



## EA-082 - INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO MÉDICO FRENTE AL QUIRÚRGICO EN LA MORTALIDAD Y EL REINGRESO DE LAS COLECISTITIS

M. García<sup>1</sup>, V. Martínez<sup>1</sup>, J. Llenas<sup>1</sup>, M. Morcillo<sup>2</sup>, J. Murcia<sup>1</sup>, A. Lucas<sup>1</sup>, L. García<sup>1</sup>, M. García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Cirugía General y Digestiva. Hospital de la Agencia Valenciana de Salud Vega Baja. Orihuela (Alicante).

### Resumen

**Objetivos:** Valorar las diferencias que presentan los pacientes con colecistitis aguda (CA) que recibieron tratamiento quirúrgico (TQx) frente a aquellos que recibieron tratamiento médico (TMx) y comparar la mortalidad tanto durante el ingreso como a los 6 meses y el reingreso por patología biliar (PB) a los 6 meses.

**Métodos:** Se realiza un estudio observacional retrospectivo, incluyendo a todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de CA desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2014. Se dividieron en dos grupos según el tratamiento al inicio, TMx o TQx y se compararon las características basales de ambos grupos (demográficas, comorbilidad, clínicas y analíticas). Evaluamos la mortalidad durante el ingreso, la mortalidad a los 6 meses y el reingreso en los siguientes 6 meses por PB. Las variables cuantitativas se describen mediante media  $\pm$  DE si siguen una distribución normal y mediante mediana y rango intercuartílico (RIC) en caso contrario. Las variables cualitativas se describen mediante proporciones. Se realizó un análisis de  $\chi^2$  ajustando al t Fisher cuando fue necesario en variables cualitativas y realizó t-Student o U de Mann Whitney en cuantitativas. En el análisis multivariante realizamos un análisis de regresión logística incluyendo aquellas variables que consideramos más significativas. Para el análisis estadístico utilizó el programa SPSS versión 20.

**Resultados:** De un total de 155 pacientes, 75 (48,4%) recibieron TQx y 80 (51,6%) TMx. Los de TQx presentaban menos edad que los de TMx (66 (55-77), 76 (63-82);  $p < 0,001$ ). El grupo con TMx presentaban más ictus, DM y neoplasia (5,3% vs 16,2%;  $p = 0,03$ ), (20% vs 33,8%;  $p = 0,05$ ), (2,7% vs 12,5%;  $p = 0,05$ ) respectivamente. La función renal y en las transaminasas, fueron más elevadas en los pacientes con TMx ( $p < 0,001$  en todas las variables). El dolor abdominal (98,7% vs 82,5%;  $p = 0,01$ ) y el murphy (68% vs 40%;  $p < 0,001$ ) fue mayor en TQx que en TMx. No hubo diferencias significativas entre TQx y TMx, ni en el diagnóstico ni en la etiología de la CA. En cuanto a las variables resultado, la mortalidad durante el ingreso fue del 1,3% en los pacientes de TQx vs 11,2% en los TMx: OR: 0,01 (IC95% 0,13-0,86),  $p = 0,012$ . La mortalidad a los 6 meses en los pacientes de TQx fue de 1,4% frente al 4,5% en los de TMx: OR 0,23 (IC95% 0,25-2,13),  $p = 0,1$ , no hallando diferencias estadísticamente significativas. Sobre el reingreso a los 6 meses por PB, en los pacientes de TQx fue de 2,8%, siendo del 29% en los pacientes de TMx: OR 0,01 (IC95% 0,13-0,86),  $p = 0,012$ . En un análisis multivariante de las variables asociadas a mortalidad durante el ingreso, la presencia de neoplasia fue la única variable que se mantuvo significativa (HR: 12,95; IC95% 1,21-137,93;  $p =$

0,034), mientras que el ictus fue la asociada a la mortalidad a los 6 meses (HR: 60,04; IC95%: 1,88-1.917; p = 0,02). En el análisis de las variables asociadas a reingreso, el tipo de tratamiento fue la única variable que se mantuvo significativa (HR TQx: 0,07; IC95% 0,02-0,31; p = 0,001).

*Discusión:* Observamos diferencias entre ambos grupos. Los pacientes con TQx son menos añosos, presentan menor número de comorbilidades y una mayor tasa de dolor abdominal que los de TMx. Al realizar el análisis univariante hallamos diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad durante el ingreso al comparar ambos grupos, no ocurrió así al realizar el análisis multivariante, donde la neoplasia fue el único factor determinante, probablemente esto se deba al tamaño de la muestra. Por el contrario el tipo de tratamiento recibido si influyó en el reingreso a los 6 meses, teniendo un menor riesgo los pacientes que habían recibido TQx.

*Conclusiones:* El TQx de las CA fue un factor protector, que evitó el reingreso de los pacientes en los siguientes 6 meses. La neoplasia activa y el ictus fueron los únicos factores que realmente condicionaron la mortalidad.