

Guías de Jerusalem 2025 para la apendicitis aguda

Rodrigo Ahumada-Cabello¹, Javier Gómez-Basauri¹, Felipe Imigo-Gueregat¹

Estimado Editor Dr. Julio Yarmuch:

Recientemente ha sido publicada la edición 2025 de las Guías de Jerusalén de la *World Society of Emergency Surgery* para el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda, documento que aborda una de las patologías más frecuentes en nuestra práctica quirúrgica y que continúa representando un desafío relevante para los equipos de urgencia y cirugía general¹.

Destaca, entre los principales aportes de esta actualización el fortalecimiento de un enfoque centrado en el paciente, incorporando de manera explícita la toma de decisiones compartida, particularmente en el manejo no operatorio de la apendicitis aguda no complicada. Este aspecto resulta especialmente relevante en la práctica clínica diaria, donde las decisiones terapéuticas no se basan exclusivamente en la evidencia disponible, sino también en las condiciones del paciente, su contexto social y la capacidad del sistema de salud para asegurar un seguimiento clínico oportuno. En este sentido, la integración de puntajes clínicos con estrategias de imagen diferenciadas por grupo etario y condición clínica contribuye a una práctica más racional y potencialmente a disminuir intervenciones innecesarias (recomendación condicional débil, certeza de evidencia moderada)¹.

Al comparar esta versión con las recomendaciones de la guía 2020 para manejo de apendicitis aguda, se aprecia una evolución conceptual relevante². Si bien en dicho documento ya se mencionaba el manejo no operatorio con antibióticos como una alternativa válida en pacientes seleccionados, la versión actual profundiza este enfoque con más cautela, delimitando con mayor claridad las indicaciones, riesgos y requerimientos de seguimiento (recomendación condicional débil, certeza de evidencia moderada)¹. No obstante, es fundamental tener presente que la tasa de recurrencia acumulada puede alcanzar hasta un 39 % a cinco años¹, por tanto, es legítimo preguntarse si en determinados pacientes el manejo no operatorio representa una solución definitiva del cuadro o, más bien, la postergación de la apendicectomía, escenario que debe ser explicado con claridad al momento de tomar la decisión

con el paciente. Entre las recomendaciones más relevantes en caso de tomar una actitud quirúrgica en una apendicitis aguda no complicada, se plantea un tiempo de resolución de 24 horas sin mayor riesgo de complicaciones (perforación, gangrena, etc.) lo que permitiría priorizar las intervenciones de urgencia ante la presencia de múltiples pacientes en espera de resolución quirúrgica (recomendación fuerte, certeza de evidencia moderada)¹.

Otro aspecto relevante que merece ser destacado de forma específica, es el énfasis en el riesgo de neoplasia apendicular en pacientes con apendicitis complicada y absceso periapendicular. La guía señala que en pacientes mayores de 35 años este riesgo puede alcanzar hasta un 14,3%, lo que justifica la recomendación de realizar apendicectomía diferida tras el manejo no operatorio inicial, entre 6 y 12 semanas (recomendación fuerte, certeza de evidencia moderada)¹.

Desde la perspectiva del contexto chileno, estas recomendaciones deben ser analizadas con especial atención. La implementación efectiva de estrategias de manejo no operatorio, el seguimiento clínico estrecho o la pesquisa diferida de neoplasias requiere un acceso oportuno a radiología, continuidad asistencial y controles ambulatorios garantizados siendo necesario estudio tomográfico y colonoscópico¹. Nuestra red de salud pública, caracterizada por una alta demanda, listas de espera y una amplia variabilidad de recursos y profesionales entre distintos hospitales del mismo nivel de complejidad a nivel nacional, hace que estos planteamientos no puedan concretarse.

Asimismo, desde el ámbito de la formación quirúrgica, existe el riesgo que recomendaciones clasificadas como condicionales o con un bajo nivel de evidencia sean interpretadas de manera simplificada por los cirujanos en formación o por equipos con menor experiencia, sin una adecuada comprensión de los supuestos clínicos y organizacionales que las sustentan. En este escenario, las guías deben entenderse como herramientas de apoyo a la toma de decisiones y no como algoritmos rígidos, reforzando la importancia del juicio clínico, la supervisión docente y la adaptación a la realidad local.

Consideramos que el verdadero impacto de la

¹Universidad San Sebastián, Hospital de Puerto Montt, Puerto Montt, Chile.

Recibido el 2026-02-13 y aceptado para publicación el 2026-02-21

Correspondencia a:
Dr. Felipe Imigo G.
felipeimigo@gmail.com

E-ISSN 2452-4549



actualización 2025 dependerá de la capacidad de las comunidades quirúrgicas y académicas para contextualizar críticamente sus recomendaciones, integrándolas a la realidad del sistema de salud chileno y utilizándolas como base para una práctica segura, reflexiva y centrada en el paciente.

Una perspectiva a considerar es la recomendación sobre el uso de tomografía de baja radiación con dosis de 2-3mSv como una alternativa para disminuir la exposición acumulada a radiación (recomendación condicional débil, certeza de evidencia baja).

Para finalizar, tras una lectura crítica de esta guía, creemos que en la realidad de la salud pública de Chile la apendicectomía laparoscópica es el tratamiento de referencia para el tratamiento de la apendicitis aguda; no obstante, el manejo no operatorio podría considerarse en casos seleccionados.

Declaración de Autoría

Todos los autores contribuyeron en la elaboración y revisión del documento.

Bibliografía

1. Podda M, Ceresoli M, De Simone B, Fugazzola P, Pata F, Balla A, et al. Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2025 edition of the World

Society of Emergency Surgery Jerusalem guidelines. JAMA Surg. 2026 Jan 28. doi: 10.1001/jamasurg.2025.6218.

2. Di Saverio S, Podda M, De Simone B, Ceresoli M, Augustin G, Gori A, et al.

Diagnosis and treatment of acute appendicitis: 2020 update of the WSES Jerusalem guidelines. World J Emerg Surg. 2020;15:27. doi: 10.1186/s13017-020-00306-3