



O-228 - ¿ES POSIBLE REDUCIR LA ESTANCIA DE LA COLECISTECTOMÍA PRECOZ POR COLECISTITIS AGUDA OPTIMIZANDO POLÍTICAS DE TRATAMIENTO Y SUPERVISIÓN POSTOPERATORIA?

I. Fernández Burgos, J.M. Aranda Narváez, C. Montiel Casado, A.J. González Sánchez, N. Marín Camero, B. García Albiach, C. Rodríguez Silva, J.A. Blanco Elena, C. Pérez Ruiz y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Exceptuando pacientes inoperables o con largo tiempo de evolución del cuadro inflamatorio, la colecistectomía precoz con intención laparoscópica es la opción terapéutica más aceptada en términos de coste-eficacia y seguridad para la colecistitis aguda (CA). Como patología urgente de máxima prevalencia, una vía clínica que introduzca adecuados criterios de selección de pacientes con indicación quirúrgica y directrices de tratamiento y supervisión postoperatoria debe permitir una reducción de la estancia. Presentamos un estudio para evaluar esta afirmación tras la introducción de una vía clínica en nuestro centro, así como para determinar qué factores influyen sobre la misma.

Métodos: Estudio observacional analítico de cohortes, sobre una base de datos prospectiva de pacientes intervenidos por CA con colecistectomía precoz (durante el ingreso por episodio agudo) con intención laparoscópica, durante un periodo de 5 años (enero 2008-diciembre 2012) (N = 533), en el Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Se determinaron dos subperiodos (2008-10: N1: 335; 2011-12: N2: 198), marcados por el desarrollo y la implantación durante el segundo periodo de una vía clínica elaborada en base a la evidencia para el tratamiento de la CA, disponible desde la intranet del centro. Variable resultado: estancia postoperatoria. Variables predictoras: edad, sexo, ASA, estadio evolutivo de la CA, vía de abordaje, drenaje y morbilidad. Análisis estadístico: software SPSS. Análisis descriptivo y de homogeneidad mediante estimadores habituales. Análisis bivariante mediante t de Student o χ^2 y multivariante mediante regresión lineal múltiple, considerando como estadísticamente significativos resultados con $p < 0,05$.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos en edad, sexo, ASA y presentaciones evolucionadas de CA. Durante el segundo periodo se obtuvo una significativamente menor tasa de acceso abierto y conversión (N1: 20%/12%; N2: 7%/7%; $p < 0,00$) y el empleo del drenaje fue significativamente menor (N1: 63%; N2: 36%; $p < 0,00$). La morbilidad fue similar en ambos periodos (N1: 17%; N2: 17%; ns). La mediana de la estancia postoperatoria fue significativamente menor tras la introducción del protocolo (N1: 4 días; N2: 3 días; $p < 0,00$), sin afectar e incluso descendiendo la tasa de reingresos (N1: 6%; N2: 3%; ns). Edad, sexo, ASA y estadio evolutivo de la CA no influyen significativamente sobre la estancia en ninguno de los dos periodos, mientras que ser intervenido por vía abierta o precisar conversión (N1: $p < 0,01$; N2: $p < 0,008$), la colocación de drenaje (N1: p

< 0,01; N2: $p < 0,04$) y sobre todo la presencia de morbilidad postoperatoria (N1: $p < 0,00$; N2: $p < 0,00$) fueron los principales condicionantes de la estancia antes y después de la introducción del protocolo.

Conclusiones: La introducción de una vía clínica para el tratamiento de la CA permite reducir la estancia postoperatoria de la colecistectomía precoz sin aumentar morbilidad ni reingresos. Mejorando la selección de candidatos a cirugía se consigue disminuir el porcentaje de indicaciones de acceso abierto, la necesidad de conversiones y los drenajes innecesarios.