

COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA. UNA REALIDAD APLICABLE A LOS HOSPITALES PÚBLICOS VENEZOLANOS

CARMONA, JOSÉ*
MIKLY, DIANA*
ÁLVAREZ, ISBELIA*

RESUMEN

Objetivo: Determinar la seguridad y factibilidad de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria.

Pacientes y métodos: Se aplicó un protocolo de selección para manejo ambulatorio a los pacientes ingresados por litiasis vesicular para colecistectomía laparoscópica electiva entre noviembre 2006 y diciembre 2007, a la Clínica Popular Paraíso, Hospital tipo III, en Caracas. Los datos se registraron prospectivamente en una base de datos y los resultados se expresaron en valores absolutos, porcentaje y media \pm DE.

Resultados: 85 pacientes calificaron para manejo ambulatorio, siendo suspendidos 12 por dificultades técnicas intraoperatorias, quedando 73 pacientes para su estudio. La mayoría fueron femeninos, con edad promedio de 41 ± 12 años, sin comórbidos el 87,05%. Todos se operaron durante el turno matutino y egresaron a las 6 pm. Se presentaron complicaciones menores en 03 pacientes (3,53%), no hubo muertes. Tampoco se presentaron reingresos. La aceptación por parte del paciente fue 100%.

Discusión: Aplicando criterios de selección adecuados, la mayoría de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica electiva pueden ser egresados con seguridad el mismo día de la intervención. Esto lleva a una disminución considerable de costos, y aumenta la disponibilidad de camas hospitalarias.

Palabras clave: Colecistectomía, laparoscopia, ambulatoria.

ABSTRACT

AMBULATORY LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY. IMPLEMENTATION IN VENEZUELAN PUBLIC HOSPITALS

Objectives: To determine the safety and feasibility of ambulatory laparoscopic cholecystectomy.

Patients and methods: A selection protocol was applied for the ambulatory management of patients with gallstone disease, planned for elective laparoscopic cholecystectomy, between November 2006 and December 2007, in the "Clínica Popular Paraíso", a type III Hospital. The data was a prospective register in data base, and the results were expressed in absolute values, percents and media \pm SD.

Results: 85 patients were eligible and 12 were suspended from the protocol for intraoperative technical difficulties, remaining 73 for analysis. Most patients were female, with 41 ± 12 years of age, and 87,05% had no comorbid disease. All were operated in the morning and discharged by 6 pm. Minor complications were present in 03 patients (3,53%). There were no readmissions or deaths. The patient's acceptances were 100%.

Discussion: When adequate selection criteria are applied, most of the patients planned for an elective laparoscopic cholecystectomy can be safely discharged on the same day of the operation. This leads to decreased costs as well as an increase in the hospital beds available.

Key words: cholecystectomy, laparoscopy, ambulatory.

Desde su introducción, la colecistectomía laparoscópica se ha convertido en el tratamiento de elección de la enfermedad vesicular benigna. Dada la rápida recuperación de los pacientes y la adquisición de experiencia en el manejo post-operatorio, el tiempo de hospitalización es universalmente más corto que en la colecistectomía abierta.

* Cirujano General. Adjunto del Servicio de Cirugía de la Clínica Popular Paraíso, Caracas

Actualmente, varios estudios han demostrado la seguridad de egresar los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica el mismo día de la operación, sin embargo, la gran mayoría son hechos en países desarrollados⁽¹⁾.

En Venezuela, es bien conocida la situación de saturación en que se encuentran los hospitales públicos, sin embargo, los pacientes con litiasis vesicular ingresan el día antes y egresan el día después de la operación, sumando un total de tres días de estadía hospitalaria, como mínimo.

De generalizar un protocolo de manejo ambulatorio de estos pacientes, se reduciría de forma significativa la estadía, incrementando la disponibilidad de camas y abaratando los costos.

Con este trabajo se presenta la experiencia con 86 pacientes consecutivos, sometidos a colecistectomía laparoscópica, manejados ambulatoriamente en un hospital público tipo III.

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde noviembre del 2006, los autores aplican a los pacientes con litiasis vesicular un protocolo de cirugía ambulatoria, en el Servicio de Cirugía de La Clínica Popular Paraíso, en Caracas, hospital tipo III, adscrito al Ministerio de Sanidad y Desarrollo Social. Se excluyen los pacientes mayores de 60 años, con enfermedades comórbidas tales como diabetes mellitus, obesidad mórbida, hipertensión arterial mal controlada, intervenciones simultáneas, domicilio lejano o de difícil acceso y limitación para traslado al centro en caso de eventualidad.

Una vez evaluados desde el punto de vista preoperatorio en la consulta, se le asigna fecha de intervención. El paciente asiste un día antes de la intervención, donde se le llena la historia, se le toma una muestra de sangre para preparar hemoderivados y se le dan las indicaciones respectivas. Ingresa formalmente el día de la intervención, a las 6 am, y es pasado a quirófano de acuerdo a su turno quirúrgico (todos se operan durante la mañana).

La intervención se realiza de manera estándar; se aborda la cavidad por técnica de Hasson, se utilizan cuatro trócares y se usa dióxido de carbono para el neumoperitoneo, se disecan y ligan con clips LT 300 el conducto y la arteria cística. La vesícula se extrae por el puerto subxifoideo o por el umbilical, de acuerdo a la preferencia del cirujano.

Una vez concluida la cirugía se reconsidera el manejo ambulatorio de acuerdo a los sucesos transoperatorios, y se decide continuar o no con el protocolo.

Los paciente que continúan en el protocolo, egresan entre las 6 y 7 pm, si tienen poco dolor, toleran vía oral y sus signos vitales son normales. Es visto nuevamente en consulta externa entre el 8vo y 10mo día del post-operatorio.

Los datos del paciente, los hallazgos, la técnica quirúrgica, la evolución post-operatoria y el seguimiento son registrados prospectivamente en una base de datos.

Los resultados de este estudio son expresados en valores absolutos y porcentajes, así como media y desviación estándar cuando es aplicable.

RESULTADOS

Desde noviembre 2006 hasta diciembre del 2007, 85 pacientes calificaron para manejo ambulatorio. Setenta y cuatro (74) (87,05%) fueron del sexo femenino y 11 (12,94%) masculino. La edad promedio fue 41 ± 12 años. Once pacientes eran hipertensos y uno hipotiroideo, todos bien controlados, sin ningún evento relacionado intra y/o post-operatorio. El resto no tenían comórbidos (74 pacientes, 87,05%). Todos los pacientes ingresaron de forma electiva. No se operaron pacientes con colecistitis aguda. El tiempo operatorio fue de $44,82 \pm 11,8$ minutos.

De los pacientes seleccionados para manejo ambulatorio, se decidió suspender el mismo y dejarlos hospitalizados para vigilancia 12 pacientes (14,12%). 8 pacientes (66,67%) fue por lecho vesicular cruento, 5 de los cuales tenían cambios inflamatorios sub-agudos. En 2 pacientes (2,35%) se evidenció un conducto cístico grueso y corto, por lo que se dejaron para observación. En una paciente, después de ligar y cortar el conducto cístico no se identificó la arteria, todas las ramas vasculares evidenciadas eran de muy pequeño calibre que se seccionaron con electrocoagulación, sin complicaciones. Una paciente no egresó por presentar epistaxis en el post-operatorio inmediato, secundario a intubación nasotraqueal. Todos estos pacientes egresaron al día siguiente de la intervención, sin complicaciones.

Se logró el manejo ambulatorio en 73 pacientes (85,88%). De éstos, se presentaron complicaciones en 3 pacientes (3,53%); 2 infecciones de la herida umbilical y 1 hematoma a nivel de herida en flanco, ninguna ameritó reingreso. No hubo muertes.

Tampoco se presentaron reingresos de ningún tipo. Al interrogar los pacientes en la consulta, todos manifestaron aceptación y satisfacción por haber sido egresados el mismo día de la cirugía (Tabla 1).

Cuadro 1

Indicación de suspensión de manejo ambulatorio		
Indicación	N	%
Lecho cruento	8	66,67
Cístico grueso y corto	2	16,67
No se identificó arteria cística	1	8,33
Epistaxis	1	8,33
Total	12	100

Fuente: Clínica Popular Paraíso. Caracas. 2006-2007 Base de datos.

Tabla 1

Resultados de colecistectomía laparoscópica ambulatoria	
Pacientes seleccionados preoperatoriamente para manejo ambulatorio	85
Pacientes manejados ambulatoriamente	74 (85,88%)
Reingresos	0
Morbilidad	03 pacientes (3,53%)
Mortalidad	0
Aceptación	100%

Fuente: Clínica Popular Paraíso. Caracas. 2006-2007 Base de datos.

DISCUSIÓN

Uno de los factores claves para el éxito del manejo ambulatorio de los pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica es una adecuada selección. Calland y col⁽²⁾, aplicaron un protocolo estricto de inclusión y exclusión, lograron manejar ambulatoriamente 96 pacientes, de 172 que asistieron para colecistectomía laparoscópica (55,81%). Por otra parte Topal⁽³⁾ aplicó un esquema similar y logró llevar de 34 a 117 los pacientes que se manejaron ambulatoriamente. Los casos que reingresan al centro deben ser considerados como fracaso de selección. En nuestro grupo, uno de los factores determinantes fue el acto operatorio

en sí. En los casos en que se presentaron dificultades técnicas como las descritas en los resultados, se decidió suspender el egreso. Esto probablemente hizo que el porcentaje de reingresos en nuestro grupo fue 0, lo cual difiere de la mayoría de los estudios que reportan entre 4 y 10%.

Otro elemento que puede ayudar al éxito de este manejo, es la implementación de modalidades analgésicas tales como infiltración anestésica en los puertos, dejar solución con anestésicos en espacio subfrénico, etc⁽⁴⁾. Nosotros utilizamos de rutina ketoprofeno IV transoperatorio y luego lo indicamos vía oral SOS. En 25 pacientes se dejó bupivacaína en el espacio subfrénico como parte de otro protocolo de investigación. Sin embargo, en este grupo no hubo reingresos ni retiro del protocolo por dolor.

En este grupo de pacientes, no se utilizó llamadas telefónicas como parte del procedimiento, tal como utilizan otros autores^(5,6). Sin embargo, el Centro donde se realizó el estudio cuenta con cirujano de guardia las 24 horas, y uno de los criterios de exclusión fue limitación de traslado al hospital en caso de eventualidad. Creemos que este contacto telefónico no es necesario.

La aceptación del proceso por parte del paciente fue total. Vemos una diferencia con otros estudios donde cerca de 20% muestran disconformidad^(7,8).

Ninguno de los trabajos realizados ha reportado mortalidad^(9,10,11), coincidiendo con nuestros resultados. Todas las complicaciones fueron menores y en bajo porcentaje de los pacientes⁽¹²⁾, por lo que consideramos que aplicando criterios de selección adecuados, muchos pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica se pueden manejar ambulatoriamente de forma segura, disminuyendo los costos y aumentando la disponibilidad de camas. Es factible aplicarlo al resto de los hospitales donde la demanda de camas supera la oferta.

Es difícil calcular el beneficio exacto en costos de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria. Los estudios que evalúan este punto, reportan un ahorro por paciente de \$300 a \$500^(2,3). Considerando, que en el hospital de los autores se realizan alrededor de 250 colecistectomías laparoscópicas al año, el ahorro de acuerdo a esto estaría alrededor de BsF. 200.000/año como mínimo.

REFERENCIAS

1. Bueno L. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: a new gold standard for cholecystectomy. Rev Esp Enferm Dig 2006; 98(1): 14-24.
2. Calland J, Tanaka B, Foley E, Bovbjerg V, Markey D, Blome S, et al. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: Patient outcomes after implementation of a clinical pathway. Ann Surg 2001; 233(5): 704-715.

3. Topal B. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: clinical pathway implementation is efficient and cost effective and increases hospital bed capacity. *Surg Endosc* 2007; 21(7): 1142-6.
4. Bisgaard T. Analgesic treatment after laparoscopic cholecystectomy. A critical assessment of the evidence. *Anesthesiology* 2006; 104: 835-46.
5. Proske J. Day-case laparoscopic cholecystectomy: results of 211 consecutive patients. *Gastroenterol Clin Biol* 2007; 31(4): 421-4.
6. Fallis W. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: home visit versus telephone follow-up. - Fallis WM - *Can J Surg* 2001; 44(1): 39-44.
7. Fassiadis N. Outcome and patient acceptance of outpatient laparoscopic cholecystectomy. *JLS* 2004; 8(3): 251-3.
8. Siu WT. Outpatient laparoscopic cholecystectomy in Hong Kong: patient acceptance. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11(2): 92-6.
9. Vuillemier H. Laparoscopic cholecystectomy as a day surgery procedure: implementation and audit of 136 consecutive cases in a university hospital. *World J Surg* 2004; 28(8): 737-40.
10. Sherigar J. Ambulatory laparoscopic cholecystectomy outcomes. *JLS* 2006; 10(4): 473-8.
11. Richardson W. Outpatient laparoscopic cholecystectomy. Outcomes of 847 planned procedures. *Surg Endosc* 2001; 15(2): 193-5.
12. Fleming W. Audit of outpatient laparoscopic cholecystectomy. Universities of Melbourne HPB Group. *Aust N Z J Surg* 2000; 70(6): 423-7.
13. Flaisher L, Yee H, Lilemoe K, et al. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy safe and cost-effective? A model to study transition of care. *Anesthesiology* 1999; 90: 1746-1755.

PRÓXIMOS EVENTOS

**VIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA ENDOSCÓPICA ALACE
XI CONGRESO DE CIRUGÍA DE CENTROAMÉRICA Y PANAMÁ
XXXV CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN DE CIRUJANOS DE GUATEMALA**

30 de junio al 4 de julio de 2008

Westin Camino Real
Ciudad de Guatemala

XIII CONGRESO MUNDIAL DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL PARA LA CIRUGÍA DE LA OBESIDAD

24 al 27 de septiembre de 2008

Hotel Hilton Puerto Madero
Buenos Aires Argentina

XCIV CONGRESO DEL COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS

12 al 16 de octubre de 2008

Moscone Convention Center
San Francisco

XXVII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGÍA

3 al 6 de noviembre de 2008

Palacio Municipal de Congresos
Parque Ferial Juan Carlos I
Madrid

LXV JORNADA NACIONAL DE CIRUGÍA DE LA SOCIEDAD VENEZOLANA DE CIRUGÍA

Noviembre de 2008

Hotel Jira Jara
Barquisimeto

LXXIX CONGRESO ARGENTINO DE CIRUGÍA

11 al 14 de noviembre de 2008

Hotel Sheraton Buenos Aires

XXI CONGRESO PANAMERICANO DE TRAUMA

19 al 22 de noviembre de 2008

Campinas Brasil

X CONGRESO CUBANO DE CIRUGÍA

1 al 5 de diciembre de 2008

Palacio de Convenciones
La Habana

XVIII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGÍA

Julio de 2009

Hotel Margarita Hilton
Isla de Margarita