



P-245 - FACTORES ANALÍTICOS PREOPERATORIOS ASOCIADOS A INFECCIÓN DE SITIO QUIRÚRGICO TRAS APENDICECTOMÍA POR APENDICITIS AGUDA

L. Giner Bernal, J. Ruiz Tovar, A. Arroyo, M.J. Alcaide, A. López, P. Moya, F. Candela, L. Armañanzas, J. Santos, I. Oller y R. Calpena

Hospital General Universitario, Elche.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda constituye la causa más común de abdomen agudo quirúrgico, así como la apendicectomía es la cirugía de urgencias más practicada en un hospital, ocupando alrededor del 20% de las cirugías urgentes realizadas. La tasa de ISQ tras apendicectomía está en torno al 10%. El cuadro infeccioso origina una alteración de factores analíticos considerados reactivos de fase aguda, como son la leucocitosis, elevación de proteína C reactiva o del fibrinógeno. El objetivo de este trabajo es analizar la asociación de factores analíticos preoperatorios con la aparición de infección del sitio quirúrgico (ISQ) tras apendicectomía por apendicitis aguda.

Métodos: Realizamos un estudio observacional prospectivo de todos los pacientes diagnosticados de apendicitis aguda que fueron intervenidos en nuestro hospital entre junio y diciembre de 2012. Evaluamos la asociación de parámetros analíticos que presentaban al ingreso y su asociación con infección de sitio quirúrgico.

Resultados: Analizamos 89 pacientes, 43% mujeres y 57% hombres con una edad media de $22,9 \pm 15,4$ años (rango 6-84). Las comorbilidades que presentaban los pacientes fue obesidad 12%, 5% hipertensión arterial, 8% dislipemias, 2% infarto agudo de miocardio y un 3% EPOC. Las manifestaciones clínicas que presentaban a su llegada a urgencias fueron 100% de los pacientes localizaban el dolor en fosa ilíaca derecha (FID) o hipogastrio lateralizado hacia la derecha, fiebre apareció en el 79% y náuseas/vómitos en un 43%. Dentro del estudio analítico destaca valores de PCR $22,8 \pm 31,7$ (2-108), leucocitos $13,8 \pm 4,7 \times 10^3$ neutrofilia: $78,2 \pm 13,7\%$ y fibrinógeno derivado: $432,9 \pm 108,5$. Se realizó apendicectomía abierta en un 62% y laparoscópica en un 38%, esta última con una tasa de reconversión del 0%. La tasa de ISQ superficial global fue del 14% (18% tras cirugía abierta y 8% tras abordaje laparoscópico (OR 1,22; IC 1,017-1,98; $p = 0,005$). La tasa de ISQ órgano/espacio global fue del 6% (7% tras abordaje abierta y 5% tras laparoscópico ($p = 0,237$). La mediana de estancia media hospitalaria fue 2 días (rango 1-12 días). El estudio anatomopatológico mostró apendicitis flemonosa (edematosa y catarral, sin signos de necrosis o supuración purulenta) en un 43% de los pacientes, apendicitis gangrenosa en un 38% y apendicitis perforada/peritonitis en un 19%. Se observó una correlación de la aparición de ISQ superficial con la leucocitosis ($16,9/\text{mm}^3$ frente a $12,9/\text{mm}^3$; $p = 0,017$) y con el conteo de neutrófilos absolutos ($14.000/\text{mm}^3$ frente a $7.800/\text{mm}^3$; $p = 0,001$). El resto de parámetros analizados no mostraron asociación estadísticamente significativa con la ISQ superficial. Ningún parámetro analítico se asoció

a ISQ órgano/espacio.

Conclusiones: La tasa de ISQ superficial es un 22% mayor tras cirugía abierta que tras laparoscopia. La leucocitosis y la neutrofilia son factores predictores de ISQ superficial.