



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-313 - ESTABLECIMIENTO DE UN PROGRAMA DE COLECISTECTOMÍA PROGRAMADA EN RÉGIMEN DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA (CMA): ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

García del Álamo Hernández, Yaiza; de La Hoz Rodríguez, Ángela; Rocío, Maqueda González; Martínez-Cecilia, David; Gijón Moya, Fernando; Delgado Búrdalo, Livia; Blanco Terés, Lara; Martín-Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Análisis retrospectivo de los resultados de colecistectomía laparoscópica (CL) en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA). Estudio de complicaciones precoces (30 días), tasa de cumplimiento y factores de riesgo de ingreso hospitalario.

Métodos: Se incluyeron pacientes intervenidos de CL en CMA entre 2018-2021. Se analizaron: variables demográficas y comorbilidades, indicación quirúrgica, realización preoperatoria de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), variables intraoperatorias y seguimiento en el primer mes. Se realizó un análisis descriptivo de la muestra y un estudio analítico de los factores relacionados con el fracaso del régimen de CMA.

Resultados: Se incluyeron 300 pacientes, 73% mujeres, con una edad media de $50,4 \pm 1,8$ años. Respecto a las comorbilidades: 53 (18%) presentaron hipertensión arterial, 21 (7%) diabetes *mellitus*, 21 (7%) obesidad, 9 (3%) patología pulmonar, 3 (1%) cardiopatías y 3 (1%) enfermedad renal crónica (ERC). Ningún paciente tomaba tratamiento anticoagulante, 56 (19%) presentaron antecedente de cirugía abdominal previa y 44 (15%) se sometieron preoperatoriamente a una CPRE. Las principales indicaciones quirúrgicas fueron: 228 (76%) cólicos biliares, 28 (9%) pancreatitis biliares, 21 (7%) colecistitis agudas, 9 (3%) colangitis y 9 (3%) pólipos vesiculares. El 10% de las cirugías se realizaron durante la tarde. En 197 pacientes se asoció anestesia locorregional intraoperatoria para control del dolor: en 134 (45%) se realizó infiltración de las incisiones y en 63 (21%) bloqueo del plano transversal del abdomen (TAP). La sección del conducto cístico se realizó mayoritariamente con clips metálicos (64%). La tasa de complicaciones intraoperatorias fue 1,3% (n = 4): dos sangrados, una decapsulación hepática y una fuga biliar del lecho hepático; todas clasificadas como Clavien Dindo I-II. Existió conversión a cirugía abierta en los dos (0,7%) pacientes con síndrome de Mirizzi y fístula colecistoduodenal. La tasa de fracaso de CMA (necesidad de ingreso) fue del 17% (n = 50), siendo la principal causa la cirugía de tarde, en un 26% (n = 13). Otros motivos fueron el dolor posoperatorio, 16% (n = 8); las complicaciones intraoperatorias, 14% (n = 7) y las náuseas, 12% (n = 6). Entre los factores de riesgo independientes (análisis multivariante) asociados al fracaso del régimen de CMA se encontraron: la obesidad (15 vs. 32%, p = 0,032), y la intervención de tarde (11 vs. 67%, p = 0,001). La CPRE preoperatoria solo obtuvo significación estadística en el análisis univariante (14 vs. 30%, p = 0,01). Veintidós pacientes (7%) consultaron en urgencias destacando 10 por dolor (3%) y 6 (2%) por infección de herida superficial. Hubo cuatro (1,3%) reingresos: tres coledocolitiasis residuales y un dolor posquirúrgico mal controlado.

Conclusiones: La CL como CMA es beneficiosa y segura en pacientes seleccionados, contando con una elevada tasa de éxito. También permite una mejor gestión de los recursos hospitalarios. En este estudio, su fracaso se relacionó con la realización de la cirugía de tarde y la obesidad.