



O-040 - ABDOMEN ABIERTO: REGISTRO NACIONAL, MULTICÉNTRICO, PROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL. ANÁLISIS DE INDICACIONES, FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD Y RESULTADOS EN PACIENTES NO TRAUMÁTICOS INTERVENIDOS DE URGENCIAS

Pelegrina Manzano, Amalia^{1,16}; Membrilla Fernández, Estela¹; González Castillo, Ana María¹; Gimeno López, Marta¹; Puértolas Pérez, Alejandro¹; Rull Sanz, Sol¹; Durán Jordà, Xavier¹; Rey Simó, Ignacio^{2,16}; Aranda Narvaez, José Manuel^{3,16}; González Sánchez, Antonio Jesús^{3,16}; López Ruiz, José Antonio^{4,16}; Romero Vargas, Estela^{4,16}; Rodríguez González, Araceli^{5,16}; Guerrico Tomé, Leire^{5,16}; Padilla Otamendi, Miren Josebe^{5,16}; Vila Zárate, Cristina^{6,16}; Pérez Álvarez, Antonio^{6,16}; Hernández, Hanna^{6,16}; Gracia, Raquel^{7,16}; Gil Barrionuevo, Esther^{8,16}; Galeano Diaz, Francisco^{9,16}; Ugarte Sierra, Bakarne^{10,16}; Rahy Martín, Aida Cristina^{11,16}; Vázquez Melero, Alba^{12,16}; Landaluce Olavarria, Aitor^{13,16}; Fernández Elvira, Elena^{14,16}; García Santos, Esther^{14,16}; López López, Víctor^{15,16}; Cerezuela Fernández, Álvaro^{15,16}

¹Hospital del Mar, Barcelona; ²Hospital Universitario de A Coruña; ³Hospital Universitario Regional Carlos Haya, Málaga; ⁴Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla; ⁵Hospital Universitario Donostia, Donostia; ⁶Hospital Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife; ⁷Hospital Universitario Parc Taulí, Sabadell; ⁸Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona; ⁹Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz; ¹⁰Hospital Universitario Galdakao, Galdakao; ¹¹Hospital Universitario Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria; ¹²Hospital Universitario de Araba, Vitoria-Gasteiz; ¹³Hospital Universitario de Urduliz Alfredo Espinosa, Vizcaya; ¹⁴Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real; ¹⁵Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ¹⁶Grupo Estudio NaROA.

Resumen

Introducción: El abdomen abierto (AA) es una indicación quirúrgica que inicialmente se utilizó en pacientes críticos traumáticos, extendiéndose posteriormente a otras etiologías no traumáticas, principalmente peritonitis, emergencias vasculares o pancreatitis agudas. Aunque su utilidad está bien documentada en traumáticos, en no traumáticos persisten importantes lagunas sobre sus indicaciones, beneficios y complicaciones.

Objetivos: El objetivo principal fue crear un registro observacional, prospectivo, multicéntrico y nacional de pacientes con indicación potencial de abdomen abierto en contexto no traumático (AAEPNT). Los objetivos secundarios fueron analizar en tiempo real las indicaciones, técnicas quirúrgicas, materiales utilizados, tiempo operatorio, factores de riesgo, cierre definitivo de la pared abdominal y complicaciones según la clasificación de Clavien-Dindo. Asimismo, se evaluaron las técnicas de manejo y cierre del AAEPNT, se identificaron factores de riesgo de complicaciones y mortalidad, y se compararon los resultados clínicos entre los centros participantes.

Métodos: Estudio prospectivo, observacional, multicéntrico y nacional (enero 2022-agosto 2024). Se incluyeron pacientes con laparotomía urgente no traumática. Se excluyeron los pacientes traumáticos, sin intervención quirúrgica o sin laparotomía. Se consideró indicación potencial de AA

la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: hipotensión (TAS $\geq$ 70 mmHg), transfusión masiva ($\geq$ 5 concentrados de hemáties), coagulopatía (INR $\geq$ 1,7 o TP $>$ 50%), acidosis (pH $<$ 7,25) o hipotermia ($<$ 35 °C). Se recogieron variables clínicas, quirúrgicas y evolutivas. Se realizaron análisis univariante, multivariable (regresión de Cox) y curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: Se incluyeron 426 pacientes, el 54,2% tratados con AA. Estos presentaban mayor gravedad preoperatoria (ASA $\geq$ 3, ventilación mecánica, menor Glasgow, qSOFA elevado; $p < 0,001$) y con mayor frecuencia $\geq$ 3 criterios de indicación potencial de AA ($p = 0,036$). Las principales etiologías fueron peritonitis (41,1%) y emergencias vasculares (43,3%). El cierre temporal más utilizado fue con presión negativa (86,4%), se realizó el cierre definitivo en el 77,1% y presentaron fístula intestinal el 5,2%. La mortalidad a los 90 días fue mayor en el grupo AA (44,6 vs. 25,1%; $p < 0,001$). Los factores asociados a mayor mortalidad fueron: edad avanzada, ventilación mecánica y $\geq$ 3 criterios de indicación de AA (todos $p < 0,001$). La isquemia intestinal fue la complicación más frecuente (10,9%; $p = 0,005$). Las curvas de Kaplan-Meier no mostraron diferencias significativas en la supervivencia entre grupos ni según etiología. La mortalidad aumentó hasta el 66,7% en pacientes con cuatro criterios de AA. La ausencia del cierre temporal abdominal con terapia de presión negativa se asoció a un peor pronóstico, aunque sin significación estadística.

Conclusiones: El abdomen abierto se indica con frecuencia en la cirugía urgente de etiología no traumática, especialmente en pacientes con deterioro fisiológico grave. La edad avanzada, la ventilación mecánica y presentar $\geq$ 3 criterios clínicos fueron predictores independientes de mortalidad. El cierre precoz de la pared abdominal y la utilización de terapia de presión negativa se asociaron a menos complicaciones. El AA puede ser útil si se indica de forma adecuada, aunque son necesarios estudios prospectivos adicionales para estandarizar su uso.