



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://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 morbilidad postoperatoria en el úlcus 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). Morbilidad 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  $49 \pm 17$  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 úlcus, cuadrantes afectados por peritonitis ni en la estancia hospitalaria, que fue de  $11,5 \pm 15$  para ambos abordajes. La PCR fue significativamente mayor en el AA ( $4,2 \pm 7,1$  vs  $12,5 \pm 13,5$ ;  $p = 0,017$ ) 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 ( $60 \pm 23$  vs  $47 \pm 15$ ;  $p = 0,022$ ) y su situación clínica más grave respecto al AL: PULP > de 7 (6 AA vs 5 AL  $p = 0,003$ ), TAM ( $82 \pm 17$  vs  $91 \pm 15$ ;  $p = 0,03$ ) y SOFA ( $2 \pm 2,7$  vs  $0,6 \pm 1,2$ ;  $p = 0,03$ ). 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.