



# Guía de actualización en patologías prevalentes en Cirugía General

## Cirugía Ambulatoria y Laparoscopia. *Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria*

*Dr. Hernán Todeschini, Dr. Luis E. Sarotto*

El uso de la laparoscopia en la colecistectomía ha conseguido reducir la estadía hospitalaria y la recuperación postoperatoria, razón por la cual es factible realizar la colecistectomía dentro de un programa de cirugía ambulatoria (**colecistectomía laparoscópica ambulatoria**).

Sin embargo aún se realiza en la mayoría de las instituciones de nuestro país como un procedimiento que requiere internación.

### **Requisitos mínimos para planear colecistectomía laparoscópica ambulatoria**

- Paciente capaz de comprender las consignas del programa
- Debe vivir a menos de 1 hora de viaje de la institución
- El paciente deberá estar acompañado la primera noche post quirúrgica
- Evaluación ASA < a 2
- Ausencia de litiasis coledociana asociada
- Internación: 1 hora antes del acto quirúrgico y período de observación postoperatoria de al menos 6 horas en la institución
- Deberá brindar un teléfono de contacto para comunicarse ante una urgencia

### **Maniobras que se inciden en la tasa de éxito del manejo ambulatorio**

*Técnica anestésica:* Se realiza la premedicación con midazolam, inducción con propofol y relajación muscular con atracurio. Posteriormente se procede a la intubación orotraqueal. La anestesia general se mantiene con infusión continua de propofol y remifentanilo como narcótico de acción ultracorta. Se administra ketorolac EV al inicio de la cirugía y al finalizar la misma, junto con ondancetron profiláctico. Se coloca sonda orogástrica para la descompresión y vaciamiento gástrico a todos los pacientes, la cual se retira al finalizar la operación.

*Técnica quirúrgica:* Previamente a la inserción de los trocares, se inyecta en el sitio de punción bupivacaína al 0,5%. El trocar umbilical se coloca por método abierto y

los restantes bajo visión directa. Se utiliza una presión de neumoperitoneo por debajo de 10 mmHg con evacuación completa del CO<sub>2</sub> al término del procedimiento.

*Postoperatorio inmediato:* Se administra analgesia endovenosa con ketorolac 60 mg, metoclopramida profiláctica y protección gástrica con ranitidina. Se indica dieta líquida a las 2 horas posteriores a la recuperación del estado de conciencia y posteriormente dieta hepatoprotectora de acuerdo a la tolerancia.

Previo al alta el paciente es evaluado por el cirujano, el cual le informa los signos de alarma:

Dolor que no cede con analgésicos comunes, fiebre, vómitos y distensión abdominal. Se adjunta un formulario con la dieta a realizar y los cuidados postoperatorios. Se mantiene la analgesia con ibuprofeno 600 mg VO cada 8 horas. Se indica al paciente comunicarse con el cirujano o el equipo ante los signos de alarma informados previo al alta.

Se considera exitoso el procedimiento en aquellos pacientes que se dieron de alta el mismo día de la cirugía con dolor controlable, deambulando por sus propios medios y tolerando la dieta.

### **Aspectos para la implementación de un programa de colecistectomía laparoscópica ambulatoria**

#### *Seguridad*

El hecho de que puedan producirse complicaciones graves luego de la colecistectomía laparoscópica no descarta la posibilidad de realizarla en forma ambulatoria, ya que el sangrado puede evidenciarse precozmente en la internación y las lesiones de vía biliar se detectan en el intraoperatorio o en postoperatorio alejado, difícilmente en el postoperatorio inmediato previo al alta.

#### *Admisiones no programadas*

Las causas de fracaso en el manejo ambulatorio y la consecuente internación no programada son:

- 1) La duración de la operación es un factor importante de fallo en el manejo ambulatorio. Cuando el

tiempo operatorio supera los 60 minutos se relaciona en forma estadísticamente significativa con la falla en el manejo ambulatorio y la consiguiente admisión no programada por mayores tasas de dolor abdominal, retención urinaria y vómitos.

2) La necesidad de conversión a cirugía abierta suele deberse a adherencias firmes producto de cirugías abdominales previas o a dificultad para evaluar las estructuras anatómicas del triángulo de Calot por procesos inflamatorios agudos o crónicos.

3) La prevalencia de litiasis coledociana insospechada en pacientes sometidos a colecistectomía laparoscópica es del 4%.

#### *Selección de pacientes*

Los criterios de exclusión son:

- ASA >II
- edad >65 años
- IMC >35
- colestasis

Los criterios de selección deberían ser estrictos, sólo si el centro donde se realizará la **colecistectomía laparoscópica ambulatoria** no cuenta con la posibilidad de internación ni la complejidad necesaria para el manejo de las complicaciones postoperatorias.

#### **En conclusión:**

- La **colecistectomía laparoscópica ambulatoria** es factible y segura.

- Es importante que la realización de este tipo de programas esté en manos de un equipo que haya superado la curva de aprendizaje, debido a que el mayor tiempo quirúrgico es un factor importante de falla en el manejo ambulatorio.

- El efectivo control del dolor y la emesis son determinantes para el éxito de la ambulatorización.

- No es fundamental la selección estricta de pacientes si se cuenta con un centro que cuente con la posibilidad de internación.

- La mayoría de los pacientes aceptan la práctica ambulatoria de la colecistectomía laparoscópica y la consideran beneficiosa.

- La reducción de costos es estadísticamente significativa en lo que respecta al período postoperatorio.