



O-185 - EFICACIA, SEGURIDAD Y RENTABILIDAD CLÍNICA DE LA PUESTA EN MARCHA DE UNA VÍA CLÍNICA PARA PACIENTES ADULTOS INTERVENIDOS DE APENDICECTOMÍA DE CARÁCTER URGENTE

Mendoza Moreno, Fernando; Matías García, Belén; Díez Alonso, Manuel; Quiroga Valcárcel, Ana; Laguna Hernández, Pilar; Bru Aparicio, Marta; Vera Mansilla, Cristina; Gutiérrez Calvo, Alberto

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: Evaluar la eficacia de la implantación de una vía clínica para pacientes adultos con diagnóstico de apendicitis aguda e intervenidos mediante apendicectomía en la reducción del coste sanitario sin detrimento de la calidad asistencial. Para nuestro trabajo se propuso la reducción de al menos en 1 día del ingreso hospitalario de los pacientes con apendicitis aguda no complicada (AANC) y en 2 días en aquellos con diagnóstico posoperatorio de apendicitis aguda complicada (AAC) al comparar con nuestra experiencia. Además, se evaluó el gasto sanitario relacionado con la indicación de la antibioterapia.

Métodos: Para la elaboración de esta vía clínica se realizó una revisión de los pacientes intervenidos en nuestro centro con diagnóstico de apendicitis aguda en el período comprendido entre el 1 de enero de 2018 hasta el 31 de diciembre de 2021. Fueron intervenidos un total de 527 pacientes. Las variables demográficas y resultados obtenidos del análisis se muestran en la tabla 1. Para el cálculo de los costes sanitarios se utilizó la resolución del Boletín Oficial del Estado (BOE) del día 24 de diciembre de 2021, en donde el procedimiento de apendicectomía corresponde al Grupo Relacionado con el Diagnóstico (GRD) 225, el ingreso hospitalario diario tras intervención quirúrgica está establecido en 1.000 euros, así como la Urgencia Médica en atención especializada en 225 euros. Los costes derivados del uso de antibioterapia se establecieron de acuerdo al coste de Farmacia hospitalaria estableciendo la amoxicilina-clavulánico 1 g de administración intravenosa en 0,78 euros/vial frente a 2,23 euros/vial de la piperacilina-tazobactam.

AA No Complicada	527	(%)	Desviación
Total Edad	36,4		17,3
Sexo			
Hombres	191	53,8	
Edad	35,7		16,9
Mujeres	164	46,2	
Edad	37,1		17,7
Mortalidad	0		
Reingresos	6	1,7	
Estancia Reingreso media	4,2		3,5
Estancia media	1,5		1,4
Acceso			
Abierta	21	5,9	
Laparoscópicas	334	94,1	
Reconversión	1	0,3	
Infección Herida quirúrgica	1	0,3	
Íleo postquirúrgico	1	0,3	
Fiebre postquirúrgica	0	0,0	
Reintervención quirúrgica	2	0,6	
Drenaje	11	3,1	
Absceso intraabdominal	6	1,7	

AA Complicada	527	(%)	Desviación
Total Edad	49,2		17,7
Sexo			
Hombres	106	61,6	
Edad	47,3		17,8
Mujeres	66	38,4	
Edad	52,1		17,3
Mortalidad	2		
Reingresos	21	12,2	
Estancia Reingreso media	7,3		4,8
Estancia media	3,9		5,2
Acceso			
Abierta	4	2,3	
Laparoscópicas	168	97,7	
Reconversión	6	3,6	
Infección Herida quirúrgica	1	0,6	
Íleo postquirúrgico	22	12,8	
Fiebre postquirúrgica	19	11,0	
Reintervención quirúrgica	5	2,9	
Drenaje	74	43,0	
Absceso intraabdominal	26	15,1	

Resultados: Los pacientes intervenidos por AANC presentaron una estancia media de $1,5 \pm 0,4$ días frente a los pacientes intervenidos por AAC de $3,9 \pm 5,2$ días. En nuestra experiencia el gasto anual medio por paciente intervenido por AANC fue de 133,812,39 euros. El coste de los pacientes intervenidos por AAC fue de 168,821,91 euros. De acuerdo con nuestra hipótesis de trabajo, con la aplicación de la vía clínica obtendríamos en los pacientes intervenidos por AANC un coste de 44.604,13 euros mientras que en los pacientes intervenidos por AAC supondría un coste de 82.246,57 euros, lo que hubiera podido suponer una diferencia de 175.783,6 euros anuales. Por otro lado, en nuestra serie la colocación de drenaje intraabdominal profiláctico no evitó la formación de absceso residual posquirúrgico ni influyó en el resto de complicaciones posoperatorias, prolongando la estancia hospitalaria.

Conclusiones: La implantación de una vía clínica en patologías de alta prevalencia como la apendicectomía realizada de urgencias es necesaria. Tiene como objetivo, el reducir la variabilidad clínica, definir la secuencia, tiempo de duración, papel de los profesionales implicados de cara a la optimización de los recursos mejorando la calidad de la asistencia sanitaria. Podemos afirmar que una correcta selección de los pacientes además de alcanzar los objetivos anteriormente descritos contribuye a una reducción del gasto sanitario.