



Original

Colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Estudio de cohortes de 1.600 casos consecutivos

Manuel Planells Roig^{a,*}, Rafael Garcia Espinosa^a, María Cervera Delgado^a,
Francisco Navarro Vicente^a, Miguel Carrau Giner^b, Ángel Sanahuja Santafé^a
y Consuelo Arnal Bertomeu^b

^a Instituto de Cirugía y Aparato Digestivo (ICAD), Clínica Quirón de Valencia, Valencia, España

^b Unidad de Anestesia, ICAD, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 25 de diciembre de 2011

Aceptado el 1 de agosto de 2012

On-line el 14 December 2012

Palabras clave:

Colecistectomía laparoscópica
ambulatoria
Cirugía mayor ambulatoria
Colecistectomía laparoscópica
coste-efectiva

RESUMEN

Objetivo: Describir la experiencia de nuestro grupo en colecistectomía laparoscópica ambulatoria en una cohorte de 1.600 casos consecutivos realizados en el Instituto de Cirugía y Aparato (CLA) Digestivo (ICAD) en la Clínica Quirón de Valencia durante el período 1997-2010. **Pacientes y método:** Estudio prospectivo, observacional de 1.601 pacientes consecutivos remitidos para colecistectomía laparoscópica, procedentes de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) y compañías aseguradoras privadas (CAP).

Principales medidas de resultados: se evalúan los resultados con el análisis de índice de sustitución, tasa de ingresos no planeados, reingresos, estancia postoperatoria, duración de intervención y factores demográficos.

Resultados: El índice de sustitución de la serie fue de 80,8% con un porcentaje de pacientes intervenidos en régimen de estancia over-night (EON) de 13,4% y un porcentaje de ingresos en hospitalización convencional de 4,6%. La mortalidad de la serie fue de 0,13%, 0,08 en el grupo de CLA y 0,5% en el grupo de CL con EON. El índice de reingresos fue de 2,1% en la serie global, 1,6% en los pacientes ambulatorios, 5,4% en los pacientes con EON y 4,2% en los pacientes ingresados.

Conclusiones: La CLA es un procedimiento seguro y fiable. La reducción en la necesidad de ingreso de los pacientes es fundamental en la optimización coste efectividad del procedimiento de colecistectomía. La CLA debería ser considerada como el patrón oro del tratamiento de la colelitiasis sintomática.

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Ambulatory laparoscopic cholecystectomy. A cohort study of 1,600 consecutive cases

A B S T R A C T

Objective: A descriptive analysis of day-case laparoscopic cholecystectomy (ALC) in a cohort of 1,600 consecutive patients performed in Instituto de Cirugía y Aparato Digestivo (ICAD), Clínica Quirón de Valencia in the period 1997-2010.

Keywords:

Ambulatory laparoscopic
cholecystectomy

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: planells_mvi@gva.es (M. Planells Roig).

0009-739X/\$ - see front matter © 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.08.009>

Ambulatory surgery
Cost-effective laparoscopic
cholecystectomy

Patients and methods: Prospective observational study of 1,601 consecutive patients undergoing elective laparoscopic cholecystectomy (LC) provided by the regional health service and private health companies.

Main measures: Conversion rate, non-planned admissions, readmissions, surgery duration and demographics.

Results: ALC was successfully performed in 80.8% of cases. LC with over-night (ON) stay accounted for 13.4% of patients. Admission was necessary in 4.6%. Mortality was 0.13%, 0.08 in ALC and 0.5% in ON LC. Readmissions occurred in 2.1%, 1.6% in ALC group, 5.4% in ON stay and 4.2% in admission group.

Conclusions: ALC is a reliable and safe procedure. Minimization of admission rates is the key for cost-effective optimization in the management of cholelithiasis. ALC should be considered as the reference standard in gallbladder stone disease treatment.

© 2011 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La colecistectomía es la cirugía mayor más frecuente de un servicio de cirugía general, considerada un proceso «trazador» por su prevalencia, repercusión poblacional, elevada variabilidad clínica y sustancial consumo de recursos, representando la calidad global de un servicio de cirugía¹. En nuestro país el número de colecistectomías laparoscópicas (CL) anuales alcanza 31.000 casos, igualando ya al número de hernioplastias inguinales².

Desde la introducción por Muhe de la CL³ y la controversia que causó⁴, solo pasaron 4 años hasta su desarrollo como procedimiento ambulatorio (CLA)^{5,6} en 1990, surgiendo un nuevo debate sobre su adecuación como procedimiento ambulatorio⁷ pese a su progresiva extensión.

El incremento en el gasto sanitario y la presión social y política para mejorar la eficiencia quirúrgica convierte en atractiva aunque desafiante la CLA. La crisis económica, al igual que en 1977, impulsó la cirugía mayor ambulatoria (CMA) aunando calidad asistencial y racionalización del gasto⁸ y, hoy en día, supone una oportunidad para el sistema sanitario⁹ de fomentar la CLA disminuyendo costes, elevando la calidad asistencial y manteniendo prestaciones, contribuyendo a la sostenibilidad del mismo.

El objeto de este estudio es describir la experiencia acumulada por nuestro grupo después de 14 años de la práctica de CLA en un conjunto de 1.600 pacientes consecutivos.

Material y métodos

Estudio prospectivo, observacional, controlado, descriptivo no aleatorizado de 1.601 pacientes consecutivos sometidos a CLA durante un periodo de 14 años (1997 a 2010).

Los pacientes procedían de la Agencia Valenciana de Salud (AVS) (plan de choque contra las listas de espera) y compañías aseguradoras privadas (CAP).

Las intervenciones quirúrgicas se realizaron sin infraestructura específica, tipo unidad de cirugía sin ingreso, utilizándose como unidad de recuperación postanestésica el área adyacente al quirófano y como sala de adaptación al medio el hospital de día, esto es: CMA integrada en el bloque quirúrgico y en hospitalización de día.

Los cirujanos incluidos durante el periodo analizado fueron 7 con diferentes niveles de experiencia en CL aunque las combinaciones de los mismos fueron homogéneas y compensadas.

Se incluyó a pacientes referidos para colecistectomía electiva independientemente de la existencia previa de colelitiasis complicada (colecistitis aguda, pancreatitis biliar o ictericia-coledocolitiasis sometida previamente a colangiopancreatografía-retrograda endoscópica y esfinterotomía endoscópica (ERCP-EE). El examen preoperatorio incluye pruebas funcionales hepáticas y ecografía hepatobiliar reciente. En pacientes con alteraciones sugestivas de coledocolitiasis¹⁰, la colangiorresonancia (CRMN) preoperatoria es obligatoria. La indicación de colangiografía intraoperatoria se basa en hallazgos dudosos en la CRMN. Solo se estima la ERCP-EE preoperatoria en casos documentados de coledocolitiasis por CRMN. La ERCP-EE postoperatoria es practicada en caso de síntomas de coledocolitiasis residual (CDLR), una vez establecido el diagnóstico por CRMN o en caso de que la colangiografía intraoperatoria sea diagnóstica de coledocolitiasis.

Los pacientes ingresan la mañana de la intervención. El procedimiento anestésico incluyó minimización de opiáceos, uso selectivo de antieméticos en casos de ERGE/H hiato e intubación nasogástrica sistemática, retirándose al finalizar la intervención.

La técnica quirúrgica incluyó 4 trocares y diferentes regímenes de bloqueo anestésico preventivo de heridas quirúrgicas (bloqueo parietal) e intraperitoneal (bloqueo visceral) con anestésicos locales con el fin de conseguir un bloqueo somato-visceral óptimo¹¹.

La disección hiliar se practicó siguiendo los principios del critical view safety (CVS) de Strasberg¹² y la sistemática identificación del sulcus de Rouviere¹³. Antes del pinzamiento-sección se procedió a la colecistectomía de fondo a cuello con el fin de dejar «colgando» los elementos hiliares para máxima seguridad (hanging manouver). Al final del procedimiento se practicó un exhaustivo lavado-aspiración del área subhepática y subfrénica, inundándose con SF para la inspección bajo agua de lecho e hilio hepático (diving manouver) a fin de evidenciar la más mínima hemorragia o fuga biliar. Se minimizó la utilización de hemostáticos locales y la utilización de drenaje.

La extracción se realizó sin bolsa salvo casos de colecistitis, empiema, lesión polipoidea de vesicular biliar mayor de 0,5 cm o pared vesicular sospechosa de neoplasia. Se practicó el cierre

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252889>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252889>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)