



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-259 - HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO COMO SOPORTE EN EL TRATAMIENTO DE LA DIVERTICULITIS AGUDA. ¿SOLO PARA CASOS NO COMPLICADOS?

Sagarra Cebolla, Elena; Revuelta Ramírez, Julia; Santos Antón, Juan Miguel; Bra Insa, Eneida; de San Pío Carvajal, Eduardo; Muros Bayo, José Manuel; García de La Torre Rivera, María Pilar; Ríos Blanco, Raquel

Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla.

Resumen

Introducción: La diverticulitis aguda (DA) es una patología muy frecuente cuyo manejo ha variado a lo largo de los años. Actualmente, en casos leves se aboga por un manejo conservador con reposo digestivo y antibioterapia oral, mientras que ante factores de riesgo de mala evolución o DA complicada se recomienda ingreso hospitalario para antibioterapia intravenosa y seguimiento estrecho. La hospitalización a domicilio (HaD) es un servicio disponible en múltiples centros que disminuye la estancia hospitalaria sin comprometer la seguridad del paciente.

Objetivos: Describir el proceso y los resultados del manejo en HAD de pacientes con episodios de DA con necesidad de tratamiento antibiótico intravenoso.

Métodos: Análisis retrospectivo de todos los casos de DA manejados de forma conservadora sin precisar intervención quirúrgica y que completaron el manejo en la unidad de HaD, entre enero de 2020 y febrero de 2024. Los pacientes fueron recuperados de la base de datos de ingresos hospitalarios en HAD. Se analizaron variables demográficas, analíticas y diagnósticas.

Resultados: Cursaron ingreso en HAD 70 pacientes, 38 de ellos (54,3%) varones, con edad media $54,5 \pm 14,24$ años (el mayor, 93 años). De 70 pacientes, 44 (62,85%) presentaron criterios radiológicos de complicación: 12 tenían DA Hinchey-Ia con neumoperitoneo, 34 fueron Hinchey-Ib y solamente 2 Hinchey-II. Los 24 (37,15%) restantes presentaron episodios de DA sin criterios radiológicos de complicación, precisando tratamiento antibiótico por comorbilidades (diabetes mellitus, tratamiento inmunosupresor o quimioterapia activa) en 14 casos y 10 por criterios clínicos (leucocitosis $> 15.000/\text{mm}^3$, proteína C reactiva $> 100 \text{ mg/l}$ o edad > 70 años). 30 (42,85%) pacientes fueron ingresados en HAD directamente desde Urgencias, presentando una estancia media en urgencias 0,9 días y domiciliaria en HAD 6,53 días. Los 40 pacientes restantes (57,15%) precisaron ingreso hospitalario, con estancia media hospitalaria 3,7 días e ingreso HAD medio 8,22 días. En global, la estancia media hospitalaria evitada fue 7,5 días por paciente. La pauta antibiótica más utilizada (amoxicilina-clavulánico no se puede administrar en domicilio) fue ceftriaxona con metronidazol (48,57%), seguida de piperacilina/tazobactam (30%), ertapenem (12,85%), levofloxacino con metronidazol (7,14%) en alérgicos a β -lactámicos; 1 paciente precisó combinación de ertapenem, linezolid y fluconazol. Ningún paciente precisó ingreso hospitalario desde HaD ni hubo reingresos en los primeros 30 días tras el alta.

Conclusiones: El manejo domiciliario en HAD de los pacientes con DA es factible y seguro tanto en pacientes con DA no complicada con factores de riesgo como con episodios de DA complicada, presentando una baja tasa de reingreso y de complicaciones. La disminución de la estancia intrahospitalaria de los pacientes probablemente mejore la eficiencia de la asistencia sanitaria, así como disminuya las complicaciones nosocomiales de los pacientes.