

Estancia hospitalaria en apendicectomías laparoscópicas

Length of stay (LOS) in laparoscopic appendectomy

Sra. Directora:

Hemos leído con interés el artículo de Guanche Garcell et al.¹, y de acuerdo con los resultados presentados en su estudio, así como su valoración sobre la estancia hospitalaria de los pacientes que se someten a apendicectomías laparoscópicas, quisiéramos aportar nuestra experiencia desde un hospital del Sistema Nacional de Salud español.

La elección de la técnica quirúrgica para el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda (AA) en la población pediátrica es un tema en constante discusión y sobre el que no existe todavía un consenso en la literatura científica internacional. Algunos estudios señalan que la cirugía laparoscópica (CL) ha demostrado ser más beneficiosa que la cirugía abierta (CA) debido a que los pacientes experimentan menos dolor postoperatorio, reducción de las infecciones en la herida, mejor apariencia estética, menor consumo de antibióticos y una recuperación más rápida²⁻⁴.

En el estudio se han revisado 717 apendicectomías realizadas por los servicios de Cirugía General (20,2%) y Cirugía Pediátrica (79,8%) del Hospital Clínico Universitario de Valladolid entre los años 2010 y 2015. La estancia media hospitalaria fue de 3,49 días (DE 6,48). La distribución de la estancia hospitalaria ajustada por la gravedad de la apendicitis, según anatomía patológica, mostró en las AA perforadas una media de 6,27 y un P_{25-75} de 4 a 8 días, y en las AA gangrenosas una media de 4,54 y un P_{25-75} de 3

a 6 días. Las simples y flemonosas tuvieron el mismo P_{25-75} , entre 2 y 3 días.

La muestra se dividió en dos cohortes de pacientes según la técnica quirúrgica realizada: CA 22,3% y CL 77,3%. La tasa global de estancia en el grupo de CL fue del 3,62%, respecto al 3,43% de la CA ($p=0,11$). La estancia media en AA no complicadas fue de 3,31 días en CA y de 2,78 días en CL ($p<0,05$). En AA complicadas la estancia media en CA fue de 4,81 días y en CL de 5,03 días ($p>0,05$). La estancia hospitalaria ajustada por gravedad fue mayor para CA en AA negativas, simples y flemonosas, y en CL se observaron mayores estancias en AA gangrenosas y perforadas (fig. 1).

Esta contribución pretende refrendar lo manifestado por Guanche Garcell et al.¹ en cuanto a que acciones formativas simples pueden conseguir reducciones en la estancia hospitalaria, pero a su vez es preciso profundizar en otras variables para conseguir mejores resultados, tanto clínicos como económicos.

La duración de la estancia hospitalaria es el factor más importante del coste hospitalario de la AA y la gravedad de la enfermedad también condiciona el incremento de los costes hospitalarios, por lo que algunos autores sostienen que utilizando métodos seguros y efectivos para reducir la duración del tratamiento antibiótico intravenoso se reduciría la estancia hospitalaria de los pacientes con AA⁵. Esta estrategia ayudaría a mejorar el proceso de atención de los pacientes hospitalizados con AA y reduciría los costes hospitalarios⁶.

Intervenciones para reducir la estancia hospitalaria en las apendicectomías son acciones adecuadas, pero con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes desde un punto de vista integral, las futuras investigaciones deberían ir orientadas hacia el abordaje de las causas subyacentes y primigenias causantes de la apendicitis, tan antigua como el hombre y que tantas muertes ha causado^{7,8}.

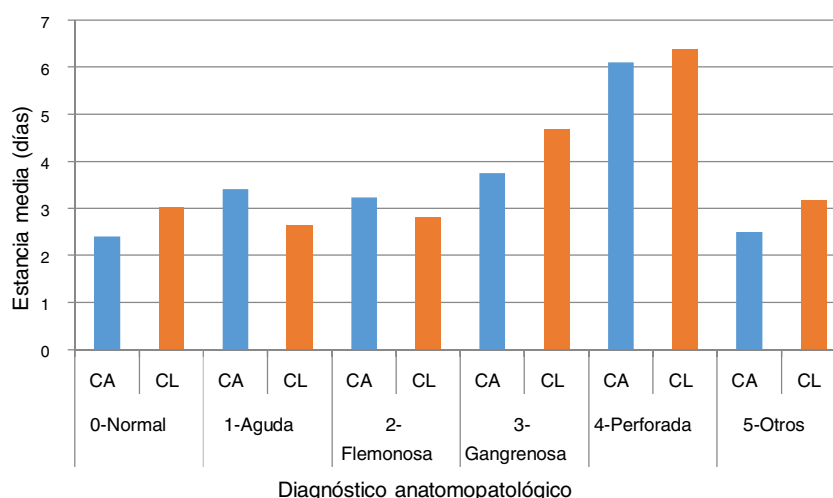


Figura 1 Estancia media ajustada por anatomía patológica y por técnica quirúrgica.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Guanche Garcell H, Valle Gamboa ME, Guelmes Dominguez AA, Hernández Hernandez E, Bode Sado A, Alfonso Serrano RN. Effect of a quality improvement intervention to reduce the length of stay in appendicitis. *J Healthc Qual Res.* 2019;34:228–32.
2. Minutolo V, Licciardello A, di Stefano B, Arena M, Arena G, Antonacci V. Outcomes and cost analysis of laparoscopic versus open appendectomy for treatment of acute appendicitis: 4-years experience in a district hospital. *BMC Surg.* 2014;14:14.
3. Jaschinski T, Mosch CG, Eikermann M, Neugebauer EA, Sauerland S. Laparoscopic versus open surgery for suspected appendicitis. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;11:CD001546.
4. Athanasiou C, Lockwood S, Markides GA. Systematic review and meta-analysis of laparoscopic versus open appendectomy in adults with complicated appendicitis: An update of the literature. *World J Surg.* 2017;41:3083–99.
5. Lin H-F, Lai H-S, Lai IR. Laparoscopic treatment of perforated appendicitis. *World J Gastroenterol.* 2014;20:14338–47.
6. Pershad J, Waters TM, Langham MR, Li T, Huang EY. Cost-effectiveness of diagnostic approaches to suspected appendicitis in children. *J Am Coll Surg.* 2015;220:738–46.
7. Childers CP, Dworsky JQ, Massoumi RL, Shenoy R, Maggard-Gibbons M, Lee SL, et al. The contemporary appendectomy for acute uncomplicated appendicitis in children. *Surgery.* 2019;165:1027–34.
8. Van Dijk ST, van Dijk AH, Dijkgraaf MG, Boermeester MA. Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg.* 2018;105:933–45.

A. Sánchez Abuín^{a,b,*} y M. López Gobernado^b

^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

^b Servicio de Estudios, Documentación y Estadística, Consejería de Sanidad, Junta de Castilla y León, Valladolid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: asanchezab@saludcastillayleon.es (A. Sánchez Abuín).

<https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2019.12.003>

La conspiración del silencio en la asistencia al final de la vida

The conspiracy of silence in end-of-life healthcare

Sra. Directora:

La *conspiración del silencio* es un fenómeno que afecta a la forma en la que el paciente afronta el final de su vida, y para su prevención y detección no hay protocolos ni guías disponibles. Mantener una relación médico-paciente honesta desde el inicio, respetado los deseos del paciente, es necesaria para que el paciente y su familia se adapten a esta etapa.

Presentamos el caso de un varón de 64 años, sin antecedentes de interés, que en 2016 se diagnosticó de adenocarcinoma gástrico. Se realizó gastrectomía y después se administró quimio y radioterapia. En marzo de 2019 presentó cuadro de oclusión intestinal que requirió intervención urgente, objetivándose una neoplasia estenosante de recto, siembra de implantes tumorales y lesión hepática; la anatomía patológica confirmó que eran metástasis de adenocarcinoma. Posteriormente acudió a la consulta de oncología. Por su deterioro general (ECOG 2-3) se desestimó tratamiento paliativo sistémico. De forma rápidamente progresiva fue presentando astenia, anorexia, sensación nauseosa permanente, dolor abdominal y estreñimiento. Ingresó un mes después por claudicación familiar. El tratamiento que en ese momento precisaba el paciente era

buprenorfina transdérmica 35 mg, metoclopramida y paracetamol.

Durante la entrevista clínica el paciente preguntó: «*qué es lo que le pasaba*», «*por qué se encontraba así*», «*por qué no mejoraba*», ya que en oncología le informaron de que no pondrían tratamiento hasta que no mejorara su estado. La esposa, que se encontraba presente, interrumpía de forma constante la conversación dirigiéndose al paciente con mensajes de una pronta recuperación. A pesar de que el paciente manifestaba su deseo de estar en casa, la esposa consideraba que en el hospital se le proporcionaban muchos más cuidados de los que se podían administrar en su domicilio. Ya a solas con ella, insistía en que su marido no debía conocer el diagnóstico y principalmente el pronóstico, ya que su ánimo depresivo le podría llevar a realizar intentos autolíticos. En cuanto a la posibilidad de manejo ambulatorio, ella rechazaba la valoración por el equipo de soporte de ayuda a domicilio al considerar que estas visitas afectarían negativamente a la forma en la que su marido afrontaría la enfermedad.

Cuando ingresó, el paciente se encontraba con buen nivel de consciencia, presentando caquexia, signos de deshidratación, una hepatomegalia dolorosa hasta fosa ilíaca y peristaltismo disminuido. Dada la situación terminal, solo se realizó analítica básica, radiografía de tórax y electrocardiograma, que no mostraban más alteración que anemia microcítica leve e hipoproteínemia leve.

Durante las visitas era la esposa la que contestaba a las preguntas que se le hacían al paciente, insistiendo en que había opciones de mejoría. Ante la vulneración del derecho a la autonomía del paciente, se decidió consultar al