

MANEJO AMBULATORIO VS. NO AMBULATORIO DE LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCÓPICA POR LITIASIS VESICULAR. ESTUDIO PROSPECTIVO, COMPARATIVO

ALAN HERRERA ¹

LUIS LEVEL C ²

BARBARA GOYO ¹

ALEJANDRO REYES ¹

STEPHANIE SIRVENT ¹

AMBULATORY VS. NON-AMBULATORY MANAGEMENT OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY FOR GALLSTONES: A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY

RESUMEN

La colecistectomía laparoscópica (CL) se ha realizado de forma rutinaria desde 1989 y ahora se considera el tratamiento “estándar de oro” para los cálculos biliares sintomáticos y la colecistitis aguda. La rápida recuperación después de la CL y la mejora del manejo postoperatorio han llevado a una estancia hospitalaria progresivamente más corta. **Objetivo:** comparar el manejo ambulatorio vs el manejo no ambulatorio de pacientes electivos, sometidos a colecistectomía laparoscópica por diagnóstico de litiasis vesicular. **Métodos:** Estudio comparativo prospectivo, no aleatorizado. La muestra estuvo conformada por 59 pacientes operados de colecistectomía laparoscópica en el servicio de cirugía 1 del hospital Dr. Miguel Pérez Carreño en el periodo comprendido entre junio y octubre del 2023. **Resultados:** Hubo un 80,65% y 73,08% del sexo femenino en el grupo no ambulatorio y ambulatorio respectivamente. En relación a la edad, el peso, la talla y el tiempo quirúrgico no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. La estancia hospitalaria postoperatoria tuvo un promedio de 33,91±7,28 horas en el grupo no ambulatorio vs 10,38±2,02 horas en el grupo ambulatorio con valor de $p=0,000001$, siendo una variable estadísticamente significativa. En cuanto a las complicaciones registramos 2 pacientes que representan 6,06% en el grupo no ambulatorio y 1 paciente que representa 3,85% en el grupo ambulatorio con un valor de p de 0,27. **Conclusión:** No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a las complicaciones, demostrando que la cirugía ambulatoria es un enfoque seguro y aplicable que podría optimizar recursos en nuestra práctica diaria.

Palabras clave: Colecistectomía laparoscópica, cirugía ambulatoria, litiasis vesicular, cálculos biliares

ABSTRACT

Laparoscopic cholecystectomy (LC) has been routinely performed since 1989 and is now considered the “gold standard” treatment for symptomatic gallstones and acute cholecystitis. The rapid recovery post-LC and the improvement in postoperative management have led to a progressively shorter hospital stay. **Objective:** To compare ambulatory versus non-ambulatory management of elective patients undergoing laparoscopic cholecystectomy for gallstone diagnosis. **Methods:** A prospective, non-randomized comparative study. The sample consisted of 59 patients who underwent laparoscopic cholecystectomy at the surgery department 1 of Dr. Miguel Pérez Carreño hospital between June and October 2023. **Results:** There were 80.65% females in the non-ambulatory group and 73.08% in the ambulatory group, respectively. In terms of age, weight, height, and surgical time, there were no statistically significant differences between the groups. The postoperative hospital stay averaged 33.91±7.28 hours in the non-ambulatory group versus 10.38±2.02 hours in the ambulatory group with a p -value of $p=0.000001$, which was statistically significant. Regarding complications, we recorded 2 patients representing 6.06% in the non-ambulatory group and 1 patient representing 3.85% in the ambulatory group with a p -value of $p=0.27$. **Conclusion:** There were no differences between the groups in terms of complications, demonstrating that ambulatory surgery is a safe and applicable approach that could optimize resources in our daily practice.

Key words: Laparoscopic cholecystectomy, ambulatory surgery, gallstone disease, gallstones

1. Médico Cirujano. Residente de servicio de cirugía general Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas – Venezuela. Correo-e: Alnreram@gmail.com
2. Cirujano General. Jefe servicio de cirugía general Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño. Caracas – Venezuela

Recepción: 22/03/2024
Aprobación: 17/06/2024
DOI: 10.48104/RVC.2024.77.1.11
www.revistavenezolanadecirugia.com

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica (CL) se ha realizado de forma rutinaria desde 1989 y ahora se considera el tratamiento “estándar de oro” para los cálculos biliares sintomáticos y la colecistitis aguda.⁽¹⁻³⁾ Las ventajas demostradas en el postoperatorio de los pacientes colecistectomizados por vía laparoscópica frente a la tradicional técnica laparotómica ha llevado a que esta técnica se haya difundido ampliamente en la comunidad quirúrgica, presentando una rápida aceptación.⁽⁴⁾

La cirugía ambulatoria (CA) es definida como aquellos procedimientos quirúrgicos electivos, en que la admisión, la cirugía y el alta del paciente ocurren el mismo día, requiere una cuidadosa selección de pacientes y cirujas.⁽⁵⁾

La rápida recuperación después de la CL y la mejora del manejo postoperatorio han llevado a una estancia hospitalaria progresivamente más corta. Sin embargo, los incentivos económicos y los avances anestésicos y médicos han animado a los profesionales sanitarios a explorar la opción de llevar a cabo una parte importante de estos procedimientos de forma ambulatoria.⁽⁶⁾ Aunque muchos estudios recientes demostraron que la colecistectomía laparoscópica como procedimiento de cirugía ambulatoria es segura y factible, así como rentable, no es universalmente aceptada y este concepto aún se debate en muchos países. Por estas razones, la CL ambulatoria se ha adoptado en los EE.UU. y en centros esporádicos del Reino Unido.⁽¹⁾

Los defensores de la cirugía ambulatoria argumentan que el sangrado importante después de la colecistectomía laparoscópica es un evento raro y que la lesión de la vía biliar se detecta en el momento de la cirugía o no hasta varios días después.⁽⁷⁾

distintos a litiasis vesicular, pacientes con comorbilidades, colecistectomía subtotal y conversión a cirugía abierta.

Todos los pacientes fueron intervenidos por vía laparoscópica, se excluyeron un total de 31 pacientes (22 por diagnóstico de colecistitis aguda, 6 por antecedentes quirúrgicos abdominales previos, 2 pacientes por procedimiento de colecistectomía subtotal laparoscópica y 1 paciente excluido por conversión a cirugía abierta), posteriormente se excluyeron 4 pacientes por fallas en el seguimiento. La muestra fue un total de 59 pacientes (Figura 1) a los cuales se les cumplió antibioticoterapia profiláctica con cefazolina 2gr 30min previo a la intervención quirúrgica, se realizó colecistectomía laparoscópica con insuflación de neumoperitoneo mediante técnica de Hasson a través de cicatriz umbilical con trocar de 12mm, trocar subxifoideo de 12mm, trocar de 5mm en región subcostal con línea medio clavicular y trocar de 5mm sub costal con línea axilar anterior, se realizó disección de ligamento hepatoduodenal, constatación de visión crítica de seguridad de Strasberg, ligadura de conducto cístico con 2 clip proximal y 1 clip distal de hemoclips (LT-300), ligadura de arteria cística con energía bipolar (Enseal), disección de vesícula de lecho hepático y retiro de pieza a través de trocar subxifoideo. Se cumplió analgesia postoperatoria con ketoprofeno 100mg cada 8 horas en todos los pacientes, se inició dieta líquida a tolerancia a las 2 horas del postoperatorio y se indicó deambulación temprana. En el grupo ambulatorio se indicó egreso médico antes de las 24 horas de hospitalización con estabilidad hemodinámica, tolerancia a la vía oral y deambulación efectiva. En el grupo no ambulatorio se mantuvo el paciente en hospitalización >24 horas garantizando tolerancia a la dieta completa y estabilidad hemodinámica. A ambos grupos se les realizó seguimiento durante un mínimo de un mes.

MÉTODOS

Estudio comparativo prospectivo, no aleatorizado, la población estuvo conformada por 94 pacientes operados de colecistectomía laparoscópica por residentes de 3^{er} año de cirugía general con la supervisión de un cirujano general adjunto, en el servicio de cirugía 1 del hospital Dr. Miguel Pérez Carreño en el periodo comprendido entre junio y octubre del 2023. El objetivo general fue determinar la factibilidad del manejo ambulatorio vs el manejo no ambulatorio de pacientes electivos, sometidos a colecistectomía laparoscópica por diagnóstico de litiasis vesicular. Tomamos en cuenta variables como edad, peso, talla, Índice de masa corporal (IMC), género, tiempo quirúrgico, horas de hospitalización postoperatoria y complicaciones estratificadas según Clavien Dindo y las comparamos entre ambos grupos. Se usó como criterio de inclusión: Pacientes entre 18 y 70 años de edad, con diagnóstico de litiasis vesicular, sin antecedentes quirúrgicos previos, los cuales firmaron consentimiento informado y se les realizó seguimiento mínimo de 1 mes postoperatorio. Criterios de exclusión: Pacientes embarazadas, diagnósticos

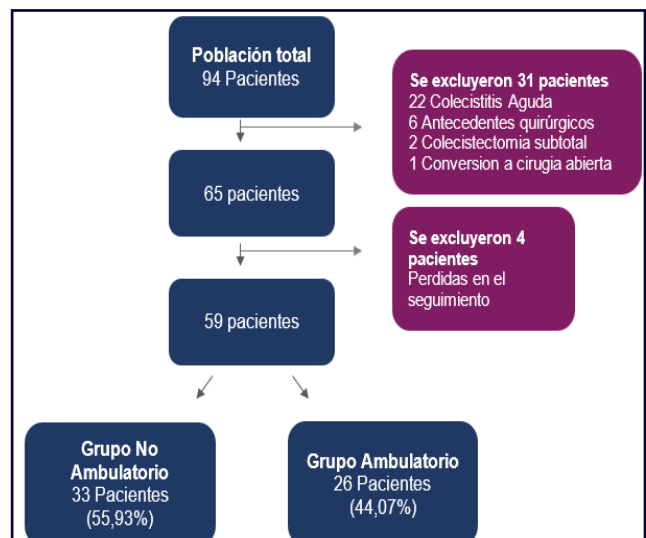


Figura 1. Distribución población/muestra

El análisis de datos se realizó utilizando Epiinfo 7TM así como el análisis estadístico, se calculó la media de las variables y se utilizó Bartlett's chi square y valor de p para realizar comparaciones entre

ambos grupos con punto de corte de $p < 0,05$ para variables estadísticamente significativas.

RESULTADOS

En lo que respecta a la distribución de edad y sexo, se registró una edad promedio de $51,63 \pm 13,56$ años en el grupo no ambulatorio y $54,38 \pm 13,56$ en el grupo ambulatorio con un valor de $p = 0,67$, sin diferencias estadísticas significativas. En relación al peso de los pacientes se registró una media de $69,49 \pm 12,89$ kg y $76,92 \pm 9,02$ kg en el grupo no ambulatorio y ambulatorio respectivamente con un valor de $p = 0,06$, en cuanto a la talla $1,63 \pm 0,10$ m en el grupo no ambulatorio y $1,65 \pm 0,07$ m en el grupo ambulatorio con un valor de $p = 0,2$. Se registro un IMC de $25,84 \pm 5,32$ kg/m² en el grupo no ambulatorio y $27,44 \pm 3,94$ en el grupo ambulatorio con un valor de p de $0,12$, sin diferencias estadísticas significativas en cuanto a los datos antropométricos de ambos grupos. (Tabla 1)

Tabla 1. Datos antropométricos			
Grupo	Convencional	Ambulatorio	Valor de P
Edad (años)	$51,63 \pm 13,56$	$54,38 \pm 13,56$	0,67
Peso (kg)	$69,49 \pm 12,89$	$76,92 \pm 9,02$	0,06
Talla (m)	$1,63 \pm 0,10$	$1,65 \pm 0,07$	0,2
IMC (kg/m ²)	$25,84 \pm 5,32$	$27,44 \pm 3,94$	0,12

En relación al género un 80,65% y 73,08% del sexo femenino en el grupo no ambulatorio y ambulatorio respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Género		
	Convencional	Ambulatorio
Masculino	6(19,35%)	7(26,92%)
Femenino	25(80,65%)	19(73,08%)

La media de tiempo quirúrgico en el grupo no ambulatorio fue de $60,67 \pm 13,58$ minutos (min) y $51,81 \pm 12,21$ min en el grupo ambulatorio sin diferencias estadísticas significativas entre ambos grupos (valor de $p = 0,58$). La estancia hospitalaria postoperatoria tuvo un promedio de $33,91 \pm 7,28$ horas en el grupo no ambulatorio vs $10,38 \pm 2,02$ horas en el grupo ambulatorio con valor de $p = 0,000001$, siendo una variable estadísticamente significativa. (Tabla 3)

En cuanto a las complicaciones registramos 2 pacientes que representan 6,06% en el grupo no ambulatorio y 1 paciente que representa 3,85% en el grupo ambulatorio con un valor

Tabla 3. Tiempo de hospitalización (horas)/ tiempo quirúrgico (min)			
Grupo	No Ambulatorio	Ambulatorio	Valor de P
Tiempo de Hospitalización	$33,91 \pm 7,28$	$10,38 \pm 2,02$	0,000001
Tiempo quirúrgico	$60,67 \pm 13,58$	$51,81 \pm 12,21$	0,58

de $p = 0,27$, sin diferencias estadísticamente significativas. (Tabla 4) Las 3 complicaciones registradas fueron infecciones de sitio quirúrgico superficial que ameritaron tratamiento médico (Grado II según Clavien Dindo). No hubo pacientes que acudieran a nuestro centro por consultas no planificadas, ni se registró reintervenciones.

Tabla 4. Complicaciones			
Grupo	Convencional	Ambulatorio	Valor de P
Complicaciones	6,06%	3,85%	0,27

DISCUSIÓN

El estudio prospectivo aleatorizado de H Subirana et al reportó 71% de los pacientes de género femenino y 29% masculino, similar a los reportados en nuestra investigación con predominio del sexo femenino. También reportaron una edad media de $46,8 \pm 11,5$ años y una media de IMC de $27,5 \pm 4$ kg/m², en cuanto al IMC reportaron cifras similares a las nuestras, también reportaron bajas cifras de dolor y complicaciones postoperatorias en ambos grupos, sin diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. ⁽⁸⁾

En el estudio observacional prospectivo de A Goulart et al, el tiempo medio del procedimiento fue de 58 min, con 2 admisiones no programadas. ⁽⁹⁾

El meta-análisis de K Gurusamy et al. reportó que los pacientes fueron dados de alta entre 4 y 8 h después de la cirugía en el grupo de casos ambulatorio, cifras inferiores a las nuestras con un promedio de 10,38 h. ⁽¹⁰⁾

En relación a la morbilidad al igual que en diversos estudios como los reportados en el meta-análisis de K Gurusamy et al. no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos con una morbilidad global de 0,54 a 2,94% ⁽¹⁰⁾ inferiores a las reportadas en nuestra investigación con 6,06 y 3,85% en el grupo no ambulatorio y ambulatorio respectivamente. Carmona en 2008 reportó en un estudio prospectivo de 73 pacientes complicaciones en 3,53%. ⁽¹¹⁾

La cirugía ambulatoria ha demostrado ser un enfoque seguro y aplicable que podría optimizar recursos en nuestra práctica diaria.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no tienen ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Tenconi SM, Boni L, Colombo EM, Dionigi G, Rovera F, Cassinotti E. Laparoscopic cholecystectomy as day-surgery procedure: Current indications and patients' selection. *International Journal of Surgery*. 2008;6:S86-8.
2. Barkun JS, Sampalls JS, Fried G, Wexler MJ, Meakins JL, Taylor B, *et al*. Randomised controlled trial of laparoscopic versus mini cholecystectomy. *The Lancet*. 7 de noviembre de 1992;340(8828):1116-9.
3. McMahon AJ, Baxter JN, Anderson JR, Ramsay G, O'Dwyer PJ, Russell IT, *et al*. Laparoscopic versus minilaparotomy cholecystectomy: a randomised trial. *The Lancet*. 15 de enero de 1994;343(8890):135-8.
4. Sala-Hernández A, Granero Castro P, Montalvá Orón E, Maupoey Ibáñez J, García-Domínguez R, Bueno Lledó J, *et al*. Evaluación de la seguridad y satisfacción de los pacientes en un programa de colecistectomía laparoscópica ambulatoria con criterios expandidos. *Cir Esp*. enero de 2019;97(1):27-33.
5. Nazar JC, Zamora HM, González AA. Cirugía Ambulatoria: Selección de Pacientes y Procedimientos Quirúrgicos. *Revista chilena de cirugía*. abril de 2015;67(2):207-13.
6. Johansson M, Thune A, Nelvin L, Lundell L. Randomized clinical trial of day-care versus overnight-stay laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery*. 21 de diciembre de 2005;93(1):40-5.
7. Keulemans Y, Eshuis J, de Haes H, de Wit LTh, Gourma DJ. Laparoscopic Cholecystectomy: Day-Care Versus Clinical Observation. *Ann Surg*. diciembre de 1998;228(6):734-40.
8. Subirana Magdaleno H, Caro Tarragó A, Olona Casas C, Díaz Padillo A, Franco Chacón M, Vadillo Bargalló J, *et al*. Valoración del impacto de la educación preoperatoria en la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Ensayo prospectivo aleatorizado doble ciego. *Cir Esp*. febrero de 2018;96(2):88-95.
9. Goulart A, Delgado M, Antunes MC, Braga Dos Anjos J. [231 laparoscopic cholecystectomy in ambulatory: what results?]. *Acta Med Port*. 2013;26(5):564-8.
10. Gurusamy K, Junnarkar S, Farouk M, Davidson BR. Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of day-case laparoscopic cholecystectomy. *British Journal of Surgery*. 14 de enero de 2008;95(2):161-8.
11. Carmona José, Mikly Diana, Álvarez Isbelia. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: una realidad aplicable a los hospitales públicos venezolanos / Ambulatory laparoscopic cholecystectomy: implementation in venezuelan public hospitals. *Revista Venezolana de Cirugía*. Marzo de 2008;38(0378-6420):15-8.