



P-281 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE APENDICECTOMÍA SIN INGRESO POR APENDICITIS AGUDA. PROTOCOLIZACIÓN Y DIFICULTADES

López Cano, David; García Torralbo, Eva María; Hidalgo Grau, Lluís; Algilaga Segovia, Raquel; Anes Galán, Minerva María; Prenafeta, Albert; Bomuy Giménez, Ernest

Consorci Sanitari del Maresme, Mataró.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es uno de los diagnósticos más comunes en los servicios de urgencias y es una de las indicaciones quirúrgicas urgentes más frecuentes. El tratamiento de elección actualmente es la apendicectomía laparoscópica (AL). Basándonos en la literatura sobre apendicectomía sin ingreso en población pediátrica y adulta, creemos que la ambulatorización de dicho procedimiento es segura, eficiente y bien valorada por el paciente.

Métodos: En nuestro centro disponemos de una Unidad de Cirugía Sin Ingreso (UCSI) Integrada tipo I con horario de lunes a viernes de 07:00h a las 23:00h. Dada la amplia experiencia en cirugía mayor ambulatoria (CMA) de nuestro centro (índice de ambulatorización global por encima del 70%), se ha diseñado un protocolo de realización de AL. régimen ambulatorio en pacientes seleccionados, con objetivo de obviar el ingreso hospitalario y los costes económicos consecuentes, manteniendo una alta calidad en los cuidados perioperatorios, seguridad y satisfacción del paciente. Para ello se ha implementado un protocolo adaptado a nuestro centro, con estrictos criterios de selección, cuidados perioperatorios, criterios de alta y seguimiento posoperatorio con registro y análisis de los resultados. Para tener conocimiento de la población susceptible de aplicar el protocolo, se ha realizado un análisis previo retrospectivo de los pacientes intervenidos en un año de apendicitis aguda. La previsión inicial es conseguir un índice de sustitución del 20%, sin aumentar la morbilidad, reingresos o consultas no planificadas durante los 30 días posteriores a la intervención y evaluar el grado de satisfacción de los pacientes. Para considerar la AL. como ambulatoria seguimos la definición de la IAAS: el paciente tiene que ser dado de alta el mismo día de la intervención, excluyendo la pernocta.

Resultados: Desde 01-01-22 al 01-04-23 se han realizado en nuestro hospital 251 AL, de las cuales solo 6 han sido en régimen de CMA lo que supone un índice de sustitución del 2,39%, muy por debajo de los objetivos iniciales. De los 6 pacientes solo 1 tuvo que reingresar en los primeros 30 días y fue por causas ajena a la intervención quirúrgica.

Conclusiones: La AL. en régimen de CMA en nuestra corta experiencia es un procedimiento seguro y con buena satisfacción para el paciente, pero existen francas dificultades para poder llevarlo a cabo y ampliar su uso. Las Unidades Integradas tipo I tiene más dificultad para implementar dicho procedimiento al compartir quirófanos. Al utilizar quirófanos de urgencias, las AA pasan a segundo término tras intervenciones de mayor complejidad. Esto condiciona un retraso en el inicio de la cirugía e impide incluir dichos pacientes en el protocolo por horario de nuestra UCSI (cuando la intervención concluye en horario posterior a las 18:00 y los fines de semana). Para conseguir mayores índices de sustitución, es necesaria la simplificación de los

circuitos, flexibilizar criterios de inclusión y exclusión y la máxima colaboración de todo el personal implicado para cumplir horario de UCSI.