CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):1066

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-343 - ANÁLISIS DE LOS FACTORES DE GRAVEDAD PREOPERATORIOS Y SU RELACIÓN CON LA MORBIMORTALIDAD EN EL ULCUS PÉPTICO PERFORADO

Morera Grau, Álex; Pons Fragero, María José; Membrilla Fernández, Estela; Ochoa Segarra, Rómulo Francisco; Segura Badía, Marcel; González Castillo, Ana; Pera Román, Miguel; Sancho Insenser, Joan

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Analizar el riesgo quirúrgico y estratificar la gravedad preoperatoria en relación con la morbimortalidad postoperatoria en el ulcus péptico perforado (UPP).

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo observacional de una base de datos mantenida prospectivamente desde julio 2011 a julio 2019. Se analizan edad, sexo, duración de los síntomas, consumo de tóxicos y AINES, comorbilidades, leucocitos, PCR, creatinina, localización y tamaño de la perforación, existencia o no de peritonitis y su extensión, comparando abordaje abierto (AA) y laparoscópico (AL). Para estratificar el riesgo quirúrgico y pronóstico preoperatorios se utilizaron las escalas ASA, Boey y PULP (los dos últimos específicos de UPP). Para valorar la sepsis preoperatoria: tensión arterial media y sistólica (TAM y TA), láctico en sangre, Glasgow, necesidad de drogas vasoactivas (DVA) y el fallo multiorgánico (SOFA). Morbimortalidad analizada según la clasificación Clavien-Dindo.

Resultados: Se intervinieron 93 pacientes por UPP, 68 hombres (73%) y 25 mujeres (27%). La media de edad fue de 49 ± 17 años (22-90), un 80% de pacientes (74) se intervino por AL, con una conversión del 7% (5) y por AA el 20% (19). Los AL consumieron más AINES (13 vs 0; p = 0,04). No hubo diferencias en cuanto a la duración de los síntomas, tóxicos, leucocitos, creatinina, ASA, Boey, localización del ulcus, cuadrantes afectados por peritonitis ni en la estancia hospitalaria, que fue de 11,5 ± 15 para ambos abordajes. La PCR fue significativamente mayor en el AA (4,2 ± 7,1 vs 12,5 ± 13,5; p = 0,017) así como el tamaño de la perforación (p = 0,0001). Ocho pacientes (9%) precisaron DVA preoperatorias: 3 en AL y 5 en AA. Los pacientes intervenidos por AA eran mayores (60 ± 23 vs 47 ± 15; p = 0,022) y su situación clínica más grave respecto al AL: PULP > de 7 (6 AA vs 5 AL p = 0,003), TAM (82 ± 17 vs 91 ± 15; p = 0,03) y SOFA (2 ± 2,7vs 0,6 ± 1,2; p = 0,03). El 56% de los pacientes tuvieron complicaciones, Clavien IIIb: 9 en grupo AL y 6 en AA, sin diferencia estadística significativa. Tampoco hubo diferencias en cuanto a reintervenciones, que se hicieron en 5 pacientes (5,4%): 4 en AL (3 dehiscencias y 1 colección pélvica) y en 1 paciente por dehiscencia en AA. La mortalidad global fue del 5,4% (5), 2 en AL y 3 en AA. En el análisis bivariante, falleció el 33% de los pacientes intervenidos por AL que precisaron DVA preoperatoriamente, frente al 67% del AA. En AA el 100% de los pacientes que fallecieron requirieron de DVA frente al 50% del AL. En el análisis multivariante mediante regresión logística binaria, la necesidad preoperatoria de DVA fue la única variable predictora independiente de mortalidad (OR: 62,0; IC95%: 5,5-692) mientras que PULP (3,54; IC95%: 1,5-7,6) fue el mejor predictor de complicaciones postoperatorias.

Conclusiones: La necesidad de DVA preoperatorias en el UPP conlleva mayor mortalidad. La necesidad preoperatoria de DVA se correlaciona con los scores de gravedad preoperatoria: Boey, PULP, SOFA y TAM, permitiéndonos simplificar la valoración global y el pronóstico. El score PULP es el mejor predictor independiente de complicaciones postoperatorias.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados