

Sobre el trabajo “Primeras 2000 colecistectomías laparoscópicas ambulatorias en modalidad *free-standing* en un hospital público: resultados”

Alberto H. Cariello¹

El trabajo adquiere una importancia singular, ya que refiere los resultados obtenidos en un período de 36 meses en el tratamiento de una cohorte de 2000 pacientes portadores de litiasis vesicular o pólipos vesiculares que no necesitaron tratamiento urgente. Fueron seleccionados según aquellas características que permitieran tratarlos en base ambulatoria, y luego fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica por los 5 cirujanos generales de un hospital público ambulatorio independiente (*free-standing*), el Hospital de Día Presidente Néstor Kirchner de San Miguel de Tucumán, dependiente del Ministerio de Salud Pública de Tucumán.

En nuestro medio, si bien cada vez se llevan a cabo más prácticas quirúrgicas en modalidad ambulatoria en centros asistenciales con internación, no es frecuente que se realicen procedimientos de cirugía mayor ambulatoria en instituciones independientes sin internación; y es por eso que resulta tan importante la comunicación de la experiencia realizada y de sus resultados, considerando que, además, fue hecha en un efector de la administración pública.

Es ampliamente reconocido que la cirugía mayor ambulatoria realizada en unidades asistenciales independientes de centros con internación tiene muchas ventajas comparativas con el proceso clásico de la cirugía con internación, ya que: 1) limita los costos sanitarios variables, al permanecer el paciente en la institución solo unas horas, y los costos fijos de la institución que solo funciona en horario reducido, 2) limita el estrés por causa quirúrgica, con una baja percepción de vulnerabilidad del paciente al no estar internado, quien además regresa a su ambiente familiar para cursar el posoperatorio y 3) reduce críticamente la probabilidad de adquirir infecciones hospitalarias, al compartir solo un tiempo limitado en una institución a la que asisten solamente pacientes sin comorbilidades infecciosas.

Los autores consignan, en la descripción metodológica, que al ingreso una enfermera utiliza una lista de comprobación preoperatoria antes de pasar al paciente a la sala de preanestesia, donde se lo medica 30 minutos antes de comenzar el procedimiento. Luego de operados, los pacientes pasan a una sala de recuperación

anestésica, desde donde son dados de alta basándose en los criterios de Awad y Chung para la cirugía mayor ambulatoria (nivel de conciencia, actividad física, estabilidad hemodinámica, estabilidad respiratoria, saturación de oxígeno, control del dolor y control de la emesis)¹. Al alta se les indica: medicación y dieta posoperatoria, pautas de alarma y forma de contacto hasta la ocurrencia del primer control posoperatorio 7 a 10 días más tarde.

Como un dato empírico, los autores refieren haber disminuido durante el transcurso de la experiencia el número de pacientes que no pudieron ser dados de alta, especialmente controlando el dolor posoperatorio mediante cambios en la medicación preoperatoria y posoperatoria y reduciendo la presión del neumoperitoneo durante el procedimiento.

En la muestra de 2000 pacientes, el hallazgo intraoperatorio relacionado con el grado de complejidad anatoquirúrgica para realizar la colecistectomía laparoscópica se evaluó según la clasificación propuesta por Torres y cols.², habiendo encontrado dificultad: de grado A (colecistitis sin proceso inflamatorio) en 1724 (86,2%) casos, de grado B (colecistitis agudas tempranas sin adherencias o con adherencias laxas) en 221 (11,05%), de grado C (colecistitis crónicas reagudizadas, gangrenosas, filtrantes, con adherencias firmes, escleroatróficas, etc.) en 43 (2,15%) y de grado D (colecistitis firmemente plastronadas y con cáncer de vesícula) en 12 (0,6%) casos.

Los resultados obtenidos por este equipo especializado en cirugía mayor ambulatoria, muy meticuloso con los criterios de selección y con cada paso del proceso asistencial, son sumamente alentadores, ya que se registraron tasas bajas de eventos adversos: solo 9 (0,45) pacientes fueron derivados a otra institución debido a hallazgos intraoperatorios y 3 (0,15%) pacientes no estuvieron en condiciones de ser dados de alta por no reunir 12 o más puntos en la escala de Awad y Chung; 4 (0,2) pacientes fueron reintervenidos en otra institución, hubo 2 (0,1%) lesiones intraoperatorias de la vía biliar en procedimientos muy complicados para tratar el síndrome de Mirizzi tipo 4, y solo se registraron

1. Jefe del Departamento de Cirugía y Especialidades Quirúrgicas, y Profesor Titular de la Cátedra E de Cirugía Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de La Plata

32 (1,6%) consultas posoperatorias no programadas.

Como siempre sucede, una propuesta tan interesante como la que nos han ofrecido con su comunicación los autores, cirujanos especializados en esta modalidad, que además trabajan en un centro independiente también especializado en cirugía mayor ambulatoria, genera más preguntas.

Ante semejante experiencia iniciática, que además ha sido realizada en el medio local, nuestra curiosidad se dirige a obtener más datos acerca de su implementación que nos permitan aprender su "saber hacer" hasta en los más íntimos detalles. Querriamos conocer: 1) ¿cuáles son sus canales de derivación de

pacientes adecuados para la cirugía mayor ambulatoria?, o bien, si esa elevada cifra de pacientes proviene de su propia consulta espontánea; en ese caso: 2) ¿hacia dónde derivan a los pacientes que no son aptos para la cirugía mayor ambulatoria? y 3) si tienen convenios de referencia y contrarreferencia con instituciones con internación que puedan recibir y resolver los casos que no pueden ser dados de alta o son derivados por hallazgos intraoperatorios.

Solo queda, para terminar, felicitar a los autores por relatar su dilatada y exitosa experiencia y animar a los cirujanos del país a generar centros de día de cirugía mayor ambulatoria independientes.

Referencias bibliográficas

1. Awad IT, Chung F. Factors affecting recovery and discharge following ambulatory surgery. *Can J Anaesth.* 2006; 53:858-72.
2. Torres R, Beltrame O, Orban R y Serra E. Resultado de la colecistectomía laparoscópica según el grado de complejidad anatómicoquirúrgica y la experiencia. *Rev Argent Cirug.* 1995; 68:61-4.