



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-090 - INSERCIÓN LAPAROSCÓPICA DEL CATÉTER DE DIÁLISIS PERITONEAL: ESTUDIO COMPARATIVO CON LA TÉCNICA ABIERTA

González Vinagre, Salustiano; Barreiro Morandeira, Francisco; González Rodríguez, Francisco; Vidal Herrador, Beatriz; Fernández Fernández, Estefanía; Prieto González, Luis; Montenegro Romero, Ricardo; Bustamante Montalvo, Manuel

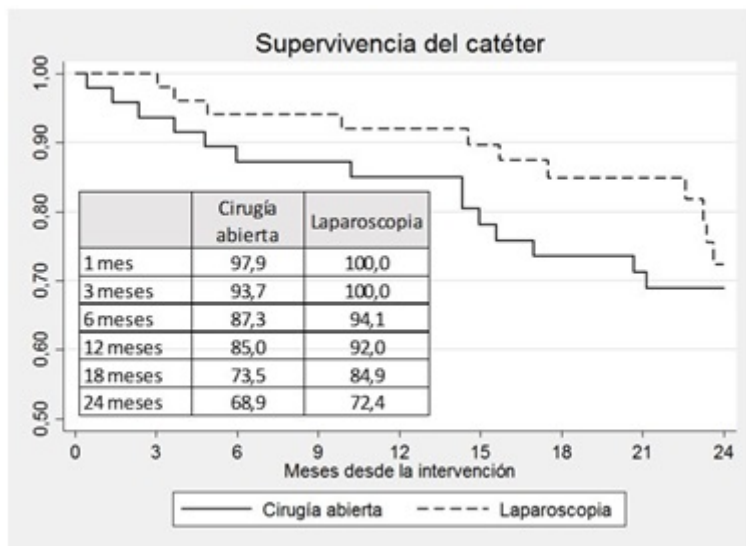
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago, Santiago de Compostela.

### Resumen

**Objetivos:** 1. Comparar las dos técnicas quirúrgicas de posicionamiento del catéter de diálisis peritoneal (abierta y laparoscópica) en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). 2. Estudiar: a) Si la implantación laparoscópica de los catéteres de diálisis peritoneal es más rápida que la implantación mediante cirugía abierta; b) Si la implantación laparoscópica de los catéteres de diálisis peritoneal presenta menor tasa de complicaciones (tasa de fugas, hernias y peritonitis) y permite la realización simultánea de otros procedimientos quirúrgicos; c) Si la implantación laparoscópica de los catéteres de diálisis peritoneal permite el inicio de la DP en un plazo menor que la cirugía abierta; d) Si la supervivencia del catéter implantado por vía laparoscópica es igual o mayor que el implantado por vía abierta; e) Si la tasa de ambulatorización es similar en ambos procedimientos.

**Métodos:** Estudio retrospectivo observacional de 102 pacientes a los que se insertó un catéter de DP mediante cirugía abierta (GA, n = 51) o laparoscópica (GL, n = 51). Se compararon las características de los grupos mediante la prueba exacta de Fisher (variables cualitativas) y con la prueba U de Mann-Whitney (variables continuas). Se analizó la incidencia de los siguientes desenlaces: inicio de diálisis peritoneal, fugas, hernias, peritonitis y fallo del catéter. En función de la variable, calculamos tasas de incidencia por 1.000 personas-día o 1.000 personas-año. En todos los casos calculamos tasas y razones de tasas del GL comparado con el GA. Las curvas de tiempo hasta el desenlace (diálisis) o tiempo libre de desenlace (resto) se estimaron por el método de Kaplan-Meier y se compararon mediante la prueba de log-rank. Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación.

**Resultados:** GA/GL: edad (años) 50,7 (17-83)/53,1 (19-81); sexo (mujer/hombre) 23-28/23-28; ASA-I 3/0, ASA-II 8/8, ASA-III 37/40, ASA-IV 3/3. Tiempo operatorio (min) 33,1 (15-75)/38,9 (15-105); procedimientos asociados 17,6/39,2% (p = 0,027). Índice de sustitución 80,4/76,5%. Admisiones no planificadas 6,8/13,3%. Razón de tasa de fugas 4,97 (primer año), p = 0,03 y 3,52 (segundo año), p = 0,04. Razón de tasa de hernias 1,69 (primer año) y 0,88 (segundo año). Tasa de peritonitis por mil-años paciente 253,1/182,3 (primer año) and 278,6/216,3 (segundo año). Supervivencia del catéter a un año 85/92%.



**Conclusiones:** En la mayoría de las variables no encontramos diferencias estadísticamente significativas, aunque los resultados son mejores en el grupo laparoscópico. Ambos grupos son comparables, constituyen un subgrupo complejo dentro de los pacientes intervenidos en CMA y muestran un índice de sustitución y una tasa de pernocta no planificada aceptables. En el grupo laparoscópico se realizaron más procedimientos asociados sincrónicos que en el grupo abierto, la tasa de hernia postoperatoria fue similar, la tasa de fugas favoreció al grupo abierto, y la tasa de peritonitis y supervivencia del catéter favorecieron al grupo laparoscópico.