



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-42 - ALTA HOSPITALARIA TRAS RESECCIÓN PULMONAR CON SISTEMA DE DRENAJE PLEURAL DIGITAL PORTÁTIL: ESTUDIO DE SEGURIDAD, COSTE Y EFICACIA

Moradiellos Díez, F.J.; Amor Alonso, S.; Valdebenito Montecino, A.P.; Hernández de Córdoba, I.; Ovejero Díaz, A.P.; Córdoba, M.

Hospital Universitario Quirónsalud Madrid, Pozuelo de Alarcón (Madrid).

Resumen

Objetivos: La fuga aérea persistente (FAP) es un evento posoperatorio frecuente tras resección pulmonar. La FAP obliga a mantener el drenaje torácico y, con frecuencia, a prolongar la hospitalización. Los sistemas de drenaje pleural digital portátil registran y mantienen la presión intrapleurales de forma autónoma permitiendo la deambulación e, incluso, el alta hospitalaria. El objetivo de este estudio es evaluar la seguridad, eficacia y ahorro de costes de un protocolo de control ambulatorio de pacientes dados de alta con un sistema de drenaje pleural digital portátil al presentar FAP tras resección pulmonar.

Métodos: Analizamos retrospectivamente los datos de una base prospectiva específica de pacientes sometidos a resección pulmonar en nuestro centro entre febrero de 2014 y septiembre de 2017. Se obtuvo el consentimiento informado para la participación en este estudio. Los pacientes con FAP (> 5 días) fueron incluidos en un protocolo de alta hospitalaria con sistema de drenaje pleural digital portátil tras la obtención de consentimiento informado. El protocolo incluyó la monitorización remota mediante el envío de los datos diarios de fuga aérea, así como el control ambulatorio en consulta para recambio de depósitos, manejo analgésico y retirada del drenaje. Se registraron las complicaciones y se evaluó la satisfacción de los pacientes mediante un cuestionario ad hoc así como el ahorro en costes de asistencia.

Resultados: De un total de 428 pacientes con resección pulmonar se incluyeron 26 pacientes con FAP (6,1%) en el protocolo de alta hospitalaria con drenaje pleural digital. La media de permanencia del drenaje torácico fue de 16,1 días (DE 6,4 días). El 92,3% de los pacientes fueron manejados de forma completamente ambulatoria y la media de revisiones en consulta fue de 3,7 visitas (DE 1,1 visitas) hasta la retirada del drenaje. Cuatro pacientes (15,4%) requirieron asistencia puntual en el servicio de urgencias para cambio no programado del depósito y dos pacientes fueron reingresados por infección respiratoria y analgesia insuficiente, respectivamente. Se emplearon opiáceos transdérmicos para el control analgésico adicional a la medicación oral en el 53,8% de los pacientes. No se registraron complicaciones infecciosas locales y ningún paciente necesitó intervenciones adicionales sobre el drenaje. En la evaluación posterior, el 92,3% de los pacientes estaban "satisfechos" o "muy satisfechos" con el manejo ambulatorio. Se obtuvo un ahorro de 211 estancias hospitalarias y, considerando los costes de las atenciones ambulatorias y reingreso, el ahorro total

obtenido fue de 81.200 euros (3.123 €/paciente incluido en protocolo).

Conclusiones: El alta hospitalaria con drenaje pleural digital es, según nuestros datos, una estrategia segura para el manejo de pacientes con FAP. La monitorización remota y control ambulatorio, evitando ingresos hospitalarios prolongados, minimizando el control ambulatorio y permitiendo la retirada del drenaje al cesar la fuga aérea, resultó satisfactoria para la mayoría de los pacientes. La aplicación de este protocolo permitió un considerable ahorro de costes así como la liberación de recursos hospitalarios.