

Existe beneficio económico al realizar la colecistectomía laparoscópica?

Análisis de las colecistectomías de CRAMI en 1999

Dres. Daniel Montano⁽¹⁾, José Polnitsky⁽²⁾, Alberto Pisano⁽²⁾, Teodoro Navarro⁽²⁾, Winston Abascal⁽²⁾, Martín Valverdú⁽²⁾, Daniel Varela⁽¹⁾, Eduardo Olivera⁽²⁾, Daniel Bordes⁽²⁾, César Canessa⁽¹⁾, Francisco Crestanello⁽³⁾

Resumen

Se presentan 107 colecistectomías realizadas en CRAMI por patología litiásica durante el año 1999.

52 fueron realizadas por abordaje videolaparoscópico y 55 por técnica abierta, 24 de ellas en la urgencia.

El tiempo de internación fue de 1.04 días para la colecistectomía laparoscópica y de 3.06 y 4.04 para la convencional de coordinación y urgencia respectivamente. Se utilizaron 5 veces menos analgésicos y antibióticos en los pacientes operados por vía laparoscópica.

Palabras clave:

Análisis costo-beneficio
Colecistectomía
Laparoscopia

Trabajo del Equipo de Cirugía de la Cooperativa Regional de Asistencia Integral (C.R.A.M.I.) – Las Piedras

Abstract

The authors present 107 colecystectomies performed in CRAMI during 1999 for gallstone disease.

52 were laparoscopic colecystectomies and 55 open colecystectomies, 24 in the urgency.

The length of stay was 1.04 days for the laparoscopic colecystectomies and 3.06 and 4.04 for open colecystectomies in coordinated an urgency procedures.

Less than 1/5 of analgesic and antibiotic were needed in laparoscopic colecystectomies.

Key words:

Cost-Benefit Analysis
Cholecystectomy
Laparoscopy

Presentado en el 51° Congreso Uruguayo de Cirugía. 1 al 4 de Noviembre de 2000. Punta del Este.

1 Cirujano de CRAMI – Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica.

2 Cirujano de CRAMI.

3 Coordinador del Equipo Quirúrgico de CRAMI – Profesor de Clínica Quirúrgica.

Correspondencia: José A. Cabrera 3490 bis CP 11400 Montevideo (Dr. Montano).

Introducción

La cirugía videolaparoscópica es sin duda el avance cualitativo más importante del fin de siglo. Su aplicación a partir de 1987, en que fue descrita⁽¹⁾, ha ido en aumento y hoy se acepta en forma

casi unánime que la vía de abordaje para la vía biliar accesoria es la videolaparoscópica. En cuanto a la vía biliar principal existen opiniones cada vez más concordantes en que también su abordaje puede ser laparoscópico ^(2, 3, 4).

En nuestra Institución se comenzó a utilizar el abordaje de la vesícula por vía laparoscópica en abril de 1996 y se han realizado más de 240 colecistectomías laparoscópicas (CL) a la fecha.

Se invocan varias ventajas de la CL sobre la convencional destacándose la menor estadía hospitalaria, menos complicaciones postoperatorias y reintegro laboral precoz ⁽⁵⁾. Estas ventajas han producido un aumento de la aceptación por parte de los pacientes a realizarse la colecistectomía, incrementándose la tasa global de colecistectomías ^(6, 7, 8). Pero este incremento que situó en el 29% ⁽⁶⁾ fue acompañado de un incremento en los costos de sólo 9%, gracias al uso de técnicas laparoscópicas.

No podemos cuantificar de manera objetiva el beneficio que le otorga al paciente el hecho de verse favorecido por un procedimiento con menor daño tisular y un menor dolor y complicaciones postoperatorias. Tampoco podemos cuantificar el impacto personal y social de una más rápida reincursión familiar y laboral. Se menciona un ahorro promedio de costos por incapacidad de 665 dólares americanos por paciente ⁽⁹⁾.

Además el costo de la CL está altamente determinado por el empleo de insumos descartables lo que permite al cirujano incidir directamente en el ahorro de éstos y por ende en el abaratamiento del procedimiento ⁽¹⁰⁾.

Otros factores que pueden incidir en el aumento de la tasa global de colecistectomías son aquellos vinculados con la extensión en las indicaciones fundamentalmente en pacientes jóvenes con litiasis asintomática en los que se habría establecido un incremento en la esperanza de vida para los pacientes colecistectomizados frente a los que se mantuvieron con tratamiento expectante ⁽¹¹⁾.

Objetivos

Este trabajo está enfocado fundamentalmente al análisis de algunos de los beneficios económicos que acompañan a la CL. Se establece la comparación en cuanto al número de días que permanecieron internados los pacientes sometidos a colecistectomía así como el consumo de antibióticos y analgésicos.

Se comunica además las características de la muestra y las complicaciones que se presentaron.

Pacientes y métodos

En C.R.A.M.I., entre el 1° de enero y el 31 de diciembre de 1999 se realizaron 125 cirugías de la vía biliar accesoria analizadas retrospectivamente. Hemos excluido del análisis 18 casos que fueron coordinados con diagnóstico de patología de la vía biliar accesoria según se muestra en la Tabla 1.

En nuestra Institución no se realiza selección previa de pacientes para una técnica laparoscópica siendo la única limitante el pago de un ticket de aproximadamente \$ 1.000.

TABLA 1 – MOTIVOS DE EXCLUSIÓN

❖ Litiasis de la Vía Biliar Principal	10 casos
❖ Colecistostomías (de necesidad)	3 casos
❖ Cáncer periampular	2 casos
❖ Fístula colecisto-duodenal	1 caso
❖ Peritonitis de origen biliar	1 caso
❖ Colecistectomía post pancreatitis	1 caso

Se realizó colangiografía selectiva en aquellos casos que existían sospechas de litiasis de la vía biliar principal.

Los 107 pacientes restantes fueron 69 mujeres y 38 hombres con una media etaria de 54.47 años (mínimo 27/máximo 83).

La muestra estuvo subdivida en 3 grupos de pacientes. El Grupo 1 correspondió a 52 CL realizadas todas ellas de coordinación. El Grupo 2 fueron 31 pacientes a quien se practicó una colecistectomía abierta de coordinación. En el Grupo 3 se incluyeron 24 colecistectomías de urgencia todas realizadas por técnica abierta.

5 pacientes coordinados para CL fueron convertidos a técnica abierta durante el procedimiento, en 3 casos por dificultad en la identificación de los elementos anatómicos, en 1 caso por un sangrado y el caso restante por desperfectos técnicos en el equipo. Estos pacientes fueron incluidos por lo tanto en el Grupo 2. La tasa de conversión fue de 8.77%.

Resultados

La Tabla 2 muestra la distribución por sexo y edad de los tres grupos.

Como hecho destacable se observa que en los casos urgentes hubo un leve predominio de hombres sobre mujeres, siendo en los demás a la inversa.

Luego se analizaron los días de internación de cada grupo así como la cantidad de dosis de antibióticos y analgésicos recibidos promedialmente. Dada la diversidad de fármacos utilizados se consideraron conjuntamente no teniendo en cuenta cual se indicaba.

Según se observa en la Tabla 3 es notoria la diferencia entre los procedimientos laparoscópi-

TABLA 2 – COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

TOTAL DE PACIENTES	HOMBRES	MUJERES	MEDIA ETARIA
COLECISTECTOMIAS LAPAROSCOPICAS	17 33%	35 67%	52.73 30/83
COLECISTECTOMIAS ABIERTAS COORDINADAS	7 23%	24 77%	56.23 27/72
COLECISTECTOMIAS ABIERTAS URGENTES	14 58%	10 42%	56 31/83

TABLA 3 – RESULTADOS

TOTAL DE PACIENTES	DIAS DE INTERNACION	USO DE ANALGÉSICOS	USO DE ANTIBIÓTICOS
COLECISTECTOMIAS LAPAROSCOPICAS	1.04 días/paciente	0.85 dosis/paciente	0.87 dosis/paciente
COLECISTECTOMIAS ABIERTAS COORDINADAS	3.06 días/paciente	5.35 dosis/paciente	5.65 dosis/paciente
COLECISTECTOMIAS ABIERTAS URGENTES	4.04 días/paciente	6.13 dosis/paciente	9.83 dosis/paciente

cos y los abiertos y aún más cuando se les compara con los procedimientos abiertos de urgencia.

Las complicaciones que se presentaron fueron: 4 en colecistectomías abiertas coordinadas. 3 litiasis residuales que se resolvieron por colangiografía endoscópica retrógrada y papilotomía y 1 absceso subfrénico con celulitis de pared que requirió reintervención con posterior buena evolución. En la Colecistectomía Laparoscópica se presentaron 2 complicaciones. 1 hematoma de la vaina del recto anterior izquierdo del abdomen que fue drenado y 1 absceso en el epiplón mayor que fue laparotomizado con ulterior buena evolución. No se presentaron complicaciones en la colecistectomía de urgencia.

No existieron lesiones de la vía biliar principal y la mortalidad fue nula.

Discusión

Nuestros resultados fueron concordantes con otros publicados en cuanto a que la CL insume menos días de internación, así como menor uso de analgésicos y antibióticos ^(5, 6, 7, 8, 9).

No se seleccionaron pacientes por la existencia de intervenciones previas ni por patología asociada, tendencia que se impone cada vez más a medida que se adquiere mayor volumen operatorio⁽¹²⁾ y ninguna de las dos complicaciones observadas en la CL fueron vinculables con este hecho.

La tasa de conversión quizá sea un poco más elevada que en otras series pero creemos que si se puede atribuir a la no selección previa y como contrapartida vemos la inexistencia de lesiones de la vía biliar principal.

La litiasis residual no se presentó en la CL y si en tres oportunidades en procedimientos abiertos pero consideramos fortuito este hecho dado que siempre se utilizó el criterio de colangiografía intraoperatoria selectiva.

No se realizaron procedimientos laparoscópicos de urgencia no porque se consideren contraindicados, sino porque no se ha instrumentado un sistema de guardia del equipo quirúrgico que realiza la técnica. Sin embargo este debe ser el siguiente paso pues la CL en la urgencia comparte similares beneficios que en la coordinación, con una aceptable morbi-mortalidad y un índice de conversión algo mayor ^(13, 14).

Tampoco se realizaron procedimientos laparoscópicos en pacientes con diagnóstico previo de litiasis de la vía biliar principal, en los que se utilizó el abordaje convencional.

Conclusiones

En una revisión retrospectiva de las colecistectomías realizadas en C.R.A.M.I. durante el año 1999 podemos concluir que el uso del abordaje laparoscópico fue beneficioso en el sentido de disminuir los días de internación así como el uso de analgésicos y antibióticos, sin haberse producido complicaciones de mayor importancia de las que existieron utilizando la vía convencional.

Bibliografía

1. Dubois F., Berthelot G., Levard H. - Cholecystectomy par coelioscopie.- *Nouv Presse Med* 1989; 18:980-2.
2. Crawford D., Phillips E. - Laparoscopic Common Bile Duct Exploration - *World J. Surg.* 1999; 23:343-9.
3. Morelli R. - Litiasis de la vía biliar principal en cirugía laparoscópica - *Cir Uruguay* 1998; 68:19-24.
4. Praderi L.A. (h), Geninazzi H., Tchekmedyan V., Balboa, O., Matteucci, P., Voelker, R., Praderi, L.A. - Exploración y tratamiento de la litiasis de la vía biliar principal en cirugía laparoscópica - *Cir Uruguay* 1995; 65:153-8.
5. Berggren U., Gordh T., Grama D., Haglund, U., Rastad, J., Arvidsson D. Comparación entre la colecistectomía laparoscópica y la abierta: hospitalización, baja por convalecencia, analgesia y respuestas al traumatismo - *Br J. Surg* (Ed. Esp.) 1994; 12:380-84.
6. Legorreta A.P., Silber J.H., Constantino G.N., Kobylinska R. W., Zatz S. L. - Increased cholecystectomy rate after the introduction of laparoscopic cholecystectomy - *JAMA* 1993; 270:1429-32.

7. Nennere R., Imperato P., Tosenberg C. – Increased cholecystectomy rates among Medicare patients after the introduction of laparoscopic cholecystectomy – *J Community Health* 1994; 19:409-415.
8. Steiner C., Bass E., Talamini M., Pitt, H. A., Steinberg E.P. – Surgical rates and operative mortality for open and laparoscopic cholecystectomy in Maryland – *N Engl J Med* 1994; 330:403-8.
9. Eloite and Touche Management Consulting: Economic Impact of laparoscopic surgery. Boston, Deloitte and Touche Tojmatu International, 1993 p 1-30.
10. Traverso L., Hargrave F. – A prospective cost analysis of laparoscopic cholecystectomy – *Am J Surg* 1995; 169:503.
11. Kottke T., Feldma R., Albert D. – The risk ratio is insufficient for clinical decisions. Th case of prophylactic cholecystectomy. *Med Decis Making* 1984; 4:177.
12. Go P., Chol F., Gouma D. – La colecistectomía laparoscópica en Holanda – *Br J Surg (Ed. Esp)* 1993; 10:415-8.
13. Schwesinger M., Sirinek K. R., Strodel W.E. 3rd – Laparoscopic Cholecystectomy for Biliary Tract Emergencies : State of the Art – *World J. Surg* 1999; 23:334-42.
14. Greenwald J., McMullen H., Coppa G., Newman, R. M. – Standardization of Surgeon-Controlled Variables – Impact on outcome in Patients With Acute Cholecystitis – *Ann Surg.* 2000; 3:339-44.