



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-246 - IMPACTO DEL ÍNDICE DE CONVERSIÓN, SOBRE LA MORBIMORTALIDAD POSOPERATORIA Y LA ESTANCIA HOSPITALARIA, EN PACIENTES INTERVENIDOS DE URGENCIA POR COLECISTITIS AGUDA VIA LAPAROSCÓPICA

Castán Villanueva, Néstor; Borrego Estella, Vicente Manuel; Domingo Bretón, María; Delfau Lafuente, Daniel; Valero Lázaro, Isabel; Soriano Liébana, Mar; Lete Aguirre, Noelia; Carramiñana Nuño, Rubén

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento de elección de la litiasis biliar sintomática y sus complicaciones (incluyendo colecistitis aguda-CA). La CL se encuentra entre las primeras causas de intervención quirúrgica a nivel mundial, con un alto consumo de recursos, aumentado al convertir a cirugía abierta. Son muchos los estudios que abordan la conversión durante la CL, pero pocos la analizan en pacientes operados de urgencia con CA, donde el riesgo de conversión es mayor por el componente inflamatorio-adherencial-fibroso.

Objetivos: Evaluar en un hospital de tercer nivel y en pacientes intervenidos de urgencia por CA vía laparoscópica si la conversión a cirugía abierta influye sobre la morbimortalidad posoperatoria y la estancia hospitalaria.

Métodos: Estudio retrospectivo con 237 pacientes diagnosticados de CA según las Tokyo Guidelines (TG18), intervenidos de urgencia vía laparoscópica. División en dos cohortes: Grupo Cirugía Laparoscópica (n = 199; 83,9%) versus Grupo Conversión (n = 38; 16,1%). Comparamos: antecedentes médico-quirúrgicos, morbimortalidad posoperatoria y estancia media. Las complicaciones posoperatorias (incluyendo mortalidad) se definieron a 90 días según clasificación Clavien-Dindo. Criterios de exclusión: cirugía abierta de entrada, cólicos biliares sin colecistitis, colangitis asociada, coledocolitiasis asociada, pancreatitis aguda moderada/grave asociada y naturaleza neoplásica. Programa estadístico Stata®. Variables cuantitativas: medida de tendencia central (media/mediana) y medida de dispersión (desviación típica/recorrido intercuartílico) con intervalo confianza al 95% (IC_{95%}). Variables cualitativas: valores absolutos-frecuencias/porcentajes. Test contraste hipótesis variables cuantitativas: test t Student-Fisher/análisis varianza-ANOVA/pruebas U-Mann-Whitney/Kruskal-Wallis; variables cualitativas: Test χ^2 . Consideramos un valor p < 0,05 como estadísticamente significativo. Todas las variables con p < 0,100 fueron incluidas en análisis multivariante mediante modelo regresión logística binaria seleccionando razón de riesgo (Odds ratio [OR]) e IC_{95%}.

Resultados: Índice de conversión del 16,1% (38/237 pacientes). Edad media 66,1 ± 16,9 años. Los resultados señalaron la edad avanzada, como el único factor preoperatorio independiente asociado con la conversión, tanto en el análisis univariante (64,2 vs. 75,9 años, p = 0,001) como multivariante

(OR = 1,03, IC_{95%} = 1,01-1,07, p = 0,027). La presencia cardiopatías o toma de Antiagregantes/Anticoagulantes, fueron más frecuentes en el grupo convertido que en el laparoscópico (26,3 vs. 12,1% y 23,7 vs. 11,1%; p = 0,022 y p = 0,034 respectivamente). La conversión empobreció los resultados en términos de morbilidad (60,5 vs. 19,6%, p < 0,001), a expensas de un mayor número de complicaciones “mayores” en el grupo convertido (grados III y IV de Clavien; 34,8 vs. 12,8%, p = 0,031), mortalidad (10,5 vs. 3%, p = 0,035), estancia hospitalaria (14,4 vs. 6,4 días, p < 0,001) y reingresos (14,7 vs. 2,1%, p < 0,001). No obstante, la conversión solo se asoció de forma claramente independiente con la morbilidad (OR = 3,68, IC_{95%} = 1,53-8,82, p = 0,004), y casi alcanzando la significación estadística con la estancia media (OR = 1,03, IC_{95%} = 0,99-1,07, p = 0,091).

Conclusiones: En nuestro hospital de tercer nivel, la CL urgente en pacientes diagnosticados de CA se mostró como una técnica factible y segura respetando los estándares de calidad actuales en base al índice de conversión, morbimortalidad posoperatorias y la ausencia de lesiones iatrogénicas vasculares y/o biliares. La edad fue el único factor pronóstico preoperatorio independiente asociado a la conversión. La conversión provocó más morbilidad pero no se pudo confirmar que produjese una estancia hospitalaria más prolongada, más reingresos y más mortalidad.