

MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES CON ABDOMEN ABIERTO EN EL HOSPITAL NACIONAL DE ITAUGUÁ EN EL PERIODO DE ENERO DE 2016 A JUNIO DE 2018

MORBIDITY AND MORTALITY IN PATIENTS WITH OPEN ABDOMEN IN THE NATIONAL HOSPITAL OF ITAUGUÁ IN THE PERIOD FROM JANUARY 2016 TO JUNE 2018

Gabriela Trapani Acevedo¹, Miguel Ferreira Bogado², Marcos Enrique Delgado³

RESUMEN

Introducción: El abdomen abierto es una técnica quirúrgica que consiste en dejar abierta la cavidad abdominal tras realizar el acto quirúrgico como alternativa de manejo en ciertas situaciones como la sepsis abdominal, evitando así la formación de focos sépticos y el síndrome compartimental secundario al cierre con tensión. **Objetivo:** Describir la morbimortalidad en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Nacional de Itauguá. **Materiales y métodos:** Tipo observacional, descriptivo, de corte transversal realizado en pacientes con abdomen abierto en el periodo de enero de 2016 a junio de 2018 en el Hospital Nacional de Itauguá. **Resultados:** En 42 pacientes manejados con abdomen abierto se encontró que la frecuencia fue mayor en el sexo masculino y esta condición se dio mayoritariamente en la edad adulta media. La etiología no traumática se presentó en 31 pacientes, de los cuales en el 48,4% el motivo fue la peritonitis aguda; la frecuencia de mortalidad fue mayor en este grupo con respecto a los de etiología traumática. En 14 pacientes fue necesaria la utilización de algún tipo de ostomía. En el 100% de los casos fue utilizada la bolsa de Bogotá como manejo inicial de la pared, con un promedio de intervenciones quirúrgicas de 5,6. El método más utilizado para la resolución final de la pared fue la reparación de la misma sin separación de componentes. De nuestros pacientes, 22 presentaron alguna patología de base, siendo la hipertensión arterial asociada a otras patologías, la más frecuente. El 83,3% presentó alguna complicación médica durante su estadía hospitalaria, y el 31% se complicó con fistulas. La nutrición enteral asociada a la parenteral fue la más utilizada (40,4%). El promedio de estadía hospitalaria fue de 40,5 días, el promedio de estadía en Unidad de Cuidados Intensivos fue de 17 días. La mortalidad en el grupo de estudio fue elevada (52,4%), siendo la causa más frecuente de la misma el shock séptico a punto de partida abdominal.

Palabras clave: Abdomen abierto, mortalidad, fistulas, etiología, bolsa de Bogotá.

ABSTRACT

Introduction: The open abdomen is a surgical technique that consists of leaving the abdominal cavity open after performing the surgical act as an alternative management in certain situations such as abdominal sepsis, thus avoiding the formation of septic foci and the secondary compartment syndrome when closing with tension. **Objective:** To describe the morbidity and mortality in patients with open abdomen in the Hospital Nacional de Itauguá. **Materials and methods:** Observational, descriptive type, cross section made in patients with open abdomen in the period from January 2016 to June 2018 in the Hospital Nacional de Itauguá. **Results:** in 42 patients managed with open abdomen it was found that the frequency was higher in the male sex and this condition occurred mostly in the middle adult age. The non-traumatic etiology was present in 31 patients, of which 48.4% were acute peritonitis. The frequency of mortality was higher in this group compared to those of traumatic etiology. In 14 patients it was necessary to use some type of ostomy. In 100% of the cases, the Bogotá bag was used as the initial wall management, with an average of 5.6 surgical interventions. The most used method for the final resolution of the wall was the repair of the wall without separation of components. Of our patients, 22 had some underlying pathology, the arterial hypertension associated with other pathologies, was the most frequent. 83.3% presented some medical complication during their hospital stay, and 31% were complicated by fistulas. Enteral nutrition associated with parenteral nutrition was the most used (40.4%). The average hospital stay was 40.5 days; the average stay in the Intensive Care Unit was 17 days. The mortality in the study group was high (52.4%), being the most frequent cause the abdominal septic shock.

Key words: Open abdomen, mortality, fistulas, etiology, Bogota bag.

Hospital Nacional de Itauguá. Paraguay

1. Médico Residente de 3er año de Cirugía General.

2. Jefe de planta Servicio de Cirugía General.

3. Médico residente de segundo año de Cirugía General.

Datos de correspondencia del autor: Dra. Gabriela Elizabeth Trapani Acevedo. Mail: gaby_trapani@hotmail.com - Telefono: 0981720435

Dirección: Cerro Cora 1048 entre EE.UU y Brasil.

Recibido: 19/11/2018 - Aceptado: 04/12/2018

INTRODUCCIÓN

La laparostomía, también llamada abdomen abierto, es una técnica quirúrgica que consiste en abrir el abdomen y tras realizar el acto quirúrgico dejar abierta la cavidad abdominal.¹

Es una estrategia terapéutica dividida en diferentes etapas, de duración variable, desde escasos días hasta varios meses, período durante el cual habrá que resolver el foco, resucitar al enfermo crítico y finalmente restablecer la anatomía y función de la pared abdominal.²

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.³

OBJETIVO

Determinar la morbilidad y mortalidad de pacientes con abdomen abierto en el Hospital Nacional de Itauguá en el periodo de enero de 2016 a junio de 2018.

Diseño

Observacional, descriptivo, corte transversal observacional, descriptivo, corte transversal.

Pacientes y métodos

Se recogieron datos de historias clínicas de pacientes con una edad comprendida desde los 16 años en adelante, de ambos sexos con diagnóstico de abdomen abierto de causas traumáticas y no traumáticas internados en los servicios de Cirugía General, Urgencia Adultos, Sala de Reanimación y Unidad de Cuidados Intensivos Adultos del Hospital Nacional de Itauguá en el periodo comprendido de enero de 2016 hasta junio de 2018.

RESULTADOS

En el periodo de estudio se identificaron 42 pacientes con el diagnóstico de abdomen abierto, el mayor porcentaje resultó ser del sexo masculino (73,8%). Las edades oscilaron entre los 16 a 81 años, con un promedio de 44,4 años.

En cuanto a la etiología, la de causas no traumáticas representó el 73,8% de los casos, siendo la de mayor frecuencia la peritonitis aguda (48,4). De los pacientes con abdomen abierto de etiología no traumática resultaron en óbitos el 65,5%. Para el 26,2% de etiología traumática la mortalidad fue de 18,2%.

El método utilizado para el manejo inicial de la pared abdominal en todos los casos fue la bolsa de Bogotá. El promedio de intervenciones en los pacientes restantes fue de 5,6. La resolución final de la pared se dio en 20 pacientes, y el método más utilizado fue la reparación de pared sin separación de componentes en el 50% de los casos (*ver tabla 1*). Al 33,3% de los pacientes les fueron realizadas algún tipo de ostomía, siendo la más frecuente la ileostomía (57%).

El 83,3% de los pacientes presentó alguna complicación médica durante su estadía hospitalaria con abdomen abierto, y entre estas la más frecuentemente hallada fue la de causa pulmonar asociada a diferentes complicaciones sistémicas (31,4%).

En cuanto a la presencia de fistulas, el 31% las padeció, siendo la de aparición más frecuente la de tipo ileal en el 46,1%, se describió que la mortalidad fue mayor en este grupo (69%), con respecto a las que no la padecieron.

El promedio de días de internación total fue de 40,5; 41 pacientes requirieron internación en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCIA), y el promedio de días en dicha unidad fue de 17, de estos, 35 fueron dados de alta de dicha unidad e ingresaron a una sala común. Un paciente, no requirió ingreso a UCIA, su estadía hospitalaria fue en sala común. El promedio de días de internación en sala común para dichos pacientes fue de 27.

En el grupo de pacientes con abdomen abierto estudiado la mortalidad fue de 52,4%, de estos, el 50% de fue dado por shock séptico a punto de partida abdominal (*ver Tabla 2*).

DISCUSIÓN

Se constató que del total de la muestra 73,8% corresponde al sexo masculino, con respecto al 26,2% femenino. El promedio de edad en pacientes con abdomen abierto fue de 44,3, siendo el de menor edad de 16 años y mayor edad 81 años. En este estudio, la causa más frecuente de abdomen abierto fue la de etiología no traumática (73,8% de los casos), siendo entre estas la peritonitis aguda, la causa más frecuente representando un 48,4% de los casos. El 26,2% de los pacientes con abdomen abierto fueron por causas traumáticas, de las cuales el 81,8% fueron a consecuencia de traumatismos cerrados de abdomen. La frecuencia de mortalidad fue mayor en las de etiología no traumática (65,5%) en relación a las de causa traumática (18,2%).

Tabla 1. Método utilizado para resolución final de la pared abdominal en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Nacional de Itauguá de enero de 2016 a junio de 2018 (n: 20)

Resolución final de la pared abdominal	Frecuencia Absoluta	Porcentaje
Reparación de la pared sin separación de componentes	10	50
Sutura solo de la piel	2	10
Cierre por segunda intención y SIVACO	8	40
TOTAL	20	100

Fuente: Archivo del Hospital Nacional de Itauguá

Tabla 2. Etiología de la mortalidad en pacientes con abdomen abierto en el Hospital Nacional de Itauguá de enero de 2016 a junio de 2018 (n: 22)

Causas de óbito	Frecuencia absoluta	Porcentaje
Shock séptico a punto de partida abdominal	11	50
Shock séptico a punto de partida pulmonar	5	22,7
Falla multiorgánica	3	13,6
Shock hipovolémico	2	9,1
Insuficiencia renal	1	4,6
Total	22	100

Fuente: Archivo del Hospital Nacional de Itauguá

En febrero de 2017, el IROA (Registro Internacional de Abdomen Abierto) publica los resultados preliminares de un trabajo observacional y prospectivo, donde constataron que la mayor indicación para abdomen abierto fue la peritonitis aguda con un 48,7% de los casos, en cambio la indicación por traumas se dio en un 20% de los pacientes.⁴

La frecuencia de la mortalidad según la etiología en los trabajos realizados por el Servicio de Cirugía General del Policlínico Ferroviario Central y el Servicio de Cirugía General y Coloproctología de la Clínica Modelo de Lanús fue del 25% para las causas traumáticas y del 48% en los casos de sepsis abdominal.⁵ En el 33,3% de los pacientes fue necesaria la realización de algún tipo de ostomía, siendo la ileostomía la más utilizada (57%). En un estudio realizado en la Unidad de Cuidado Intermedio de la Sección de Cirugía del Hospital Dr. R. A. Calderón Guardia donde se analizaron 73 pacientes con abdomen abierto de año 1992 a 1998 se encontró que el 23,2% presentó algún tipo de ostomía, sin especificar su etiología anatómica.⁶

El método utilizado para manejo inicial de la pared abdominal en la totalidad de los casos del presente estudio, fue la bolsa de Bogotá, a diferencia del estudio realizado por el departamento de cirugía de trauma de la Prince of Songkla en Songkhla (Tailandia) en donde el cierre primario temporal en el 100% de 35 pacientes estudiados con abdomen abierto de etiología traumática, se dio con el sistema de vacío y compactación (SIVACO).⁷

El número de reintervenciones promedio fue de 5,6 en comparación al promedio de 2,7 en el estudio realizado en el Hospital Central de la Cruz Roja Mexicana (HCCRM) entre el 1 de

enero de 2000 al 30 de junio de 2001.⁸

En cuanto al método definitivo de cierre de la pared abdominal se encontró que en 10 pacientes fue la reparación de la pared sin separación de componentes, suturando solo la piel en 2 pacientes y por segunda intención más la utilización del sistema de vacío y compactación (SIVACO) en 8 pacientes.

El 83,3% de nuestros pacientes presentaron alguna complicación médica pulmonar, renal, sistémica o cardiovascular durante su internación. En cuanto a la complicación quirúrgica estudiada se constató que el 31% padeció de fistula en diferentes localizaciones, siendo la fistula ileal la más frecuente (46,1%).

El promedio hallado en cuanto a días de internación total de pacientes con abdomen abierto fue de 40,5 días, 41 pacientes requirieron ingreso a la Unidad de Cuidados Intensivos, el promedio de estadía fue de 17 días.

La mortalidad hallada en este estudio fue de 52,4% y en el 50% de estos casos se registró como causa de óbito el shock séptico a punto de partida abdominal, siguiéndole en frecuencia el shock séptico a punto de partida pulmonar con el 22,7%. La mortalidad hospitalaria global fue de 28,2% en 578 pacientes estudiados en 105 hospitales del Reino Unido.⁹

CONCLUSIÓN

Hoy día, se reconocen las siguientes indicaciones para dejar el abdomen abierto tras una laparotomía como la cirugía de control de daños, sepsis intraabdominal severa, síndrome compartimental abdominal, cierre de la pared a tensión, pérdida masiva de la pared abdominal, teniendo así un mejor control y resolución favorable de las afecciones.

REFERENCIAS

1. Tapia C C, Muñoz C C, Ferrada H F, Morales G J L. Laparostomía contenida en el manejo de la sepsis abdominal. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 Ago [citado 2018 Oct 11]; 58(4):260-5. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262006000400005&lng=es.
2. Wainstein DL, Langer J. Abdomen abierto. Indicaciones, manejo y cierre. En: Galindo F y col. Enciclopedia de Cirugía Digestiva. Buenos Aires. 2014. Cap. I: 148.
3. Tavares de la Paz LA, Andrade de la Garza P, Goné-Fernández A, Sánchez-Fernández P. Abdomen abierto. Evolución en su manejo. Cir Ciruj 2008; 76:177-86.
4. Coccolini F, Montori G, Ceresoli ML, et al. IROA: International Register of Open Abdomen, preliminary results. World J Emerg Surg. 2017; 12:10.
5. Latit JA. Relato Oficial del 88 Congreso Argentino de Cirugía 2017. Manejo del abdomen abierto: desde la operación inicial al cierre definitivo. Revista Argentina de cirugía. 2017; 109(1): Sup 1.
6. Sánchez Arias M. Abdomen abierto. Acta méd. costarric [Internet]. 2000 June [cited 2018 Oct 09]; 42(2):76-80. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022000000200008&lng=en.
7. Akaraborworn O, Supavita C, Sangthong B, Thongkhao K, Chainiramol P, et al. Management of Open Abdomen After Trauma Laparotomy: Experience at a Level 1 Trauma Center in Thailand, Trauma Mon. 2017 ;22(2):e27709.
8. Basilio A, López O, Olguín A, Delgadillo S. Abdomen abierto. Indicaciones técnicas y consecuencias. Revista Trauma 2005; 8(2): 32-6.
9. Carlson GL, Patrick H, Amin AL, Mcpherson G, MacLennan GS, Afolabi EK, et al. Management of the open abdomen: a national study of clinical outcome and safety of negative pressure wound therapy. *Annals of surgery*. 2013; 257(6): 1154-9.