología oncológica y mayor comorbilidad basal supusieron mayor indicación de cirugía abierta, siendo un elevado Charlson-Age el factor más determinante. Los índices de comorbilidad no se asociaron con la aparición de complicaciones.