CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):12

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-012 - APORTACIÓN DE LA CIRUGÍA DE CONTROL DE DAÑOS AL SHOCK SÉPTICO DE ORIGEN ABDOMINAL

Landaluce Olavarria, Aitor; Ugarte Sierra, Soledad; Intxaurraga Fernández, Karmelo; García Palacios, José Luis; Pereira Arias, José Gregorio; Ibáñez Aguirre, Francisco Javier

Hospital de Galdakao, Galdakao.

Resumen

Introducción: La mortalidad del shock séptico de origen abdominal se estima alrededor del 50%. Cuando el shock séptico de origen abdominal es secundario a dehiscencia de anastomosis, la mortalidad se eleva por encima del 60%. A pesar de los cambios en los tratamientos, con la implantación de los protocolos de sepsis en los diversos hospitales, con varios puntos fuertes como ha sido el tratamiento antibiótico empírico antes de la primera hora de la sospecha diagnóstica y la resucitación agresiva, la mortalidad del shock séptico prácticamente no ha variado. Esto último, ha provocado que algunos grupos se planteasen la aplicación de la cirugía de control de daños, inicialmente aplicada a los politraumatismos, a los pacientes con shock séptico abdominal. Nuestro grupo, a partir de la creación de la unidad de urgencias, se planteó esta aplicación y el estudio de los resultados.

Métodos: Se presenta un estudio prospectivo de febrero de 2013 a marzo de 2015. En este estudio, se incluyen los pacientes con shock séptico de origen abdominal de causa quirúrgica. Se recogieron 10 pacientes con estas características. Las variables que se estudiaron fueron sexo, edad, obesidad, fumador y bebedor; causa del shock séptico; morbi-mortalidad preoperatoria teórica según el índice P-possum y el índice pronóstico de Manheim; cirugía de control de daños aplicada junto a abdomen abierto o no; tiempo quirúrgico empleado en esta cirugía; niveles de proteína C reactiva (PCR) y lactato antes de la cirugía de control de daños y en la segunda cirugía; necesidad de drogas vasoactivas y dosis; Segunda cirugía: programada o a demanda, número de cirugías aplicadas posteriormente; cirugía de cierre precoz de pared (menor de 7 días); morbilidad; mortalidad a 30 días.

Resultados: El 70% de los pacientes eran varones. La edad media fue de 63,1 (43-77) años. El 50% de los pacientes presentaban obesidad, eran fumadores y eran bebedores. Dentro de las causas de shock séptico, el 60% fueron secundarios a dehiscencia anastomótica en cirugía oncológica. Los niveles de PCR y lactato, descendieron de forma significativa tras la cirugía de control de daños. La cirugía de control de daños fue el cierre de los extremos proximales y distales a la perforación con sutura mecánica. En todos los casos, se aplicó cirugía a demanda entre 48 o 72 horas (límite para mantener cerrados los cabos intestinales) dependiendo de los valores analíticos y la necesidad de drogas vasoactivas. En un 60% de los pacientes, se realizo cierre precoz de pared. La mortalidad fue de un 20% aunque en el P-possum la mortalidad teórica fue de 60,72% (30-86) y el índice pronóstico de Manheim fue de 27,9 (16-38).

Conclusiones: La cirugía de control de daños aplicada a los pacientes con shock séptico de origen abdominal consigue descender de forma significativa la mortalidad en más del 50% de su valor teórico.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados