



***Fast-track* o cirugía mayor ambulatoria en la colecistectomía laparoscópica. ¿Ha cambiado algo?**

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el reciente editorial del Dr. Kehlet¹ donde hace una valoración de las realidades y las dificultades de la llamada *fast-track surgery*. Por otra parte, la colecistectomía laparoscópica (CL) es hoy día la técnica de elección para tratar las enfermedades de la vesícula biliar y paulatinamente se busca simplificar su sistema de forma que resulte más eficaz y más sencilla tanto para el paciente como para el cirujano². Progresivamente aumenta el número de procedimientos que se realizan en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) buscando la eficiencia, pero sin dejar de lado la seguridad^{3,4}. La CL no ha estado ajena a esto y asistimos a un incremento en las comunicaciones que muestran que puede incluirse esta cirugía mínimamente invasiva en la CMA o en corta estancia⁵. Por otra parte, se nos ofrece otra posibilidad dentro de esta línea, como el *fast-track*, que engloba algo más que la anestesia-analgésia multimodal porque contempla un protocolo de actuación que arranca con una buena selección e información de los pacientes.

Después de haber seguido durante algún tiempo aplicando la CMA como pauta de actuación en la CL, hemos continuado por aplicar un modelo de *fast-track* y querríamos valorar lo que nos ha aportado. Durante el año 2005 se realizaron 172 CL, por protocolo se pudo incluir como candidatos a CMA a 106 pacientes y realmente se completó en 58, lo que supone un 54,7%. Durante el año 2006 fueron 161 CL, de las que se incluyeron en *fast-track* 113, se completó en 76; por tanto, la resolución fue del 58,4%. Los resultados (edad, sexo, ASA, POSSUM, colelitiasis sintomática como indicación, tiempo anestésico, tiempo quirúrgico, dolor y vómitos postoperatorios, horas de estancia e ingresos no programados) fueron similares en ambos grupos. Las diferencias cuantitativas, por tanto, no son importantes evidentemente. Pero sí se han modificado ciertas pautas de actuación que pueden resultar útiles.

En cuanto al régimen de CMA (se excluye la corta estancia, se interviene al paciente por la mañana y abandona el hospital por la tarde), hemos seguido los protocolos que están ampliamente aceptados. Para desarrollar el *fast-track* contamos con la colaboración de la unidad de anestesiología que participa de la selección de los pacientes y aplica protocolos estandarizados de prevención del dolor y de los vómitos postoperatorios en su procedimiento anestésico. Si era preciso, en recuperación, se administraban 2 g de metamizol iv o 4 mg de ondansetrón iv para tratar estas dos situaciones. El proceso se completaba en la sala

de la unidad de CMA con una precoz sedestación, ingesta líquida a las 4 h, valoración de la recuperación según la escala de Aldrete modificada e índice de alta postanestésica al domicilio. Eran motivo de ingreso: intervención prolongada y dificultosa, inestabilidad hemodinámica, dolor incontrolable, vómitos y la negativa del paciente al alta.

La actuación del cirujano se ha visto modificada en pequeños pero significativos matices, como: comenzar por una correcta selección de los pacientes según su clínica previa y escalas de colecistectomía potencialmente difícil, consentimiento informado específico y aceptación del procedimiento, abordaje mediante 3 trócares y óptica de 5 mm preferentemente, técnica quirúrgica cuidadosa con hemostasia rigurosa y comprobación de la integridad de la vía biliar principal. Por último, la infiltración con anestesia local (ropivacaína) de los orificios de entrada. El cirujano también participa del seguimiento postoperatorio de una forma directa y es quien da el alta definitiva.

No hemos encontrado diferencias entre la aplicación de un protocolo de CMA y *fast-track* en lo que se refiere al número de pacientes que se puedan beneficiar de estos procedimientos, pero sí ha significado, tanto una como otra, un importante cambio en su manejo, expresado en términos de rigor y control en todos los pasos que se dan para la correcta resolución de una colecistectomía realizada por laparoscopia.

**Rafael Rosado^a, Pedro Medina^a, Susana Mezquita^a,
Andrés Gallardo^a, Francisco Huertas^a, Diego Ramírez^a,
Sebastián Perales^b y Juan Antonio Redondo^b**

^aServicio de Cirugía General. Hospital Huércal-Overa.
Almería. España.

^bServicio de Anestesiología. Hospital Huércal-Overa.
Almería. España.

Bibliografía

1. Kehlet H. Fast track surgery: realidades y dificultades. *Cir Esp.* 2006;80:187-8.
2. Bueno Lledo J, Planells Roig M, Arnau Bertomeu C, Sanahuja Santafe A, Oviedo Bravo M, Garcia Espinosa R, et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a new gold standard for cholecystectomy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006;98:14-24.
3. Vuilleumier H, Halkic N. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: implementation and audit of 136 consecutive cases in a university hospital. *World J Surg.* 2004;28:737-40.
4. Topal B, Peeters G, Verbert A, Penninckx F. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increases hospital. *Surg Endosc.* 2007; Jan 20 on line.
5. Morales Garcia D, Martin Oviedo J, Garcia Somacarrera E, Cagigas de la Piedra MA, Naranjo Gomez A. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Rev Esp Enferm Dig.* 2006;98:395.