



CIRUGIA DE CONTROL DE DAÑOS Y ABDOMEN ABIERTO EN OBSTETRICIA

ALEJANDRO CASTRO SANGUINO*

Cirugía de control de daños es un término utilizado para describir cirugías de salvamento por etapas, utilizadas durante un período de inestabilidad fisiológica inicialmente por los cirujanos generales pero con aplicabilidad a procedimientos traumáticos y no traumáticos en cirugía general, ortopedia, ginecología y obstetricia.

Nos concentraremos en el manejo de las alteraciones abdominales que en Obstetricia ameritan el enfoque basado en los principios de la Cirugía de control de daños, con especial énfasis en el manejo del abdomen abierto.

¿QUE TAN FRECUENTE ES ENCONTRARSE CON ESTE TIPO DE PACIENTES?

Como la gran mayoría de las gestaciones transcurren sin complicaciones severas, el obstetra general, no se verá enfrentado a este tipo de situaciones con mucha frecuencia. Esta, sin embargo, se ve aumentada en la medida en que la busquemos en los centros de referen-

Médico Cirujano Gineco-obstetra Universidad Nacional de Colombia. Médico intensivista Clínica de la Mujer, Clínica Palermo y Fundación Hospital San Carlos. Bogotá.



cia y sitios de alta complejidad. Entre los años de 2003 y 2004, entre 432 pacientes ingresadas a la unidad de cuidado crítico del Instituto Materno Infantil de Bogotá, 31 mujeres (7%) requirieron manejo con abdomen abierto. De estas mujeres, solo 2 se encontraban gestando, mientras el 80% de ellas se encontraba en las primeras 48 horas del puerperio.

¿CUÁLES SON LAS PRINCIPALES CAUSAS QUE AMERITAN LA LAPAROSTOMÍA EN G&O?

En nuestra especialidad, la infección, el sangrado y la hipertensión abdominal son las principales causas por las que debemos manejar un abdomen abierto.

- Las infecciones intra-abdominales, debido a la dinámica del líquido peritoneal, fácilmente pueden migrar dentro de la cavidad y generar cuadros de peritonitis generalizada o abscesos en sitios diferentes al de la alteración principal. Por lo anterior, cuando se opera un paciente con sepsis abdominal se debe ser muy obsesivo en **revisar TODA la cavidad**. Durante la gestación, el diagnóstico de peritonitis se complica debido a las alteraciones en el rendimiento de las diferentes pruebas diagnósticas disponibles. Existen dificultades tanto en las pruebas clínicas como en las paraclínicas, que hacen del abdomen agudo, un cuadro de comportamiento bizarro durante la gestación. El paciente crítico, también tiene manifestaciones muy propias frente a la sepsis de origen abdominal, y frecuentemente hace dudar al clínico sobre la posibilidad del foco que explica una evolución tórpida. La laparotomía exploratoria y (según los hallazgos), la laparostomía, aparecen como una posibilidad diagnóstica y terapéutica. En estos casos una laparotomía “en blanco” puede ser de gran ayuda, toda vez que nos descarta una importante fuente de descompensación, y nos orienta el estudio hacia otro foco. Si por el contrario, la exploración quirúrgica



evidencia el origen de la enfermedad del paciente, proceder a eliminar la fuente y disminuir el inóculo microbiano son claves fundamentales para disminuir la mortalidad de la peritonitis, que no tratada llega al 90%. En los casos de infecciones severas o diseminadas, la decisión de cerrar el abdomen o dejar laparostomía depende del juicio clínico y de la experiencia del cirujano, pues aunque no hay datos contundentes en cuanto a evidencia al respecto, la experiencia nos ha enseñado que la mayoría de estos casos requieren reintervenciones y por eso en estos casos seleccionados, preferimos el abdomen abierto.

- Los sangrados intraabdominales, son otra causa de laparotomía exploratoria y laparostomía. En caso de foco sangrante múltiple de difícil control, el empaquetamiento con compresas se impone como medida de control del sangrado, acortando tiempo anestésico y difiriendo el manejo definitivo, en tanto se reponen derivados sanguíneos y se compensa la hemostasia. Esto aplica para los casos en que una coagulopatía bien sea heredada, o adquirida como en el caso de la coagulopatía de consumo después de una hemorragia posparto, es la causa del sangrado. Cuando, el foco es único, y la hemostasia se encuentra compensada, el control de dicho foco es suficiente para el manejo del sangrado y está indicado el cierre de la pared abdominal. Para el caso de la paciente obstétrica, en la que la principal fuente de sangrado que posteriormente lleva a la coagulopatía es de origen uterino, la histerectomía aparece como una indicación salvadora en muchos de los casos. Cuando esta sea la conducta elegida, el esfuerzo máximo debe ser el de **evitar las histerectomías subtotales**. Este tipo de intervención aumenta las complicaciones hemorrágicas y principalmente las de origen infeccioso.
- La hipertensión abdominal es una de las causas más frecuentemente ignoradas de falla orgánica múltiple, debido a la falta de conocimiento de su existencia, su evolución y sus tremendas implicaciones fisiológicas. La medición rutinaria de la presión



intraabdominal en los pacientes de riesgo para esta patología, constituye la mejor medida para evitar las complicaciones secundarias del estadio final de la hipertensión abdominal, que es el Síndrome Compartimental Abdominal (SCA). Existen varios métodos para medir la presión intraabdominal, de los que el más usado por seguridad y facilidad es el que se hace a través de la sonda vesical. La hipertensión abdominal no manejada, produce un severo compromiso de la perfusión esplácnica y desencadena a través de mediadores inflamatorios y de los efectos físicos de la presión sobre el diafragma, un síndrome en el que sobresalen la falla cardiovascular, la injuria pulmonar, la falla renal, el desequilibrio ácido-básico y el compromiso neurológico. El factor de riesgo más importante en estos casos es la reanimación agresiva, sin importar la causa de la descompensación. En el paciente postquirúrgico la incidencia puede ser hasta del 14%. **La mortalidad del SCA no tratado es del 100%.**

RECOMENDACIONES GENERALES PARA EL MANEJO DE LA LAPAROSTOMÍA

- Fije una bolsa estéril a la piel, puede hacerlo a la fascia, pero a la hora de cerrar a su paciente es preferible tener una fascia indemne.
- Prefiere prolene con aguja cortante.
- El cierre debe evitar que se hernie el contenido abdominal, pero no necesariamente debe ser “hermético”
- Aunque no hay evidencia contundente, preferimos iniciar esquema antibiótico de amplio espectro.
- En cada revisión de la laparostomía, tome muestras para gram y cultivo, sin dejarse asustar por la colonización bacteriana y micótica que son muy frecuentes
- En casos de evolución tórpida, sea muy obsesivo revisando la cavidad



- Procure no cerrar el abdomen de pacientes en los que persiste CID, sepsis o balances positivos.
- Cambie los empaquetamientos con compresas por lo menos cada 72 horas.
- En ausencia de experiencia con este tipo de pacientes, “busque ayuda”

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ertel W, Oberholzer A, Platz A, et al: Incidence and clinical pattern of the abdominal compartment syndrome after “damage-control” laparotomy in 311 patients with severe abdominal and/or pelvic trauma. *Crit Care Med.* 2000; 28:1747-53.
2. Gómez A, Alvarez C, León A. *Enfermedades Infecciosas en UCI: Una aproximación basada en las evidencias.* Ed. Distribuna. 2004
3. Ivatury RR, Sugerman H. Abdominal compartment syndrome: A century later, isn't it time to pay attention? *Crit Care Med.* 2000; 28: 2137 – 38.
4. *Peritonitis following cesarean section. Report of 2 cases. The value of laparostomy.* *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1984;13(5):565-8.
5. Relaparotomy in peritonitis. *World J Surg* 2000 Jan;24(1).
6. *Use of planned intermittent peritoneal lavage (open abdomen) in severe forms of peritonitis due to gynecologic-obstetric procedures.* *Ginekol Pol.* 1995 Jun; 66(6):335-9.