



## O-220 - ¿DIFIEREN TERRITORIALMENTE LOS DESAFÍOS EN EL MANEJO DE LA APENDICITIS AGUDA? PERSPECTIVA DEL ESTUDIO OBSERVACIONAL DE COHORTES SNAP-APPY ENTRE ESPAÑA Y SUECIA

Olmo, Rocío<sup>1</sup>; Aparicio, Daniel<sup>1</sup>; Martínez, Isidro<sup>1</sup>; Arroyo, Quetzal<sup>1</sup>; Ga, Bass<sup>2</sup>; Pareja, Felipe<sup>1</sup>; Padillo, Javier<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla; <sup>2</sup>Perelman School of Medicine at the University of Pennsylvania, Philadelphia.

### Resumen

**Objetivos:** La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más frecuente. En Europa existe heterogeneidad en manejo diagnóstico-terapéutico, cuidados perioperatorios, adherencia a guías clínicas y resultados. El objetivo del estudio es comparar dos naciones europeas con distintos marcadores socioeconómicos y sanitarios para evaluar diferencias y similitudes que permitan generar estrategias de mejora de resultados.

**Métodos:** Análisis de subgrupos del estudio prospectivo observacional multinacional no aleatorizado ESTES Snap-Appy, que incluye simultáneamente pacientes consecutivos durante tres meses ingresados en centros de España y Suecia con diagnóstico de apendicitis aguda en el periodo entre noviembre 2020 y mayo 2021 y seguidos durante tres meses. Se realiza análisis univariante para comparar variables entre países y evaluar su asociación a complicaciones.

**Resultados:** Se incluyen 2.198 pacientes, de los cuales 1.139 españoles (21 centros, media  $54 \pm 25$  pacientes/centro) y 1.059 suecos (9 centros,  $117 \pm 61$  pacientes/centro). No hubo diferencias entre países en parámetros demográficos o comorbilidad, excepto mayor IMC, COVID o cirugías previas en Suecia y fumadores en España. No hubo diferencias en duración de los síntomas. En España los pacientes tenían significativamente mayor leucocitosis y puntuación de Alvarado. La técnica de imagen más empleada en España fue la ecografía y en Suecia la TC. En ambas series la mayoría de los pacientes eran AAST clase I, si bien en España los clase IV eran significativamente más numerosos. La profilaxis antibiótica fue la norma pero significativamente superior en España, como más corto el tiempo a primera dosis de antibiótico. Los antibióticos empleados variaron entre países. El tratamiento antibiótico y tromboprolifaxis fueron más frecuentes en España. El tiempo a cirugía fue significativamente más corto en España. La apendicectomía laparoscópica fue la técnica mayoritaria, más frecuente en Suecia, sin diferencias en tiempo operatorio. En España la apendicectomía fue realizada mayoritariamente por residentes, frente a adjuntos en Suecia. La utilización de dispositivos energéticos de disección fue más frecuente en España, donde el muñón se trató preferentemente con lazo, frente a endograpadora en Suecia. No hubo diferencias en tratamiento mediante drenaje percutáneo. La histología mostró tasas similares de neoplasia, más apendicectomías blancas en España pero mayor índice de piezas no remitidas en Suecia. La tasa de ambulatorización fue superior en Suecia, pero también los reingresos. 385 pacientes (17,5%)

desarrollaron complicaciones, 236 (20,7%) españoles y 149 (14,1%) suecos ( $p < 0,001$ ). Fueron mayoritariamente leves y no hubo diferencias entre países en complicaciones graves. La más frecuente fue el absceso pélvico (3,7%; España 4,8 vs. Suecia 2,5%;  $p = 0,005$ ). Las complicaciones se asociaron con edad, IMC, ASA y comorbilidades, duración de síntomas, niveles de proteína C-reactiva, tiempo a intervención 24 horas, tratamientos distintos de apendicectomía, cierre de muñón mediante grapadora en España o lazo en Suecia y con menor volumen de casos/centro.

**Conclusiones:** Existen pocas diferencias en patrones demográficos y de enfermedad entre ambos países pero más en manejo diagnóstico-terapéutico. Su análisis y el conocimiento de prácticas locales permitirá a las sociedades quirúrgicas armonizar guías clínicas para mejorar resultados.