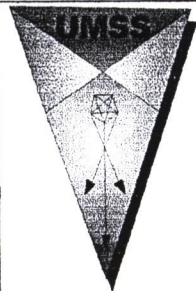


313

MED  
725/5  
R1731  
2004



UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIRECCION DE POST GRADO

# LAPAROSTOMIA CONTENIDA:

## Nuestra experiencia en el H O # 2

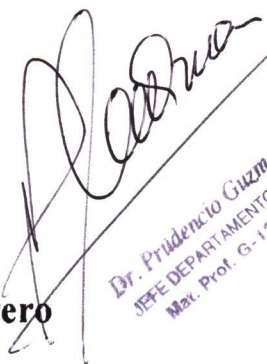
### 1991-2001

HOSPITAL OBRERO No 2 C.N.S.  
Enero 1991-Diciembre 2001

Autor : Dr. Jose Manuel Ramirez V.  
Residente tercer año año – Cirugía general  
Tutor : Dr. Prudencio Guzmán  
Jefe Depto. Cirugía CNS  
Dr. Jose Manuel Arrieta C.  
Cirujano General C.N.S.

MED  
2004  
R1731

Cochabamba – Febrero  
2004

  
Dr. Prudencio Guzmán Borda  
JEFE DEPARTAMENTO DE CIRUGIA  
Max. Prof. G-125 C.N.S.

# INDICE

I.- INTRODUCCION	1
II.- MARCO TEORICO	2
2.1 Aspectos historicos	2
2.2 Fisiologia del peritoneo	4
2.3 Abdomen abierto	7
2.4 Aporte inmunonutricional	8
2.5 Aspectos de interes en una mala evolucion	9
2.6 Indicaciones	9
2.7 Técnica quirurgica	10
2.8 Otras alternativas para el cierre abdominal	11
2.9 Mortalidad	13
2.10 Factores determinantes en la patogénesis	13
2.10.1 Sinergismo bacteriano	15
2.10.2 Obstruccion	16
2.10.3 Hemoglobina	16
2.10.4 Pigmentos biliares	17
2.10.5 Cuerpos extraños	17
2.10.6 Factores sistemicos	17
2.11 Metodos diagnosticos	18
2.11.1 Rayos X de abdomen	18
2.11.2 Ecografía y TAC	18
2.11.3 Paracentesis abdominal	18
2.11.4 Cultivo y antibiograma	19
2.12 Normas operatorias	19
2.12.1 Eliminacion del foco septico	20
2.12.2 Reduccion de la contaminación	20
2.12.3 Tratamiento de la infeccion residual	20
2.13 aspectos tecnicos de colocacion de laminas	21
2.14 Clasificacion de acuerdo al area anatomica	27
2.15 Pasos en el manejo de la sepsis abdominal	28
2.16 Reduccion de la infeccion	29
2.17 Tratamiento de la infeccion residual	29
2.17.1 Indicaciones del lavado peritoneal	29
2.18.2 Lavado peritoneal	30
2.18 Criterios para el retiro de la lamina	31
2.19 Nuestra experiencia	31
III HIPOTESIS	32
IV OBJETIVOS	32
4.1 Objetivo general	32
4.2 Objetivos especificos	32
V MARCO METODOLOGICO	33
5.1 Tipo de inverstigacion	33
5.2 Variable dependiente	33
5.3 Variables independientes	34

5.4 Definicion del iniverso	34
5.6 Metodo de recoleccion de datos	34
5.7 Plan de recolecion y analisis	35
VI RESULTADOS	35
VII CONCLUSIONES	38
VIII RECOMENDACIONES	38

*LAPAROSTOMIA CONTENIDA En el hospital obrero 2 de la Caja nacional de salud en el periodo 1991-2001*

## I INTRODUCCION

La Laparostomia contenida ha sido el resultado de muchas experiencias y de muchas alternativas y consiste fundamentalmente en el posibilidad de tener un **acceso directo a la cavidad peritoneal** la misma que permanece “abierta” por un tiempo perentorio mientras se resuelva el proceso inflamatorio infeccioso y permita viabilizar los órganos que se encuentran gravemente afectados.

Con el transcurso del tiempo y la experiencia acumulada a lo largo de muchos años, se ha logrado desarrollar técnicas y procedimientos mejorados inspirados en experiencias de otras latitudes y que nos permiten hoy por hoy, considerar estas como nuevas y mejores alternativas en el manejo de diversas patologías .

Un ejemplo tácito de esto lo constituye el presente trabajo en el que se presenta un procedimiento desarrollado en el servicio de cirugía del hospital obrero n 2 de la Caja nacional de salud, donde en base a experiencias propias se ha desarrollado el perfeccionamiento de la técnica del “ **abdomen abierto**” como una alternativa mas en el manejo de pacientes con patología abdominal gravemente contaminada o gravemente dañada.

La aplicación de múltiples procedimientos desarrollados en los últimos 30 años entre ellos la “bolsa de Bogotá” como alternativa quirúrgica, se ve superada con la técnica que describiremos, en función a ser este ultimo, un procedimiento mas simple, con menor daño a tejidos y mayor funcionalidad, permitiendo además la aplicación de la técnica en mayor numero de oportunidades y con menor probabilidad de dañar la piel o planos subyacentes, incluyendo además los resultados que son por demás halagadores en cuanto a las complicaciones propias del procedimiento como las evisceraciones, factor temido por

quienes emplean la laparostomía como alternativa y que se encuentran en muy contados casos a lo largo del estudio de esta serie.

## II MARCO TEORICO

### 2.1. Aspectos Históricos

En el tratamiento del paciente con sepsis en la cavidad peritoneal , y por la alta morbimortalidad que conlleva, se han introducido modificaciones con el fin de hallar el tratamiento más adecuado para obtener mejores resultados, siempre basados en los principios del tratamiento de las infecciones supurativas: drenaje del foco séptico, debridamiento del tejido necrótico y prevención de su reacumulación.

En 1905 Price, y Torek en 1906, mostraron la efectividad del debridamiento y lavado de la cavidad peritoneal en pacientes con apendicitis , reduciendo la mortalidad. Años más tarde Houvanian y Saddawi demostraron que la diseminación bacteriana causada por el debridamiento e irrigación no incrementaba la mortalidad. Artz hacia 1960 utiliza la irrigación intraoperatoria con antibióticos, y Schumer la irrigación continua postoperatoria intraperitoneal, al igual que otros la han utilizado en forma intermitente con el uso de catéteres . Huspeth promulgó el debridamiento radical de la superficie peritoneal tanto visceral como parietal .

Steimberg en los años 70 fue el primero en proponer el tratamiento de la cavidad peritoneal como un absceso, dejándola abierta por 48-72 horas, con lo que se observó tan solo un 7% de mortalidad en sus pacientes.

Usher en 1958 introdujo el uso del polipropileno (Marlex).

En 1977, Schmith propuso la utilización de la malla de Marlex, ; lo mismo propuso Wouters y colaboradores en 1983 .

Teniendo en cuenta que no es suficiente dejar el abdomen abierto sino que debe drenarse las colecciones adecuadamente, Teichmann y Wittmann en Alemania en 1980, sugirieron la utilización del régimen de exploración manual diaria y el lavado de la cavidad abdominal a través de una cremallera insertada en la malla de Marlex .

En 1984 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, se vio la necesidad de dejar el abdomen abierto en un paciente sometido ya a varias intervenciones, quien presentaba un íleo severo. El defecto en la pared se cubrió con una lámina plástica (polivinilo) fijado a la aponeurosis, procedimiento éste sin precedentes en el mundo (Borráez, 1984), . Hoy en día este elemento( bolsa de viaflex), es conocida en la literatura internacional como bolsa de Bogotá, y en nuestro medio como bolsa de Borráez. Esta lámina plástica es sencillamente aquélla que contiene las soluciones hidroelectrolíticas para administración parenteral o de irrigación urológica que se utilizan en los pacientes.

Otros tipos de material protésicos se han utilizado: nailon , dacrón , teflón , silástico , velcro. Igualmente, se han utilizado mallas elaboradas de material absorbible (de poliglactina o de ácido poliglicólico), inicialmente recomendados para cubrir vísceras sólidas sangrantes y posteriormente en la pared abdominal .

El "abdomen abierto" es una técnica utilizada no sólo en el tratamiento de los pacientes con sepsis severa de origen abdominal, sino en el de aquéllos con trauma grave que pueden requerir laparotomía abreviada (o de salvamento), o en la prevención del síndrome de hipertensión abdominal. Ha mostrado ser una buena modalidad como parte del tratamiento integral en este tipo de pacientes.

Respecto a la lámina plástica (polivinilo) que se utiliza ampliamente en nuestro medio y en el mundo y que se inicio en 1984 en el Hospital San Juan de Dios de Bogotá, ofrece características y ventajas por sus propiedades físicas, bajo costo y facilidad de manejo en los pacientes que lo requieren.