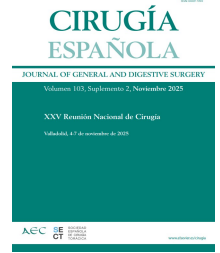




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-083 - MANEJO AMBULATORIO DE DIVERTICULITIS AGUDA EN PACIENTES CON COMORBILIDADES: ¿HORA DE REPLANTEAR LOS LÍMITES?

Mañaricua Arnaiz, Asier; Ramos Bonilla, Antonio; Álvarez Cuiñas, Ana; Cancelas Felgueras, Maria Dolores; Castro Lara, Ricardo Jesús; Neira Melús, Sara; Navarro Regi, Aurora; Martín Ramiro, Javier

Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Objetivos: Análisis del impacto de la diabetes mellitus (DM) y enfermedad renal crónica (ERC) en diverticulitis agudas (DA) no complicadas.

Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el Hospital Universitario Severo Ochoa (Madrid) entre 2023 y 2024 incluyendo todos los casos de DA. Se recogieron, variables demográficas, pruebas complementarias y tratamiento recibidos, con un seguimiento de 6 meses. A partir de criterios clínicos y las clasificaciones de la WSES y de Hinchey modificada, se definió el tipo de manejo (ambulatorio u hospitalario) de acuerdo con el protocolo establecido en nuestro centro. Los criterios de nuestro centro para un manejo ambulatorio incluyen: imagen radiológica compatible con DA no complicada, buena tolerancia oral, dolor controlado y ausencia de comorbilidades relevantes como DM, ERC o insuficiencia cardíaca.

Resultados: Se analizaron 249 pacientes, de los cuales 167 (67%) fueron tratados de forma ambulatoria y 82 (33%) requirieron ingreso, siendo la edad media similar en ambos grupos (62 años) y con mayor presencia de mujeres en el grupo ambulatorio (62%), mientras que en el hospitalizados la distribución fue más equitativa. El 36% de los ambulatorios presentaban obesidad frente a un porcentaje inferior en los ingresados. Respecto a comorbilidades, la hipertensión fue la más prevalente (38%), seguida de dislipemia (36%) y DM (10%). Un 6% del total presentaba ERC. El 74% de los hospitalizados nunca había presentado un episodio previo de DA, cifra significativamente menor (53%) en los ambulatorios, observando analíticamente una de las diferencias más significativas en la proteína C reactiva (PCR): 120 mg/L en hospitalizados frente a la mitad en ambulatorios (65 mg/L). Se definió “fracaso” del tratamiento como la aparición de un nuevo episodio de DA durante los primeros 30 días tras el alta, y “recidiva” como un nuevo episodio entre los 30 días y 6 meses posteriores. En base a ello se analizaron pacientes con DM y/o ERC donde se llevó a cabo una transgresión del protocolo al ser manejados ambulatoriamente. Dentro del grupo de manejo ambulatorio se identificaron 12 pacientes con DM con solo un fracaso, lo que representa un 8,3% (frente al 2% observado en ambulatorios no DM). Respecto a la tasa de recidiva destaca la ausencia de esta en DM ambulatorios, frente a un caso en hospitalizados con DM. Igualmente se observaron 5 pacientes con ERC manejados ambulatoriamente, donde ninguno fracasó a 30 días y solo uno presentó recidiva de la enfermedad en el periodo definido (20%), similar a lo que ocurre en los hospitalizados con ERC, que presentaron una tasa de recidiva del 18%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que, pese a que el manejo ambulatorio en pacientes con ERC podría considerarse con cautela, dado que sus tasas de fracaso y recidiva son similares a las del grupo sin ERC, los pacientes con DM presentan mayores tasas de fracaso que bien podrían justificar su actual

exclusión del protocolo ambulatorio. Pese a ello, se requieren estudios más amplios que permitan definir con mayor precisión qué pacientes con comorbilidades pueden beneficiarse de un tratamiento ambulatorio seguro y eficaz.