

Evaluación de Tecnología Sanitaria: Informe de Respuesta Rápida Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria

2009

Dra. Victoria Wurcel

Introducción

La cirugía mínimamente invasiva comienza en 1980 con la introducción de la laparoscopia para la realización de la ligadura de trompas. La primera colecistectomía laparoscópica se realizó 7 años más tarde y rápidamente fue adoptada como el método preferido para la colecistectomía. En respuesta a las primeras complicaciones de la técnica comenzaron a elaborarse guías de acreditación para los cirujanos que quisieran realizar esta técnica y en 1992 en NIH elabora las recomendaciones para la realización de colecistectomía laparoscópica.

La cirugía mayor ambulatoria se caracteriza por atender procesos quirúrgicos, que realizados con cualquier modalidad anestésica, requieren un postoperatorio corto de menos de 24 hs. Por esta razón, los pacientes pueden ser dados de alta a las pocas horas de la intervención. Cuando estos pacientes necesitan un período de recuperación de más de 24 horas de ingreso, se conoce con el concepto de cirugía de corta estancia. El objetivo de esta revisión consiste en determinar la seguridad de la colecistectomía laparoscópica ambulatoria comparada con la de corta estancia (o estadía nocturna), así como su efectividad.

Resumen de la evidencia sobre efectividad y seguridad

Trabajo	Criterios de inclusión y exclusión	Efectividad	Seguridad
Gurusamy Kurinchi Selvan, Junnarkar Sameer, Farouk Marwan, Davidson Brian R. Day-case versus overnight stay for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: <i>The Cochrane Library</i> , Issue 2, Art. No. CD006798. DOI: 10.1002/14651858.CD006798.pub1.2008	CI: pacientes con indicación de colecistectomía electiva 4 ECCA pacientes ASA I y II (buen estado de salud o enfermedad sistémica leve). 1ECCA pacientes ASA I a III Residencia cercana al hospital, con un adulto responsable a cargo por 24 hs. Posibilidad de comunicarse en el mismo idioma. CE:	Tipos de estudio: Ensayos clínicos controlados aleatorizados (ECCA) N: 429 pacientes en 5 ECCA. % de pacientes que se presentaron con litiasis biliar que pudieron ser incluidos: 49% Comparadores: cirugía ambulatoria (n=214) vs estadía nocturna (n=215) Tiempo de hospitalización: menor en grupo ambulatorio (diferencia estandarizada -1.06 (IC 95% -1.26 a- 0.77)) Sin diferencias en	Complicaciones: Mortalidad: no reportada Morbilidad: sin diferencias (RR 1.26, 95% CI 0.54 a 2.94). Dolor, náuseas, vómitos, calidad de vida, alteración de las actividades de la vida diaria postoperatorio y a la semana : sin diferencias

		readmisiones. Ansiedad y Satisfacción de los pacientes: sin diferencias.	
Lopera, C y col. Colectomía laparoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico bajo: tratamiento ambulatorio vs. Hospitalario. Rev. Colom.Cir.14(4):231-235, dic. 1999.	CI: pacientes >18 años con litiasis biliar sintomática Residencia cercana al hospital, CE: litiasis biliar complicada, ASA III o IV, otras intervenciones asociadas durante la cirugía.	Tipo de estudio: Ensayo clínico. Comparadores: cirugía ambulatoria vs estadía nocturna N: 102 pacientes Tiempo de hospitalización: menor en grupo ambulatorio (1.4 +/- 2.4 días vs (3.1 +/- 2.1 días), (p<0.001). Sin diferencias en readmisiones.	Complicaciones y dolor: sin diferencias.
NHS Economic Evaluation Database (NHS EED) Dirksen C D, Ambulatory laparoscopic cholecystectomy is as effective as hospitalization and from a social perspective less expensive: a randomized study. 2003	CI: pacientes 18-80 años con litiasis biliar sintomática Residencia a menos de 30 min. del hospital, con un adulto responsable a cargo por 24 hs . CE: litiasis biliar complicada, ASA III o IV, otras intervenciones asociadas durante la cirugía, no podían comunicarse.	Tipo de estudio: Ensayo clínico. Comparadores: cirugía ambulatoria vs estadía nocturna N: 86 pacientes Tiempo quirúrgico: sin diferencias ((76.3 +/- 24.7 minutos) vs (74.6 +/- 19.2 minutos), (p=0.73) Tiempo de hospitalización: menor en grupo ambulatorio (1.7 +/- 2.4 días vs (3.1 +/- 2.1 días), (p<0.001). Sin diferencias en readmisiones. Satisfacción de los pacientes: sin diferencias.	Complicaciones: sin diferencias en número, diferencias en seriedad (1 pancreatitis, 1 lito retenido en el grupo estadía nocturna vs EA leves en ambulatoria) Dolor, náuseas, calidad de vida, alteración de las actividades de la vida diaria a las 6 semanas: sin diferencias

Discusión

La evidencia encontrada indica que la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una práctica segura y efectiva siempre y cuando se realice en pacientes seleccionados^{1,2,3,4} Esta selección se basa en su estado de salud previo a la cirugía y su capacidad de soportar el stress impuesto por la misma (pacientes con buena salud general o enfermedad sistémica leve –ASA I y II-), su proximidad al centro hospitalario, su capacidad de comprender los signos de alarma relacionados a posibles complicaciones post-quirúrgicas, la presencia de un adulto responsable que pueda acompañar al paciente al menos 24 horas luego de la cirugía, y, de acuerdo a nuestro medio, que el ambiente al que retorne el paciente que es operado en forma ambulatoria cuente con los requerimientos mínimos de seguridad (higiene, agua potable, acceso a teléfono para poder comunicarse con el sistema de salud en caso de necesidad). Además, el sistema

de salud debe estar preparado para el manejo de las eventuales re-internaciones de estos pacientes. Otro requisito es la idoneidad del equipo quirúrgico, que debe tener experiencia en cirugía laparoscópica biliar.

Los pacientes que fueron excluidos y a los que no podría extrapolarse esta evidencia son los que habían tenido una cirugía abdominal superior previa, los que tienen sospecha de litiasis coledociana y los que presentan colecistitis aguda.

Las complicaciones serias fueron diagnosticadas durante la cirugía o inmediatamente después (hasta 2 hs.) en ambos grupos y fueron de baja frecuencia (1 síndrome de distress respiratorio del adulto en el grupo estadía nocturna). De todas maneras los estudios no tuvieron el poder suficiente para detectar complicaciones raras como lesiones vasculares o de conductos biliares, que pueden presentarse más tarde y se benefician con un diagnóstico precoz. Por eso es imprescindible que los pacientes y sus cuidadores comprendan los signos de alarma tales como dolor que se incrementa de manera importante durante el primer día postoperatorio, que puede indicar una complicación, y se contacten con su médico.

Más del 80% de los pacientes pudieron ser dados de alta sin complicaciones en ambos grupos, y no hubo diferencias en relación a prolongación de hospitalización ni readmisiones. No hubo diferencias en las escalas de dolor en ambos grupos, ni tampoco en las de náuseas y vómitos. La mayor parte de los pacientes pudieron ser manejados con analgésicos y medicación antiemética oral, y este es un punto muy importante a considerar ya que es imprescindible contar con protocolos efectivos de analgesia y antiemesis por vía oral para el manejo de estos pacientes.

No hubo diferencias en las escalas de ansiedad, calidad de vida o satisfacción, aunque sería deseable contar con datos provenientes de cuestionarios validados en pacientes quirúrgicos.

La colecistectomía laparoscópica ambulatoria ha demostrado ser costo-efectiva en estudios de países europeos² y en el sistema de salud de Colombia⁵. Es probable que disminuya los costos por disminuir el tiempo de ocupación de camas hospitalarias.

Conclusiones

La evidencia encontrada indica que la colecistectomía laparoscópica ambulatoria es una práctica segura y efectiva siempre y cuando se realice en pacientes con litiasis biliar no complicada, seleccionados en base a su estado de salud previo (ASA I y II), accesibilidad al hospital, nivel de comprensión de los signos de alarma postquirúrgicos, acceso a un adulto acompañante responsable luego de la cirugía, ambiente domiciliario adecuado para el retorno del paciente y sistema de salud preparado con protocolos orales de analgesia y antiemesis, además de un sistema de manejo de las eventuales re-internaciones y un equipo quirúrgico con adecuada capacitación en cirugía laparoscópica biliar.

Referencias

1. Gurusamy Kurinchi Selvan, Junnarkar Sameer, Farouk Marwan, Davidson Brian R. Day-case versus overnight stay for laparoscopic cholecystectomy. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, Issue 2, Art. No. CD006798. DOI: 10.1002/14651858.CD006798. pub1.2008.
2. NHS Economic Evaluation Database (NHS EED).Dirksen C D,Ambulatory laparoscopic cholecystectomy is as effective as hospitalization and from a social perspective less expensive: a randomized study. 2003

Programa Nacional de Garantía de la Calidad de la Atención Médica

3. Lopera, C y col. Colecistectomía laparoscópica en pacientes de riesgo quirúrgico bajo: tratamiento ambulatorio vs. Hospitalario. Rev. Colom.Cir.14(4):231-235, dic. 1999.
4. Pirchi, Enrique D y col.¿Qué pacientes pueden seleccionarse para colecistectomía laparoscópica ambulatoria? Rev. Argen. Cir.77(5):141-6, nov. 1999.
5. Moore, John Henry y col. Colecistectomía laparoscópica ambulatoria: modelo de programa costo-eficiente de cirugía laparoscópica. Rev. Colom.Cir.19(1):43-53, ene.-mar. 2004.

Anexo 1: Estrategia de búsqueda

Sitio	Años	Palabras Clave	Documentos recuperados que cumplieron con los criterios de inclusión
Cochrane Data Base	2002-2009	Cholecystectomy laparoscopic ambulatory	1
Trip data base	1999-2009	Cholecystectomy laparoscopic ambulatory	1
Lilacs	1999-2009	Cirugía ambulatoria AND colecistectomía laparoscópica	3
Pubgle/Medline	1999-2009	Cholecystectomy laparoscopic ambulatory	0
ANVISA	1999-2009	Búsqueda en el sitio	0
ETESA	1999-2009	Búsqueda en el sitio	0
INHATA/CRD/DARE	1999-2009	Ambulatory surgery	0
CENETEC	1999-2009	Búsqueda en el sitio	0