

Morbimortalidad de pacientes con abdomen abierto contenido con bolsa de Bogotá, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central. Periodo 2015-2021.

Morbimortality of patients with open abdomen contained with stock exchange from Bogotá, in the General Surgery Department of the Central Military Hospital. Period 2015-2021.

Jorge Rodas *
 Gustavo Roa **
 Gloria Portillo **
 Panambi Aguilera ***
 Roberto Lezcano ***
 Cynthia Verdecchia ***

Hospital Militar Central de las Fuerzas Armadas. Asunción, Paraguay

RESUMEN

Objetivo: Determinar la morbilidad y mortalidad de pacientes con abdomen abierto contenido con bolsa de Bogotá, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central, periodo 2015-2021. **Metodología:** estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal, con una muestra de 25 pacientes en total revisando los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de abdomen abierto. **Resultados:** respecto a la edad, el promedio fue de 60,52 años, el rango 24 a 84 años y el desvío estándar $\pm 12,21$ de edad. La distribución por sexo fue de 60% de pacientes de sexo masculino y 40% de sexo femenino. Otro aspecto que se analizó en el estudio hace referencia a la clasificación de abdomen abierto según la escala de Bjork descrito para abdomen abierto. El tipo que se observó con mayor frecuencia fue 4 en el 72 % de los pacientes. La mortalidad en la muestra estudiada fue de 56%. El grupo restante tuvo alta hospitalaria. **Conclusión:** el manejo quirúrgico del abdomen agudo con técnicas como la laparostomía contenida sea de forma primaria o secundaria es un tema bastante complejo por las múltiples comorbilidades que pueden agregarse al cuadro patológico inicial, sumándole a ello una elevada mortalidad asociada.

Palabras clave: Morbimortalidad, abdomen abierto, bolsa de Bogotá.

SUMMARY

Objective: To determine the morbidity and mortality of patients with open abdomen contained with the Bogota bag, in the Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central, period 2015-2021. **Methodology:** retrospective descriptive cross-sectional study, with a sample of 25 patients in total reviewing the clinical records of patients with a diagnosis of open abdomen. **Results:** regarding age, the average was 60.52

years, the range was 24 to 84 years, and the standard deviation was ± 12.21 years of age. The distribution by sex was 60% male and 40% female. Another aspect that was analyzed in the study refers to the open abdomen classification according to the Bjork scale described for open abdomen. The most frequently observed type was 4 in 72% of the patients. Mortality in this study was 56%. The remaining group was discharged from hospital. **Conclusion:** surgical management of the acute abdomen with techniques such as contained laparotomy, whether primary or secondary, is a fairly complex issue due to the multiple comorbidities that can be added to the initial pathological picture, adding to it a high associated mortality.

Keywords: Morbidity and mortality, open abdomen, Bogotá bag.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad hay un notable aumento en el empleo de la técnica de abdomen abierto (también conocido como cierre temporal de la pared abdominal, o laparostomía) en las unidades de cuidado intensivo quirúrgico de hospitales de trauma y de tercer nivel. ⁽¹⁾

Inicialmente se diseñó como alternativa de manejo para los casos de peritonitis secundaria grave, pero más adelante sus indicaciones incluyeron cuadros de pancreatitis grave, síndromes de hipertensión intraabdominal y como parte de la cirugía de control de daños en pacientes con traumatismo abdominal. Entre los beneficios del abdomen se incluyen: la prevención de la hipertensión intraabdominal y el síndrome abdominal compar-

* Tutor Académico del Servicio de Cirugía General

** Jefe de Guardia del Servicio de Cirugía General

*** Residente de Cirugía General

Autor Correspondiente: Dra. Cynthia Verdecchia - Correo Electrónico: cynverdecchia@gmail.com - Dirección: Mbujapey c/ Blas Garay, Fernando de La Mora, Paraguay

Fecha de recepción: 23/11/2021 - Fecha de aprobación: 03/03/2022

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

timental, así como la identificación temprana de complicaciones intraabdominales (fuga de anastomosis, isquemia intestinal).^(2,3)

La utilización de esta estrategia quirúrgica ha ido en aumento al tiempo que la comunidad quirúrgica se familiariza con sus mecanismos de acción, sus ventajas y desventajas. Sin embargo, se asocia con morbilidad y mortalidad elevadas. En el 33,3% de los pacientes fue necesaria la realización de algún tipo de ostomía, siendo la ileostomía la más utilizada (57%).^(4,5)

Las indicaciones actuales son las siguientes: cirugía de control de daños, sepsis intraabdominal severa, síndrome compartimental abdominal, cierre de la pared abdominal a tensión, pérdida masiva de la pared abdominal.^(6,7)

Las características que tienen todas ellas son las siguientes: Contención de asas intestinales con aproximación de la pared abdominal, evitando evisceración. Mantener humidificación del contenido abdominal. Accesibilidad a la cavidad abdominal en caso necesario de reintervención quirúrgica. Permitir drenaje de cavidad abdominal.⁽⁸⁾

La mortalidad global es de 61%. En Latinoamérica, los reportes estiman la mortalidad entre el 12,5% al 18,2% en Argentina y en Colombia hasta el 33,5%. Burch y Hiesberg reportan una tasa de hasta 44 al 66%, siendo la principal causa la hemorragia y tríada mortal. El factor de riesgo más importante y que asciende a cifras de entre el 20 al 40% es la infección intraabdominal. El intervalo de reintervención promedio es de 72 h, de acuerdo con la literatura, el trauma score no resultó significativo.⁽⁹⁻¹³⁾

Con el presente estudio se pretenden exponer los datos y la morbimortalidad de pacientes con abdomen abierto contenido con bolsa de Bogotá, en el servicio de cirugía general del Hospital Militar Central.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se presenta un estudio de tipo observacional, descriptivo, temporalmente retrospectivo de corte transversal, con muestreo probabilístico de casos consecutivos a criterio de pacientes adultos de ambos sexos portadores de abdomen abierto contenido con bolsa de Bogotá, con fichas clínicas completas del Servicio de Cirugía General del Hospital Militar Central de las FF.AA. en el periodo 2015-2021. Se incluyeron pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años. Se contó con la autorización del jefe del Servicio de Cirugía General para acceder a los registros de fichas

operatorias e historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de abdomen abierto durante el periodo de estudio. Para estudiar las variables los datos fueron pasados a una planilla electrónica tipo Microsoft Office Excel 2007 y sometidos a análisis estadísticos. Para la clasificación del abdomen abierto se utilizó la escala de Bjork de 2016, resumida en la **Tabla 1**.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 25 pacientes con abdomen abierto contenidos con bolsa de Bogotá. Respecto a la edad, el promedio fue de 60,52 años, el rango 24 a 84 años y el desvío estándar $\pm 12,21$ de edad. La distribución por sexo fue de 60% de pacientes de sexo masculino y 40% de sexo femenino.

Teniendo en cuenta las causas de abdomen abierto se encontraron: sepsis intraabdominal, síndrome compartimental abdominal y cirugía de control de daños. Las respectivas frecuencias se resumen en el **Gráfico 1**.

Tabla 1. Escala de Bjork de 2016 para clasificación del abdomen abierto*

Grado	Descripción
1A	Abdomen abierto limpio sin adherencias entre asas y pared abdominal ni fijación
1B	Abdomen abierto contaminado sin adherencias ni fijaciones
1C	Fuga intestinal, sin fijación
2A	Abdomen abierto limpio, con adherencias o fijación
2B	Abdomen abierto contaminado, con adherencias o fijación
2C	Fuga intestinal, con fijación
3A	Abdomen congelado limpio
3B	Abdomen congelado contaminado
4	Abdomen congelado, fístula enteroatmosférica establecida

* Martínez Abonce JM. Manejo de abdomen abierto con diferentes técnicas, estudio comparativo. 2017 (13)

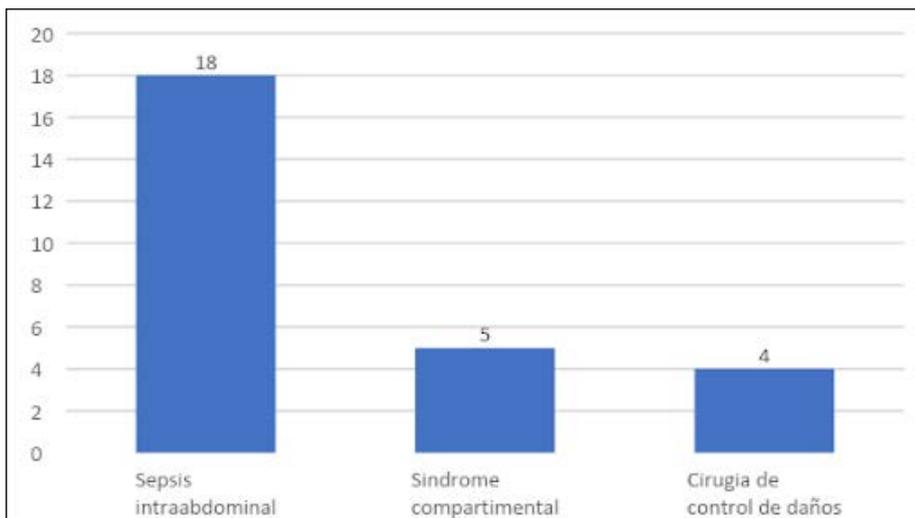


Gráfico 1. Causas de abdomen abierto. n=25

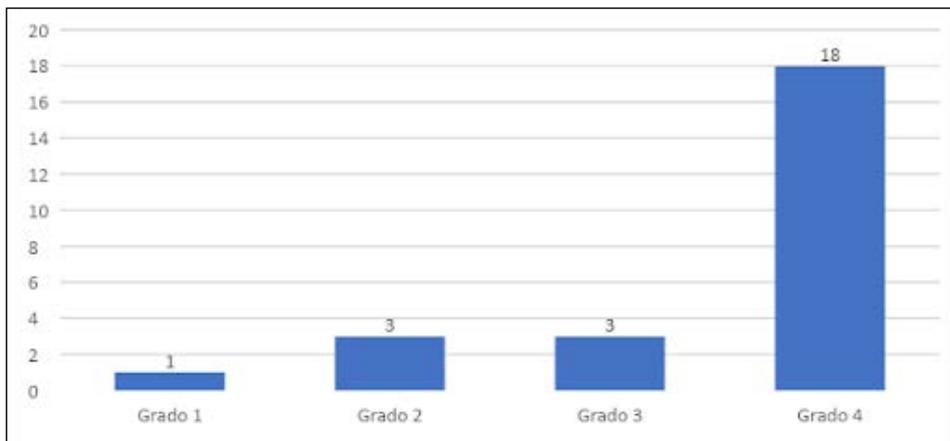


Gráfico 2. Clasificación de abdomen abierto según escala de Bjork. n=25

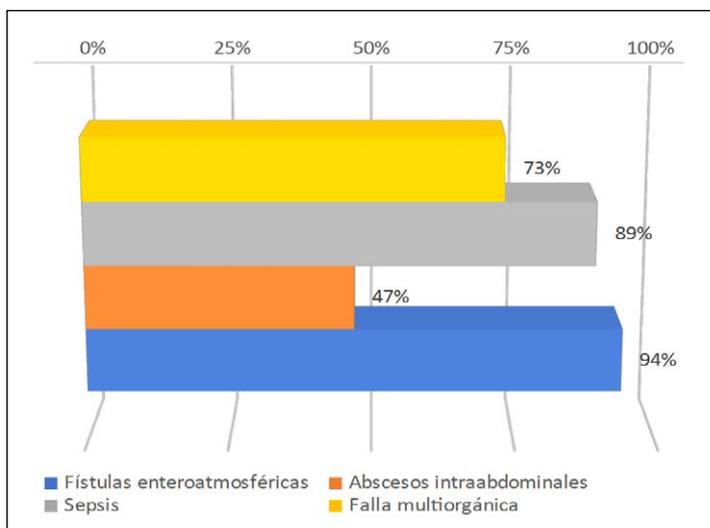


Gráfico 3. Complicaciones de Abdomen Abierto N=19

Otro aspecto que se analizó en el estudio hace referencia a la clasificación de abdomen abierto según la escala de Bjork. El tipo que se observó con mayor frecuencia fue grado 4 en el 72% de los pacientes. Las frecuencias de los demás tipos se presentan en el **Gráfico 2**.

En lo que se refiere a la morbilidad, se obtuvo una frecuencia de 76% atribuible a las siguientes complicaciones: fistulas entero atmosféricas, absceso intraabdominal, sepsis y falla multiorgánica. En el **Gráfico 3** se indican las respectivas frecuencias en que se observaron las complicaciones.

En cuanto a la descripción de la estancia hospitalaria, se describe un promedio de 22,4 días para el cálculo del tamaño de la muestra, un desvío estándar correspondiente al 12,08 día y un rango de 3-45 días.

La mortalidad en la muestra estudiada fue de 56% (14 pacientes). El grupo restante tuvo alta hospitalaria.

DISCUSIÓN

El manejo quirúrgico de los pacientes con abdomen abierto sigue siendo un motivo de controversias, y un gran desafío para el cirujano debido a las múltiples comorbilidades que genera el uso de esta técnica quirúrgica, a ello se suma la elevada tasa de mortalidad asociada;

La muestra de estudio estuvo conformada predominantemente por pacientes del sexo masculino 60%. Este dato está en concordancia con lo reportado por Sánchez-Lozada y Cols contrasta con los datos del estudio realizado por Ferreira Acosta y cols quienes encontraron una mayor frecuencia de pacientes de sexo femenino del 52%.^(2,4)

La técnica más utilizada sigue siendo la descrita por Borraez, que ofrece ventaja en cuanto a manejo, costos y beneficios tanto para el médico, como para el paciente y el nosocomio, pero que continúa siendo un método terapéutico que se asocia con una elevada morbilidad por formación de fistulas entéricas, abscesos residuales y defectos musculo aponeuróticos gigantes, por lo que el cirujano deberá evaluar minuciosamente los riesgos y los beneficios. Darwin Iñaguazo (6) reporta que la perforación colónica fue la causa más frecuente de sepsis intraabdominal con el 43% de su serie de 27 pacientes lo que se contrapone con nuestros hallazgos mencionando que la complicación más frecuente fue la fistula entero atmosférica y dentro del mismo contexto; Sánchez-Lozada y cols, en un estudio comparativo encontraron como eventos de mayor frecuencia la infección de herida operatoria 5% y fistulas entero atmosféricas 4%. Por su parte, Cuenca Torres O en un estudio descriptivo observó que las complicaciones postquirúrgicas más relevantes fueron las fistulas intestinales (20%), que aparecieron en el quinto y sexto día

de reintervención quirúrgica.^(2,4)

De los 25 pacientes 14 fallecieron, con un porcentaje equivalente al 56% de mortalidad, coincidente con otros reportes como Ferreira Acosta (44%), Raúl Sánchez (50%), Basilio y Cols (61%).^(2,4,9). En el seguimiento de los 11 pacientes que fueron dados de alta, en cinco se realizó cirugías programadas para reparación de la pared abdominal con técnicas de neoperitoneo preoperatorio, logrando excelentes resultados.

Son necesarios más estudios para aportar mayor evidencia en cuanto a las indicaciones y opciones de tratamiento para pacientes en quienes este indicado realizar abdomen abierto, por ello antes de brindar conclusiones definitivas, seguimos considerando en nuestro servicio de cirugía revalorar la utilidad del uso de abdomen abierto en la sepsis abdominal.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta los objetivos trazados al principio de este trabajo podemos concluir que

- En la muestra estudiada se observó que hubo mayor frecuencia en el sexo masculino.
- Existe una clasificación clínica empleada en pacientes con abdomen abierto, dicha clasificación se estableció con el fin de estadificar el abdomen abierto dentro de la diversidad y la complejidad de cada paciente, teniendo en cuenta lo mencionado, encontramos que la escala de Bjork utilizada

nos arrojaron con mayor frecuencia los de tipo IV que se define como fistula entero atmosférica.

- Teniendo en cuenta las causas de abdomen abierto se encontraron 3 tipos, Sepsis Intraabdominal, Síndrome Compartimental Abdominal y Control de Daños, reportándose con mayor frecuencia la sepsis intraabdominal.
- El manejo quirúrgico del abdomen agudo con técnicas como la laparostomía contenida sea de forma primaria o secundaria es un tema bastante complejo por las múltiples comorbilidades que pueden agregarse al cuadro patológico inicial, sumándole a ello una elevada mortalidad asociada, en lo que respecta a la morbilidad concluimos, se obtuvo una frecuencia de 76 % atribuible a las siguientes complicaciones: fistulas entero atmosféricas, absceso intraabdominal, sepsis y Falla Multiorgánica y una mortalidad correspondiente al 76%.
- La estancia hospitalaria promedio de la población estudiada fue de 22,4 días.

Conflicto de interés: los autores declaran la no existencia de conflicto de intereses

Contribución de autoría: todos los autores han colaborado con la elaboración, realizando la búsqueda, recolección de datos, redacción del borrador, revisión crítica y aprobación del mismo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tavares-de la Paz, Luis Alberto, Andrade-de la Garza P, Goné-Fernández A, Sánchez-Fernández P. Abdomen abierto. Evolución en su manejo. *Cir Cir* 2008; 76(2): 177-186.
2. Sánchez-Lozada R, Ortiz-González J, Dolores-Velázquez R, et al. Abdomen abierto vs cerrado en peritonitis grave por traumatismo. Estudio comparativo. *Gac Med Mex.* 2004; 140(3):295-298.
3. Márquez HA. Manejo del abdomen abierto. Los mejores resultados. *cirujano general* 2010; 32(s1):43-45.
4. Resultados en el manejo del abdomen abierto. Nuestra experiencia. *Anales de la Facultad de Ciencias Médicas*; 2012.
5. Trapani-Acevedo G, Ferreira-Bogado M, Delgado ME. Morbimortalidad en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Nacional de Itauguá en el periodo de enero de 2016 a junio de 2018. *Rev.Cir.Parag* 2018; 26-28.
6. Iñaguazo D, Astudillo M. Abdomen abierto en la sepsis intraabdominal severa. ¿Una Indicación beneficiosa? *Rev. Chilena de Cirugía.* 2009; 61(3): 294-300.
7. Borrás O. Abdomen abierto: la herida más desafiante *Rev Colomb Cir* 2008; 23(4):204-209.
8. Mejía Rendón G., Mejía Pérez S.I., Bolsa de Bogotá resistente en abdomen abierto. *Cirujano General* 2012; 34(1): 54-57.
9. Basilio A, López O, Olguín A, Delgadillo S. Abdomen abierto. Indicaciones técnicas y consecuencias. *TRAUMA* 2005; 8(2): 32-36.
10. Barahona Castro EG. Complicaciones de laparostomía en el manejo de abdomen agudo quirúrgico en el Hospital Guasmo Sur 2020.
11. Rolando MR, Juan SM, Fernando BMA. Caracterización del abdomen abierto y curso posterior al cierre primario en el Hospital Hernando moncaleano Perdomo en el año 2014 a 2018. *Sociedad Paraguaya de Cirugía* 2020:6.
12. Ochagavía Barbarin J. Manejo actual del abdomen abierto: Revisión bibliográfica de su indicación, clasificación y técnicas quirúrgicas.
13. Martínez Abonce JM. Manejo de abdomen abierto con diferentes técnicas, estudio comparativo. 2017
14. Casiraghi JC y col. Anatomía del cuerpo humano, funcional y quirúrgica, tomos 1 y 4. Ed El Ateneo, Bs As, 1969.
15. Bouchete A, Cuilleret J. Anatomía descriptiva, topográfica y funcional. Ed Panamericana, Bs As, 1980.