CIR ESP. 2018;96(Espec Congr):6

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-093 - ¿ES POSIBLE APLICAR UN PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN MULTIMODAL EN APENDICITIS AGUDA COMPLICADA?

Ruiz-Tovar, Jaime[1]; Artuñedo, Pedro[2]; Manso, Belen[2]; Alias, David[2]; Levano, Cesar[2]; Jiménez-Fuertes, Montiel[2]; Díaz, Gustavo[2]; Duran, Manuel[2]

[1]Centro de Excelencia para el Estudio y Tratamiento de la Obesidad, Valladolid; [2]Hospital Rey Juan Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es uno de los principales procedimientos quirúrgicos urgentes llevados a cabo en cualquier hospital general. Se considera apendicitis aguda complicada en aquellos casos en los que hay gangrena y perforación apendicular, así como presencia de peritonitis localizada o generalizada, lo que condiciona un cuadro de infección intrabdominal grave. La aplicación de protocolos de Rehabilitación Multimodal en cirugía de urgencias está aún en fase de desarrollo y en situaciones de infección intrabdominal grave su utilización es controvertida, por el mayor riesgo de aparición de complicaciones.

Métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes mayores de 14 años intervenidos de apendicectomía laparoscópica por sospecha diagnóstica de apendicitis aguda entre octubre de 2014 y abril de 2017. En función de los hallazgos quirúrgicos, se clasificó como apendicitis complicada a la apendicitis gangrenosa y perforada, y con peritonitis local o generalizada. Las variables analizadas fueron complicaciones, aplicabilidad del protocolo de Rehabilitación Multimodal y estancia hospitalaria. Se analizaron también reactantes de fase aguda analíticos (recuento leucocitario, proteína C reactiva y fibrinógeno). El protocolo de Rehabilitación multimodal incluyó analgesia multimodal (TAP + analgesia iv), profilaxis de náuseas y vómitos siguiendo la escala de Apfel e inicio de tolerancia y movilización a las 6h de la cirugía.

Resultados: De un total de 286 apendicectomías realizadas durante el periodo de estudio, se seleccionaron 106 apendicectomías por apendicitis complicada (37,1%), incluyendo 62 varones (58,5%) y 44 mujeres (41,5%), con una media de edad de 34,95 ± 17 años. Todas las cirugías se realizaron por vía laparoscópica, sin necesidad de conversión. Aparecieron 7 complicaciones postquirúrgicas, de las cuales 2 fueron infección del sitio quirúrgico incisional superficial, un hematoma de la pared y 4 ISQ órgano-cavitarias. La estancia hospitalaria media en las apendicitis complicadas fue de 3,4 días frente a 1,2 días en las apendicitis no complicadas ($p < 0,001$). La tasa de reingreso en las apendicectomías complicadas fue del 1,9%. No fueron necesarias reintervenciones ni hubo mortalidad. En 10 pacientes con apendicitis complicadas (incluyendo todos los que presentaron complicaciones) no se pudo completar la aplicación del protocolo de Rehabilitación Multimodal por la presencia de náuseas o vómitos y dolor abdominal mal controlado. La tasa global de cumplimiento del protocolo fue del 90,6%. Se observó que los pacientes con

apendicitis complicada presentaban mayor recuento leucocitario (diferencia media 2.298,65/mm^3; IC95% (591,03-4.006,28); p = 0,009). Se estableció un punto de corte en 12.500/mm^3, con una sensibilidad del 73% y una especificidad de 68,2% para el diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda complicada.

Conclusiones: En casos de apendicitis aguda complicada puede aplicarse un protocolo de Rehabilitación Multimodal con seguridad, con una tasa de cumplimiento mayor del 90%. No se asocia a mayor número de complicaciones, reingresos, reintervenciones ni mortalidad. De forma preoperatoria, valores de leucocitos > 12.500/mm^3 pueden predecir la presencia de apendicitis aguda complicadas.

0009-739X © 2018 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados