Original

ANÁLISIS DE LA LAPAROSTOMÍA CONTENIDA COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL HOSPITAL OBRERO Nº2

ANALYSIS OF CONTAINED LAPAROSTOMY AS A THERAPEUTIC OPTION IN THE HOSPITAL OBRERO Nº2

Luis Bernando Bustamante Morales[1], Carlos Alberto Lara Perez[2], Silvana Ayala Bacinello[3]

[1] Cirujano General de la CNS – Hospital Obrero N°2.
2 Cirujano General de la CNS – Hospital Obrero N°2.
3 Residente de 2do año de Cirugia General de la CNS – Hospital Obrero N°2

Correspondencia a:
Nombre: Silvana Ayala Bacinello
Correo electrónico: silvana.ayala.bacinello@gmail.com
Telf. y celular: + (591) 72292297
ORCID: https://orcid.org/0009-0006-9421-2996
https://orcid.org/0000-0002-5874-1966
https://orcid.org/0000-0003-1632-2533

RESUMEN

La laparotomía contenida o el abdomen abierto se define como la separación en planos con exposición del contenido abdominal, de forma controlada que ocurre luego de una laparotomía. Donde debemos resolver el foco, lograr la estabilidad del paciente crítico y finalmente restablecer la anatomía y función de la pared abdominal. Es un arma habitual actualmente. Con este trabajo se busca conocer la eficiencia del abdomen abierto, indicaciones más frecuentes y características del paciente. Se realizo un estudio descriptivo, retrospectivo, cuantitativo y de corte transversal, realizado en los pacientes que fueron sometidos a laparostomía contenida en el Hospital Obrero N°2, de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba – Bolivia durante el Periodo 2018-2022. Se realizaron intervenciones quirúrgicas con abdomen abierto en un total de 168 pacientes, de los cuales 81 pacientes entraron al estudio, la apendicitis aguda complicada es la causa más frecuente por aproximadamente el 21%, el hemoperitoneo fue la 2da causa más frecuente con 13.5%, siendo los pacientes post operados de colecistectomía programada los más habituales (Packing hepático). El promedio de aseos quirúrgicos realizados por paciente fueron 3. El grupo etario más frecuente fue entre 61 y 80 años con un 56%. Prevalece en el sexo masculino. El 30 % de los pacientes fallecieron, Dejando en evidencia que en el restante el resultado fue favorable o al menos le permitió al paciente tener otra oportunidad.

Palabras clave: Técnicas de abdomen abierto, Técnicas de Cierre de Herida Abdominal

ABSTRACT

Contained laparotomy or open abdomen is defined as the separation in planes with exposure of the abdominal content, in a controlled manner that occurs after a laparotomy. Where we must resolve the focus, achieve the stability of the critical patient and finally restore the anatomy and function of the abdominal wall. It is a common weapon today. This work seeks to know the efficiency of the open abdomen, most frequent indications and patient characteristics. A descriptive, retrospective, quantitative and cross-sectional study was carried out on patients who underwent contained laparostomy at Hospital Obrero N°2, of the National Health Fund of Cochabamba - Bolivia during the period 2018-2022. Open abdominal surgery was performed in a total of 168 patients, of which 81 patients entered the study. Complicated acute appendicitis was the most frequent cause, approximately 21%, hemoperitoneum was the second most frequent cause, 13.5%, and patients who had undergone scheduled cholecystectomy were the most common (liver packing). The average number of surgical procedures performed per patient was 3. The most frequent age group was between 61 and 80 years, with 56%. It was prevalent in the male sex. 30% of the patients died, showing that in the remainder the result was favorable or at least allowed the patient to have another opportunity.

Keywords: Open Abdomen Techniques, Abdominal Wound Closure Techniques

Procedencia y arbitraje: no comisionado, sometido a arbitraje externo.

Recibido para publicación: 12 de octubre de 2024
Aceptado para publicación: 7 de marzo de 2024

Citar como:
Bustamante Morales LB, Lara Perez CA, Ayala Bacinello S. Análisis de la laparostomía contenida como opción terapéutica en el hospital obrero nº2. Rev Cient Cienc Med 2024; 27(1): 27-33

INTRODUCCIÓN

La laparostomía o abdomen abierto, es una opción terapéutica que consiste en dejar abierta la cavidad abdominal tras realizar el acto quirúrgico. Como tratamiento en diferentes patologías, donde no se pudo resolver todo en el primer tiempo.

En la década de 1900, Price y Torek evidenciaron que tras realizar lavados de la cavidad peritoneal en pacientes con apendicitis aguda disminuía el número de muertes. En el año 1935, Sperling y Wegensteen, lo utilizaron para prevenir el síndrome compartimental abdominal, y durante la segunda guerra mundial para atender a los heridos de guerra con traumas abdominales. En 1940, Olgivie utiliza compresas húmedas estériles fijadas a la aponeurosis para proteger los órganos intraabdominales y prevenir la retracción de la fascia [1,2].

Se describe por primera vez como técnica en

Francia en 1979, como alternativa de manejo en patologías de origen abdominal. En marzo de 1984, en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, el Dr. Oswaldo Borráez Gaona, siendo aun residente de segundo año de Cirugía General, reintervinendo por tercera vez a un paciente con estallido hepático secundario a trauma abdominal cerrado (un vehículo había caído encima de su abdomen), vio que era imposible cerrarle la pared abdominal. Por lo cual decide colocarle una bolsa plástica de las soluciones parenterales. De esta manera se inició el uso del polivinilo (plástico) para el manejo del AA[1,2,3].

Constituye una opción terapéutica en la sepsis abdominal, cirugía de control de daños por trauma abdominal y como second-look ante duda de la viabilidad visceral. Actualmente el abdomen abierto es muy utilizado (también conocido como cierre temporal de la pared abdominal) en las unidades de cuidado intensivo quirúrgico de hospitales de trauma y de tercer nivel. Ofreciendo múltiples beneficios: prevenir y tratar el síndrome compartimental abdominal – hipertensión abdominal, disminución del tiempo operatorio, fácil eliminación de colecciones abdominales, reconocer tempranamente nuevas complicaciones, no daño reiterativo a la pared abdominal entre otros

MATERIALES Y MÉTODOS

Es un estudio Descriptivo, retrospectivo, cuantitativo y de corte transversal, realizado en los pacientes que fueron sometidos a laparostomía contenida en el Hospital Obrero N°2, de la Caja Nacional de Salud de Cochabamba – Bolivia durante el Periodo 2018-2022. Se tomó en cuenta a todos los pacientes mayores de 18 años, que fueron atendidos en el hospital obrero numero 2 entre 2018-2022 y fueron manejados en laparostomía contenida. Y se eliminó a aquellos que no contaran con historias clínicas completas. Se utilizó una Planilla pre-estructurada en el programa Microsoft Excel, las historias clínicas y la Estadística de Cirugía de Quirófano.

RESULTADOS

En el Hospital Obrero Nº2 - Caja Nacional de Salud, durante el periodo desde el año 2018 a 2022, en el Servicio de Cirugía, se realizaron intervenciones quirúrgicas con abdomen abierto en un total de 168 pacientes de los cuales 81 pacientes entraron al estudio.

Tabla 1.

En los diagnósticos postoperatorios, se obtuvieron los siguientes resultados:

Tabla 2.

Se evidencia que la Apendicitis Aguda Complicada es la causa más frecuente por aproximadamente el 71 por ciento. Llegándose a posicionar como la causa más frecuente de laparostomía contenida (21%)

Figura 1.

Tenemos a las complicaciones postoperatorias (30%), que mencionamos a continuación:

Tabla 3.

De estas las más frecuentes fue el hemoperitoneo. Obteniendo que el hemoperitoneo en patología de hígado y vías biliares se encuentra en primer lugar (Packing hepático). Se posiciona como la causa más frecuente de complicación postoperatoria que requirió de laparostomía contenida, siendo la segunda causa de laparostomía contenida con 13.5%.

El hemoperitoneo de pacientes Post operados de colecistectomía fue de cirugías programadas.

Tabla. 4

El promedio de aseos quirúrgicos realizados por paciente fueron 3. El máximo número de aseos fueron 9 y el mínimo 1.

Tabla 5

El grupo etario más frecuente fue entre 61 y 80 años con un 56%, seguido de 41 a 60 años con un 23 %.

Figura 2.

Prevalece en el sexo masculino, el cual representa 2 tercios del total de los pacientes aproximadamente.

Figura 3.

El 30 % de los pacientes en los cuales se utilizó la laparostomía contenida como técnica terapéutica fallecieron. Y el 70% continúan con vida, esto nos indica que La laparotomía fue una decisión acertada en la mayoría de los casos

Figura 4.

DISCUSIÓN

La presente investigación recolecto 81 casos de pacientes quienes fueron sometidos a laparostomías durante los últimos 5 años, del

Tabla 1. *Pacientes por año intervenidos – laparostomía*

Año	Nº Laparostomias	%
Año 2018	24	30%
Año 2019	24	30%
Año 2020	6	7%
Año 2021	4	5%
Año 2022	23	28%

Tabla 2. *Diagnósticos postoperatorios. La causa más frecuente fue: Peritonitis generalizada y complicaciones postoperatorias.*

Diagnósticos Postoperatorios		Porcentaje
Peritonitis generalizada	24	30%
Infarto intestinal	3	4%
Complicaciones PO	24	30%
Perforacion de viscera hueca	11	14%
Obstruccion intestinal complicada	4	5%
otros abscesos	5	6%
Hernias complicadas	3	4%
Otros	7	9%
	81	100%

Tabla 3. *Hemoperitoneo fue la complicación postoperatoria mas frecuente.*

Complicaciones PO		
PO hemoperitoneo	13	54%
Po absceso residual	3	13%
complicaciones anatomosis	8	33%
	24	100%

Tabla 4. *Hemoperitoneo post colecistectomía: causa más frecuente de complicación postoperatoria.*

PO -Hemoperitoneo	13	100%
Hemoperitoneo - higado y vias biliares	11	85%
Hemoritoneo otros	2	15%

Tabla 5. *Numero de aseos quirúrgicos por paciente*

Numero de aseos	
Máximo de aseos	9
Minimo de aseos	1
Promedio de aseos	3,049382716
Mas frecuente	2

Fuente. *Elaboración propia*

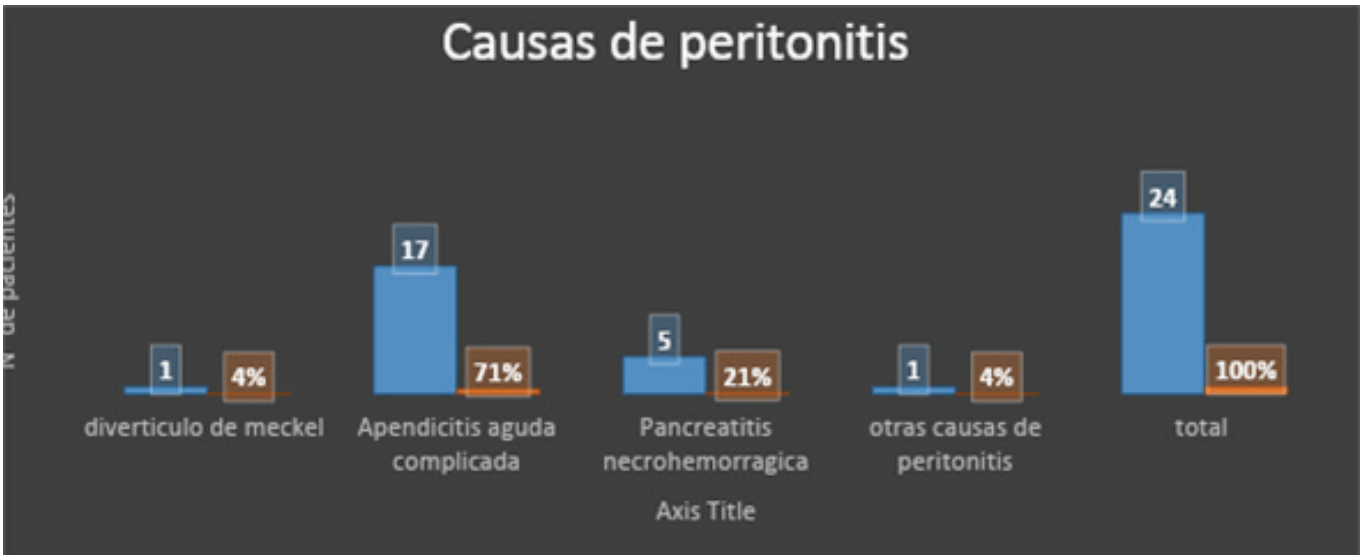

Figura 1. *Causas de peritonitis generalizada, Caja Nacional de Salud 2018-2022*

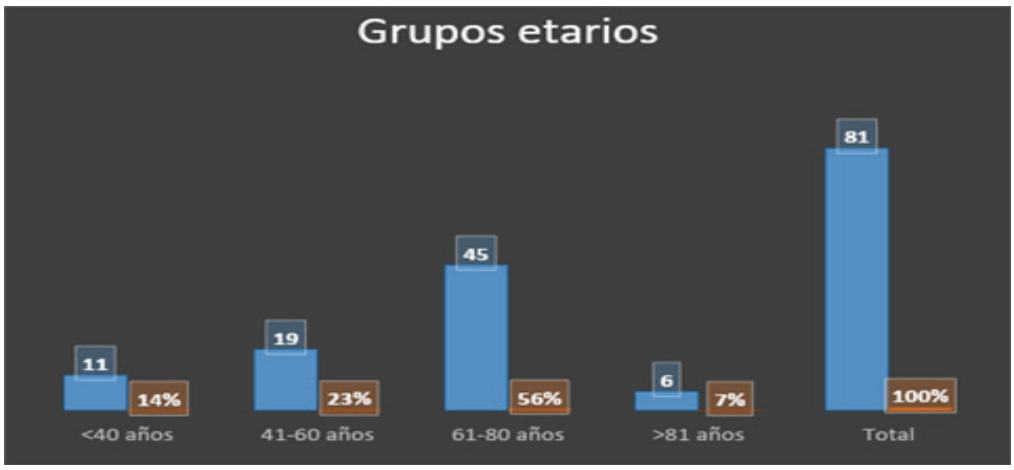

Figura 2. *Grupos etarios. Y predominancia de casos según los mismos.*

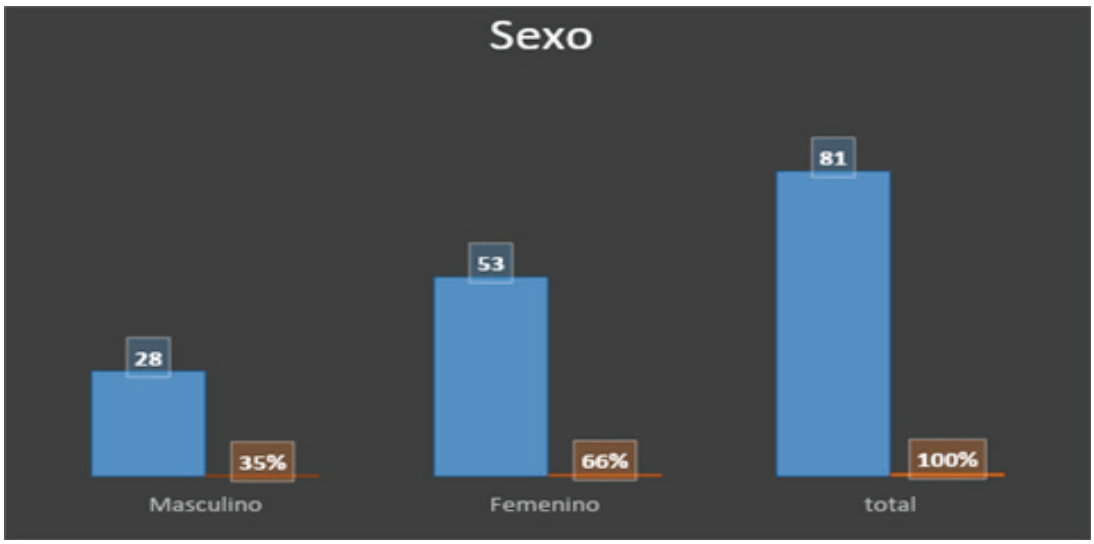

Figura 3. *División según el sexo.*

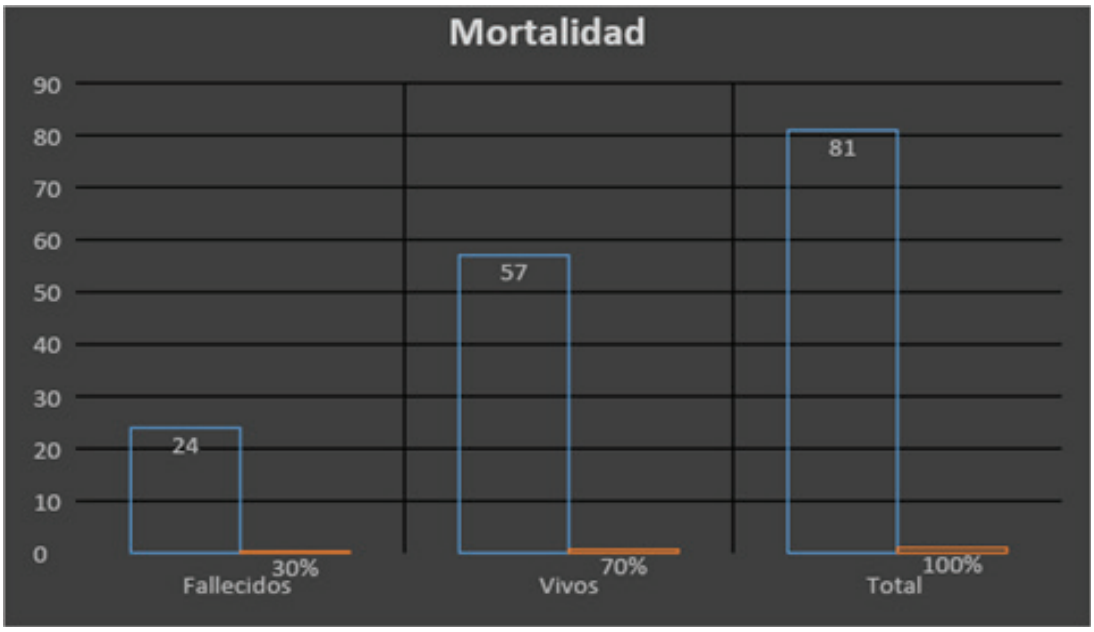

Figura 4. ***Mortalidad reportada en la Caja Nacional de Salud – Cochabamba.***

2018 al 2022. Siendo intervenidos una media de 16.2 por año. Comparamos esto con los resultados obtenidos en un estudio peruano del Hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, ubicado en la región Junín, donde fueron intervenidos una media de 43 paciente por año, en un estudio de 3 años (2016 a 2018). Nuestro estudio fue realizado posterior a esos años, y en ello están incluidos los años de pandemia por SARS COV 2, por lo cual disminuyo el número de cirugías programadas, pero lo mismo no modifico considerablemente nuestros resultados ya que 3.7% del total ingreso como cirugía programada [5]. Y el 96.3% ingreso como emergencia. Aunque a esto habría que adicionar los pacientes que ingresaron como complicación de una colecistectomía programada [5], pacientes (13.5% del total), siendo la segunda causa de laparostomía contenida el hemoperitoneo en pacientes post operados de colecistectomía. Esto último, diferente a lo encontrado en otros estudios donde la obstrucción intestinal o el trauma abdominal ocupan el 2do lugar[5]. Como diagnóstico preoperatorio más frecuente abdomen agudo-apendicitis aguda (28%), lo mismo que se obtuvo en el hospital Nacional Ramiro Priale – Peru(2016 – 2018) y el post operatorio más frecuente fue: Peritonitis generalizada y complicaciones postoperatorias. Este primer diagnóstico coincide con los resultados obtenidos en el hospital Nacional Ramiro Priale – Perú(2016 – 2018)Hospital Hernán Henríquez de Temuco - Chile (2002 y 2008) y Hospital Herminda Martin de Chillán – chile(2002-2005)[1,5,6].

La decisión se toma según los hallazgos intraoperatorios y el estado general del paciente, es según el criterio del cirujano [6,7,8]. Como hallazgo en el presente trabajo, el hemoperitoneo fue la 2da causa mas frecuente, siendo los pacientes post operados de colecistectomía programada, los más habituales 85 % de los casos (packing hepático). También nos reportan algunos casos de complicación de anastomosis a nivel intestinal, la más frecuente fue la dehiscencia de anastomosis. Esta es una de las complicaciones más temidas por el aumento de la morbimortalidad que implica. Según un artículo del Servicio de Cirugía General en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional "La Raza" publicado en el 2020, nos indica que en Dehiscencia de anastomosis gastrointestinal que presente reacción inflamatoria importante es aconsejable no lastimar más los tejidos y solo realizar lavado y drenaje de cavidad y si es posible una estoma proximal, protocolo ejecutado cuando se lleva a cabo la laparostomía contenida[8]. También valoramos los días en laparostomía contenida (inicia en la primera cirugía y concluye con la laparorrafia) y el número de aseos que se

realizaron. Existe una relación entre los días en laparostomía contenida y las complicaciones posteriores que puede tener el paciente, que fue demostrado en un estudio realizado por Miller y colab. quienes indicaron que más allá de los 9 días las complicaciones tanto sistémicas (SIRS, sepsis, insuficiencia respiratoria, entre otros) como locales (fístula entero atmosférica, infección de la herida, absceso en cavidad abdominal) son más frecuentes. Los días promedio que los pacientes estuvieron en laparostomía contenida fueron [6,8], lo máximo 28, lo mínimo 1 y lo más frecuente fue 4 días. Y se intervino a los pacientes en un promedio de 3, Similar a lo obtenido en el hospital Nacional Ramiro Priale, donde además de ello se mantuvo a los pacientes 10 a 14 días con el abdomen abierto. En otros trabajos se evidencio que los días en laparostomía contenida fueron [9]. En un trabajo realizado en el Hospital "Dr I. Pirovano". Buenos Aires, indican que posterior a los 14 días, si no se pudo realizar el cierre del abdomen, quizás este deba postergarse varios meses, aumentando la morbimortalidad del paciente mucho más[6,7,8,9]. En las características de los pacientes, el grupo etario más frecuente fue entre 61 y 80 años con un 56%, seguido de 41 a 60 años con un 23 %, con una edad promedio de 61 años y Prevalece en el sexo masculino, el cual representa 2 tercios del total de los pacientes aproximadamente[1,2,5]. En otros estudios se encontró, que la edad promedio fue entre 51 y 61 años[1,2,5] . La distribución por sexo fue 53 a 59% hombres [1,2,5]. Los mismos que se asemejan a los nuestros.

Sabemos que la fragilidad (disminución de la reserva funcional) viene ligada a la edad avanzada. Son pacientes de más cuidado[6,7,8]. El 30 % de los pacientes en los cuales se utilizó la laparotomía contenida como técnica terapéutica fallecieron, el estudio realizado en Perú presentó una mortalidad de 6,9%, en dos estudios realizados en Chile la mortalidad hospitalaria fue 12% y 18,7%, mucho más bajos en comparación con la nuestra. Pero en todas queda en evidencia que fue más beneficiosa que perjudicial la decisión de dejar al paciente en laparostomía [1,2,5].

En un artículo cubano del hospital Militar Docente Dr. Mario Muñoz Monroy del 2021, la mortalidad operatoria estuvo asociada a factores de riesgo (edad avanzada, enfermedades crónicas y cirugía de urgencia.) alcanzando una mortalidad de 77.3% postoperatoria. Podríamos deducir, quizás, que, gracias a este procedimiento, la mortalidad en nuestros pacientes fue menor [6,7,8,9].

Demostrando así que la laparostomía no es solo para cirugías de emergencia, si no para cirugías programadas que por los hallazgos o accidentes intraoperatorios llegan a necesitar un segundo tiempo y revaloración. Por todo esto creemos que tanto el cirujano de la emergencia como el de piso deben ser prácticos en el procedimiento.

CONCLUSION

La laparostomía contenida ha obtenido resultados considerables en los últimos 5 años, en la Caja nacional de Salud. La indicación más frecuente fue Peritonitis por apendicitis aguda, Llegándose a posicionar con 21%, seguido de hemoperitoneo en post operados de colecistectomía con un13.5%, que es la causa más frecuente de complicación postoperatoria que requirió de laparostomía contenida. Demostrando así que la laparostomía no es solo para cirugías de emergencia, si no para cirugías programadas que por los hallazgos o accidentes intraoperatorios llegan a necesitar un segundo tiempo y revaloración. Por todo esto creemos que tanto el cirujano de la emergencia como el de piso deben ser prácticos em el procedimiento.

La mortalidad fue de 30%, lo que equivale a 24 de los 81 pacientes. Dejando en evidencia que en el restante el resultado fue favorable o al menos le permitió al paciente tener otra oportunidad.

REFERENCIAS

1) Tapia C Claudio, Muñoz C César, Ferrada H Felipe, Morales G Juan Luis. Laparostomía contenida en el manejo de la sepsis abdominal. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 Ago [citado 2022 Oct 16] ; 58(4): 260-265. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718402620060004000 05&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000400005.

2) DANIEL E. WAINSTEIN, JESICA LANGER. ABDOMEN ABIERTO. INDICACIONES, MANEJO Y CIERRE. Abdomen abierto Enciclopedia Cirugía Digestiva F. Galindo y colaboradores (internet). CAP. I-148. Disponible en https://sacd.org.ar/wpcontent/uploads/2020/05/ucuarentayocho.pdf

3) A. Sánchez-Miralles, G. Castellanos, R. Badenes, R. Conejero, Síndrome compartimental abdominal y síndrome de distrés intestinal agudo,Medicina Intensiva, Volume 37, Issue 2, 2013, Pages 99-109, https://doi.org/10.1016/j.medin.2011.11.019. (disponible en https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0210569111003445)

4) Carlos Manterola , Javier Moraga, Sebastián Urrutia Laparostomía contenida con bolsa de Bogotá. Resultados de una serie de casos. Rev. Cirugía Española Vol. 89. Núm. 6. páginas 379-385 (Junio - Julio 2011) disponible en https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulolaparostomia-contenida-con-bolsa-bogota--S0009739X11000650. DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.01.010

5) De Medicina F, Tesis H, Quijada V, Katherine M. VICTORIO QUIJADA, Milagros Katherine [Internet]. Edu.pe. "CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS, CLÍNICAS Y QUIRÚRGICAS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A LAPAROSTOMÍA, EN EL HOSPITAL NACIONAL RAMIRO PRIALÉ PRIALÉ DE HUANCAYO 2016 - 2018" [cited 2023 Feb 3]. Available from: https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/5833/Victorio%20Quijada.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

6) Tapia C Claudio, Muñoz C César, Ferrada H Felipe, Morales G Juan Luis. Laparostomía contenida en el manejo de la sepsis abdominal. Rev Chil Cir [Internet]. 2006 Ago [citado 2023 Feb 03] ; 58(4): 260-265. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718402620060004000 05&lng=es. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262006000400005.

7) Manterola C, Moraga J, Urrutia S. Laparostomía contenida con bolsa de Bogotá. Resultados de una serie de casos. Cir Esp [Internet]. 2011 [cited 2023 Feb 3];89(6):379–85. Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0009739X11000650

9) Castillo Lamas Libardo, Alfonso Moya Oriol, Sánchez Villanueva Fidel, Miranda Veitía Vladimir, Sánchez Maya Ángel Joel. Mortalidad operatoria en cirugía mayor. Análisis retrospectivo en un Servicio de Cirugía.Rev. Med.Electrón. [Internet]. 2021 Abr [citado 2023 Feb 03] ; 43(2):3061-3073. Disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684182420210002030 61&lng=es. Epub 30-Abr-2021.