



II Congreso

Sociedad Hispanoamericana de Hernia

3, 4 y 5 de mayo de 2018

Aula Magna de la Fundación Jiménez Díaz

Madrid - España



REGISTRO NACIONAL DE ABDOMEN ABIERTO (Proyecto AbAb)

Montiel Jiménez-Fuertes MD, PhD.
Hospital Universitario Rey Juan Carlos
Móstoles (Madrid)

Terapia de Abdomen abierto

El ***Cierre Abdominal Temporal (CAT)*** o ***Terapia de Abdomen Abierto*** es un procedimiento habitual en determinadas situaciones quirúrgicas.

Definición: dejar **no aproximados** intencionadamente los bordes de la fascia abdominal tras la realización de una cirugía, **protegiendo el interior** de la cavidad y su contenido del medio externo mediante diferentes técnicas

Leppäniemi AK. Crit Care. 2010; 14:216





La referencia inicial de la Terapia de Abdomen Abierto: **Ogilvie en**
1940 (World War II):
stout cotton cloth sterilized in vaseline

Damage Control Surgery



2018

1. Cirugía de Control de Daños
2. Síndrome Compartimental Abdominal
3. Sepsis Abdominal Severa



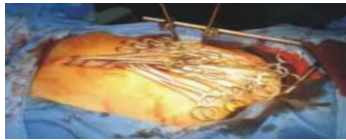
Terapia de Abdomen Abierto

- Sólo existe evidencia nivel I en favor de su uso en pacientes con SCA establecido
- Si el SCA no es tratado con descompresión mediante CAT, tiene una mortalidad de 80%, comparado con el 36-49%
- Aunque es utilizada con frecuencia, **no existe evidencia nivel I** para su uso en pacientes **traumáticos**, en **cirugía general** o en **urgencias vasculares**



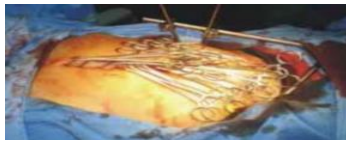
De Waele JJ. Br J Surg. 2016;103:709-715

Tipos de Cierre Abdominal Temporal

Técnica	Características	
Cierre de piel (Towel clip)	Cierre rápido. Daño de piel. No previene el SCA. Lateralización.	
Bolsa de Bogotá <i>Borráez 1984</i>	Bolsa de plástico (rápido y barato) No previene el SCA, la lateralización, la adhesión de la pared a las vísceras no control de líquidos	
Mallas y cremalleras	Lateralización, mal control de fluidos no previene contaminación Deshidratación intestinal	
Wittmann patch <i>1990</i>	Daña la fascia Contraindicado en sepsis No control de fluidos	
Suturas de retención (con o sin TPN)	No control de fluidos (ascitis tóxica) No es fácil de aplicar, ni rápido Traumático	

Técnica	Características	
Vacuum pack de Barker <i>1995</i>	Elimina líquido (ascitis tóxica): Fácil de aplicar Reduce el edema intestinal Hacen el cierre abdominal definitivo más fácil (previene adherencias, preserva el dominio)	
Sistemas comerciales VAC <i>1997</i>		
TPN combinada con malla de tracción (VAWCM) <i>Peterson 2007</i>		
NPT + Dynamic closure system <i>Verdam 2011</i>		

Tipos de Cierre Abdominal Temporal

Técnica	Características	
Cierre de piel (Towel clip)	Cierre rápido. Daño de piel. No previene el SCA. Lateralización.	
Bolsa de Bogotá <i>Borráz 1984</i>	Bolsa de plástico (rápido y barato) No previene el SCA, la lateralización, la adhesión de la pared a las vísceras no control de líquidos	

Técnicas Pasivas

Suturas de retención (con o sin TPN)	No control de fluidos (ascitis tóxica) No es fácil de aplicar, ni rápido Traumático	
---	---	--

TPN

Técnica	Características	
Vacuum pack de Barker <i>1995</i>		
Sistemas comerciales VAC <i>1997</i>	Elimina líquido (ascitis tóxica): Fácil de aplicar Reduce el edema intestinal	
Combinada con tracción (CM) <i>Peterson 2007</i>		
NPT + Dynamic closure system <i>Verdam 2011</i>		

Técnicas Activas

Recomendación de consenso actual de la WSACS

*Recomendamos que entre los pacientes críticamente enfermos o lesionados con abdomen abierto, **se deben utilizar las terapias basadas en la presión negativa** [GRADO 1C]*



Kirkpatrick AW, et al. *Intensive Care Med.* 2013;39:1190-206

Complicaciones del CAT

Complicación	Característica	
Fístula enteroatmosférica	<ul style="list-style-type: none"> • Asas expuestas a desecación y traumatismos repetidos por manipulación • Incidencia entre el 5-15% • Aumentan la mortalidad y el coste sanitario • Mejor prevención: evitar la adhesión de las vísceras a la pared abdominal y el cierre abdominal (<i>teoría de Pereboom</i>) 	
Abdomen congelado	<ul style="list-style-type: none"> • Adherencia pared y vísceras • Aumento significativo de riesgo de fístula enteroatmosférica • Dará lugar a una hernia ventral 	
Hernia ventral	<ul style="list-style-type: none"> • Si no se puede cerrar la fascia: hernia ventral • Promover el tejido de granulación y posteriormente realizar injerto cutáneo • Difícil reparación 	
Otras (ISQo/c, ISQi)	<ul style="list-style-type: none"> • Similar a cualquier intervención 	

Cierre abdominal tras el CAT

Normalización del estado fisiológico y reparaciones necesarias

Lo mejor: Cierre Fascial Primario:

- relacionado con menor morbi-mortalidad y estancia hospitalaria
 - Goussous N et al. *Surgery*, 2012; 152: 777-784
 - Frazee R et al. *Am J Surg*, 2012; 204: 996-999
 - Sharrock AE et al. *Injury*. 2016;47:296-306
- **tan pronto como sea posible:** una etapa o secuencial

Otras opciones (desdoblamiento aponeurótico, mallas biológicas, mallas sintéticas, hernia ventral planeada...)



Qué está pasando en España?





- No tenemos registro nacional
- No sabemos qué técnicas utilizamos
- No conocemos nuestros resultados globales, sólo experiencias personales





Origen de la idea: **2011**: proyecto inicial

Avalado científicamente por la AEC: Sección de Politraumatizados y cirugía de urgencias. **2013**

Comité Etico: Fundación Jiménez Díaz

Sin financiación económica

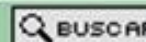
Sin dotación específica de personal: los casos son recogidos voluntariamente por los cirujanos y enviados al correo electrónico designado para ello



AEC
ASOCIACIÓN ESPAÑOLA
DE CIRUJANOS

Viernes, 21 de Marzo de 2014

BUSCADOR



ociación

Noticias

Secciones

Becas y Premios

Cursos y Congresos

Área de Asociados

Publicaciones

Home

→ ÚLTIMAS NOTICIAS

XXX aniversario del
primer trasplante
hepático en España



Patrocinador

Estudio multicéntrico de Cierre Temporal Abdominal en los hospitales españoles denominado Proyecto ABAB (Abdomen Abierto)

AEC



Archivo PDF

(51 KB)

(10 segundos a 56 Kb/s)

Estimado compañero,

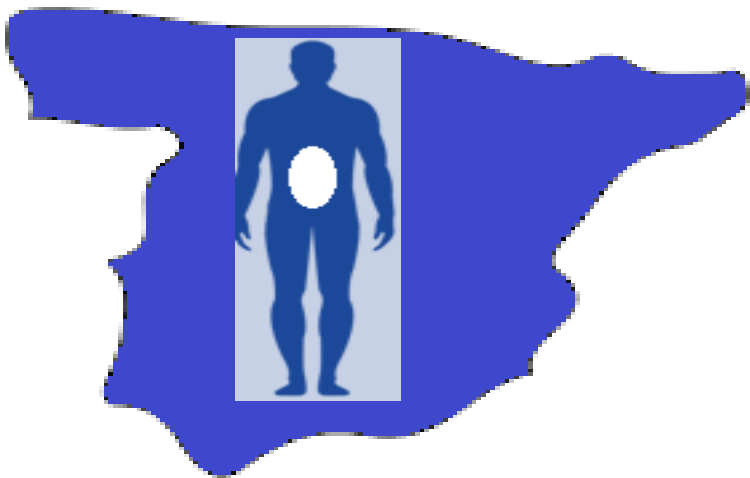
Desde la Sección de Trauma y Cirugía de Urgencias de la Asociación Española de Cirujanos se va a realizar un estudio multicéntrico de Cierre Temporal Abdominal en los hospitales españoles denominado Proyecto ABAB (Abdomen Abierto). Se trata de un proyecto prospectivo de un año de



Proyecto AbAb

(Proyecto Abdomen Abierto)

Objetivo: **tasa de Cierre Fascial Primario (CFP) y complicaciones**
en pacientes con **abdomen abierto**, en
función del tipo de CAT utilizado

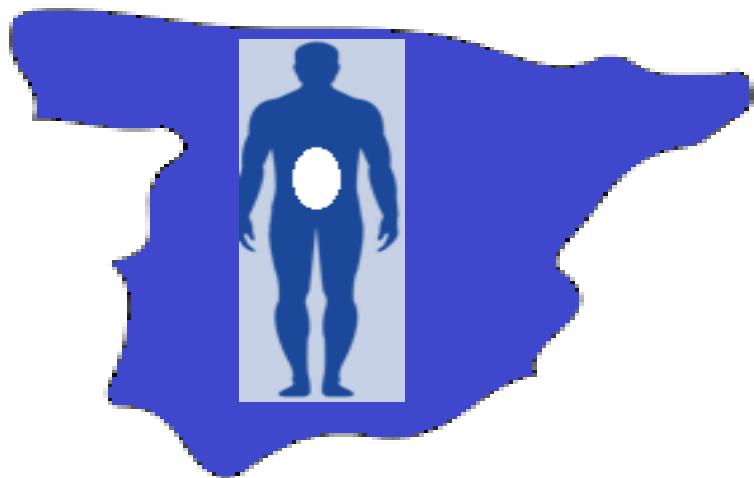


292 pacientes en **37** hospitales

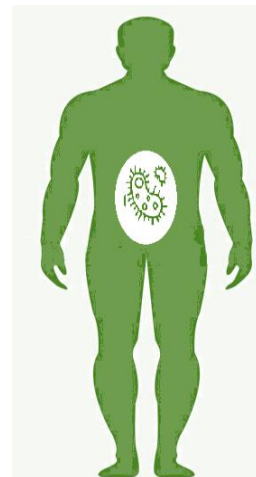
Proyecto AbAb

(Proyecto Abdomen Abierto)

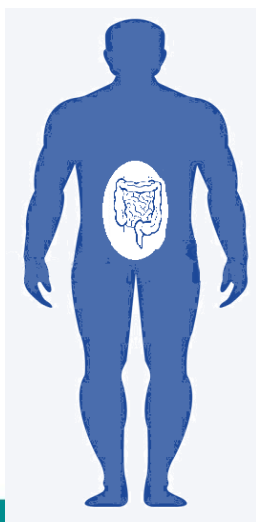
Objetivo: tasa de Cierre Fascial Primario (CFP) y complicaciones en pacientes con abdomen abierto, en función del tipo de CAT utilizado



292 pacientes en **37** hospitales



PERITONITIS
141 (48,3%)



- Otras 58 (19,9%)
- SCA 44 (15,1%)
- Pancreatitis 36 (12,3%)
- Blunt abdominal trauma 12 (4,1%)
- Penetrating abdominal trauma 1 (0,3%)

Proyecto AbAb

(Abdomen Abierto)

En Europa: causa más común de abdomen abierto

Atema. World J Surg. 2015; 39:912-25

Uso controvertido:

- Indicación logística: la fuente de sepsis no puede ser controlada en una sola intervención
- Indicación fisiológica: el paciente no tolera la reparación definitiva o el cierre abdominal
- Indicación anatómica: el edema visceral no permite un cierre sin incremento de la PIA

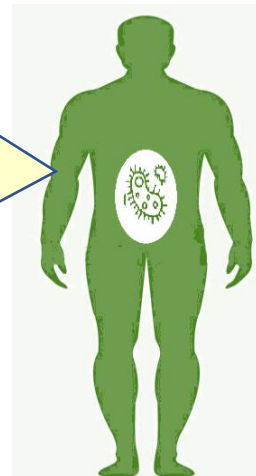
Rezende-Neto J et al.. World J Emerg Surg. 2016;14:11:28

Wittmann (2009): CAT en peritonitis con re-exploración a las 48-72 horas : mejora la supervivencia comparado en el cierre abdominal y la re-laparotomía a demanda, con menor mortalidad que la predicha con puntuación APACHE-II

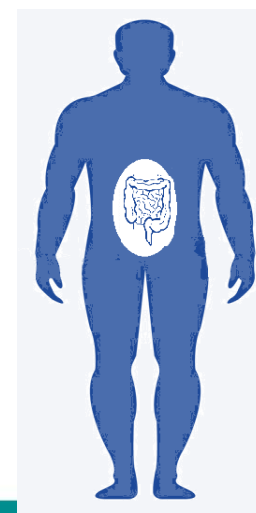
Br J Surg 2009;89:1516-24

Bleszynski (retrospectivo): relaparotomía a demanda vs CAT con VAC. Mortalidad con VAC menor (22,8% vs 38,6%)

Am J Surg. 2016; 211:926-32



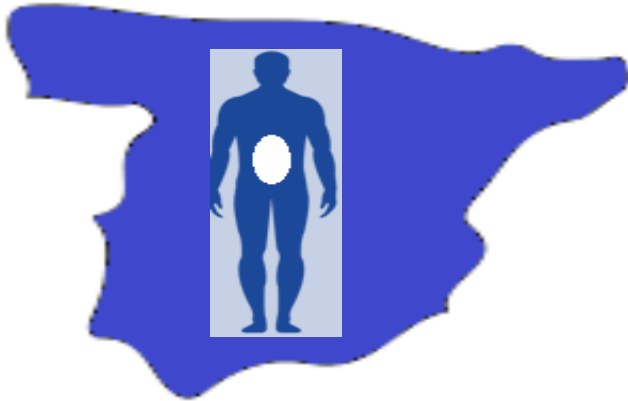
PERITONITIS
141 (48,3%)



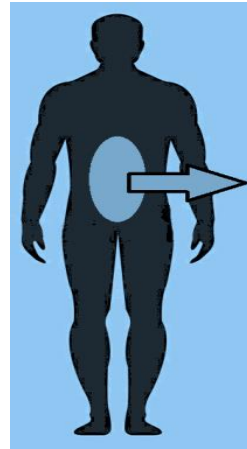
- Otras 58 (19,9%)
- SCA 44 (15,1%)
- Pancreatitis 36 (12,3%)
- Blunt abdominal trauma 12 (4,1%)
- Penetrating abdominal trauma 1 (0,3%)

AbAb Project

(Open Abdomen Project)

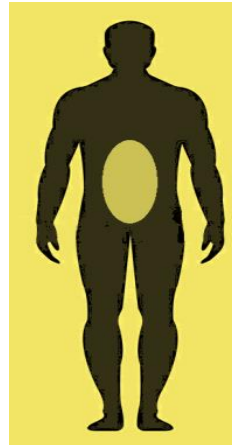


292 patients at 37 hospitals



Técnicas Activas
(uso de presión negativa)
218 (74,6%)

Presión de -125 mmHg se utilizó en el 37.1%
(-125 mmHg fue la presión más utilizada, seguida de -100 mmHg)



Técnicas Pasivas
71 (24,3%)



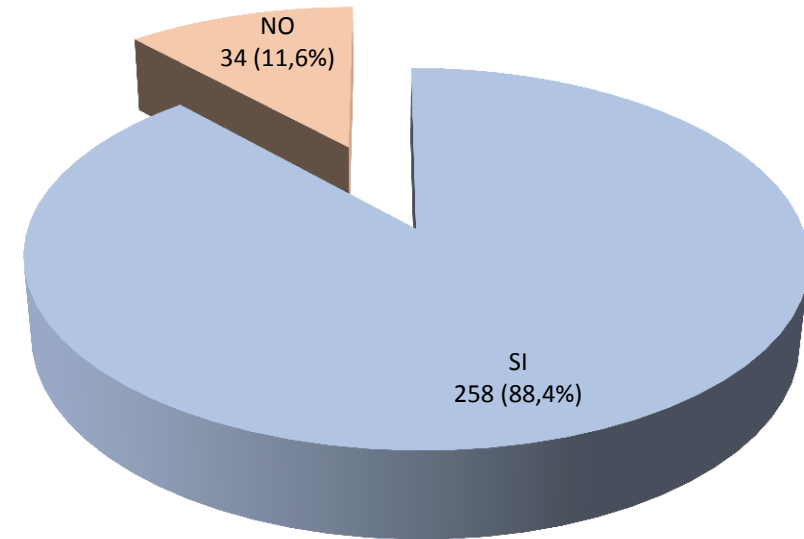
Características Clínico-Epidemiológicas

- Solicitud de **76 hospitales**. Participación **37 hospitales**
- **292 casos** analizados

Variable	Media (DE)	Mínimo-Máximo
Edad (años)	63,46 (13,97)	20-89
IMC (kg/m ²)	28,07 (5,77)	16-54

Variable	N (%)
Edad*	
— Edad > 70 años	113 (38,7)
Hombres	192 (65,8)
Cirugía abdominal previa	120 (40,1)
ASA	
— I	8 (2,7)
— II	77 (26,4)
— III	108 (36,9)
— IV	55 (18,8)
— V	5 (1,7)
— Desconocido	42 (14,4)

Antecedentes Personales





Características Clínico-Epidemiológicas

- Solicitud de **76 hospitales**. Participación **37 hospitales**
- **292 casos** analizados

Variable	Media (DE)
Edad (años)	63,46 (13,97)
IMC (kg/m ²)	28,07 (5,77)

Variable	N (%)
Edad*	
— Edad > 70 años	113 (38,7)
Hombres	192 (65,8)
Cirugía abdominal previa	120 (40,1)
ASA	
— I	8 (2,7)
— II	77 (26,4)
— III	108 (36,9)
— IV	55 (18,8)
— V	5 (1,7)
— Desconocido	42 (14,4)

- *Bruns*: pacientes no traumáticos:
Edad: 61 años (50-68)
Acute Care Surg. 2016; 80:631-6
- *Krebs B*: pacientes urgencias
Edad: 67 años (25-85)
Adv Skin Wound Care. 2017. Jun;30(6):256-261.
- *Cristaudo et al*: revisión sistemática y meta-análisis (1950-2015): 13.650 pacientes
Edad: 52 +/-14 años
Am Surg. 2017; 83:191-216.
- *Coccolini (IROA)*
Edad: 57,3 +/-18,37 años
World J Emerg Surg. 2017;12:10

258 (88,4%)



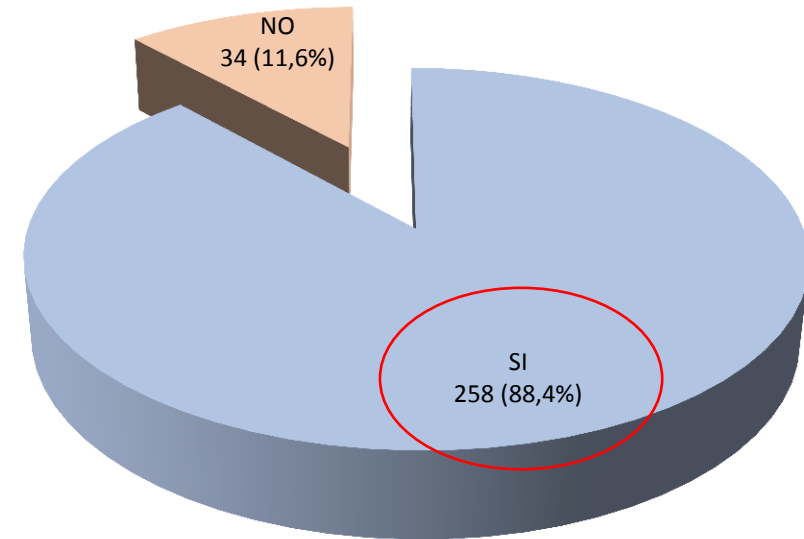
Características Clínico-Epidemiológicas

- Solicitud de **76 hospitales**. Participación **37 hospitales**
- **292 casos** analizados

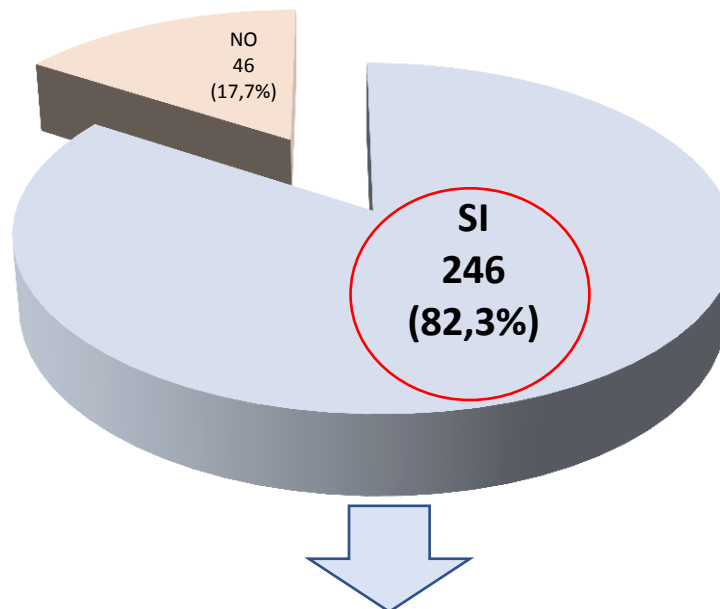
Variable	Media (DE)	Mínimo-Máximo
Edad (años)	63,46 (13,97)	20-89
IMC (kg/m ²)	28,07 (5,77)	16-54

Variable	N (%)
Edad*	
– Edad > 70 años	113 (38,7)
Hombres	192 (65,8)
Cirugía abdominal previa	120 (40,1)
ASA	
– I	8 (2,7)
– II	77 (26,4)
– III	108 (36,9)
– IV	55 (18,8)
– V	5 (1,7)
– Desconocido	42 (14,4)

Antecedentes Personales

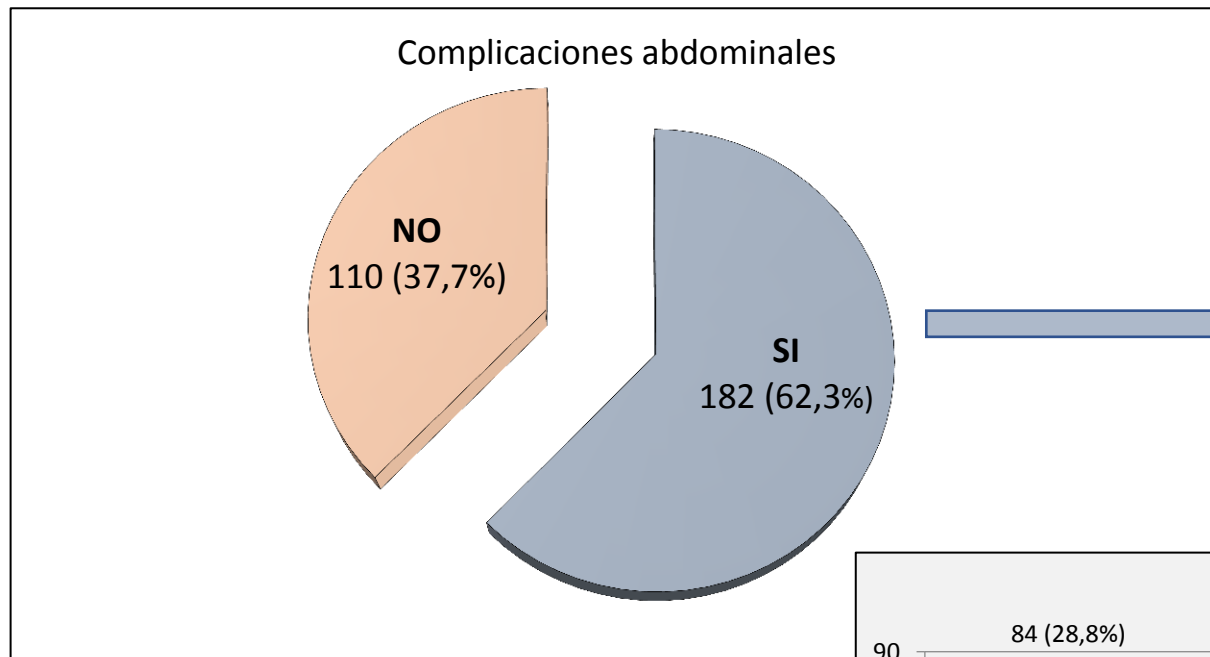
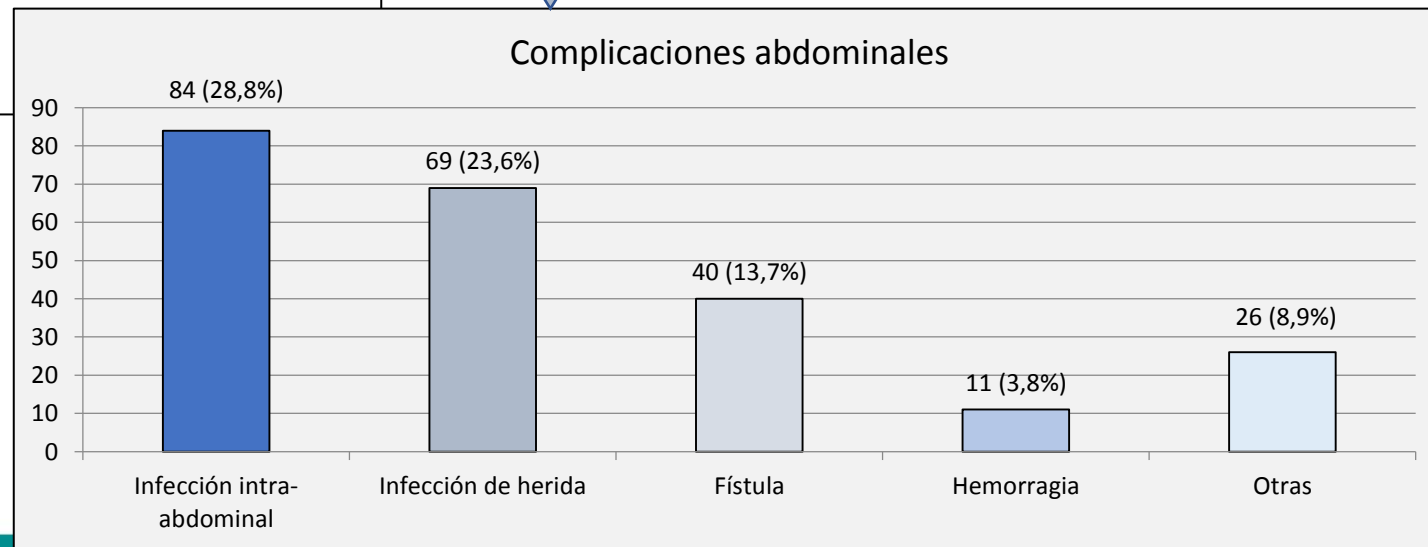


Complicaciones generales

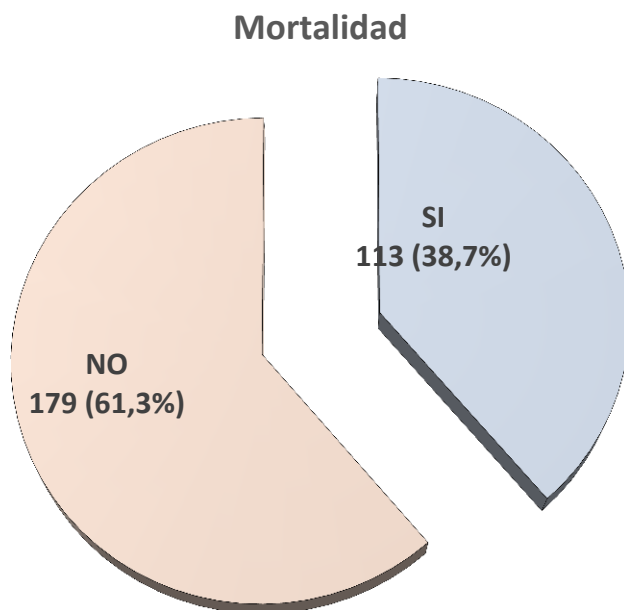


126 (43,1%) tuvieron más de una complicación

Complicaciones Abdominales

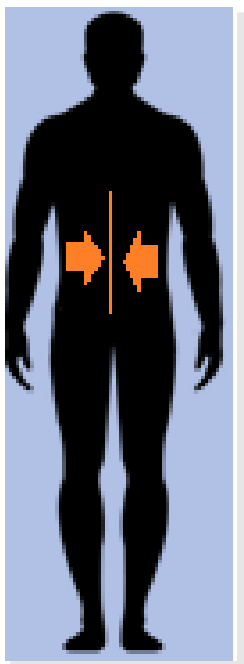


Mortalidad

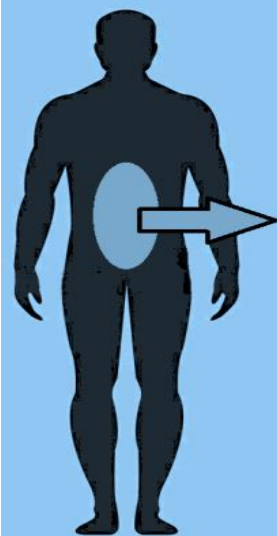
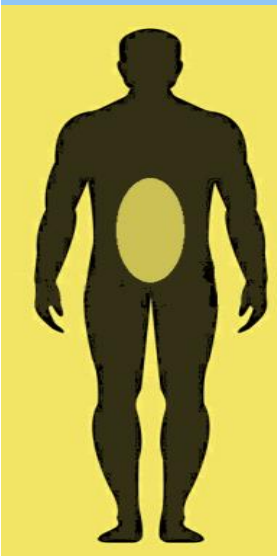


Cierre Fascial Primario

(150 pacientes (51,4%))



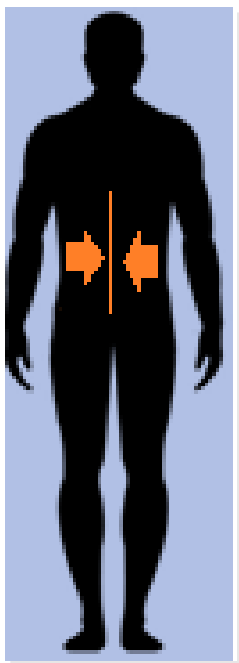
Terapia Activa 122 (55,2%)



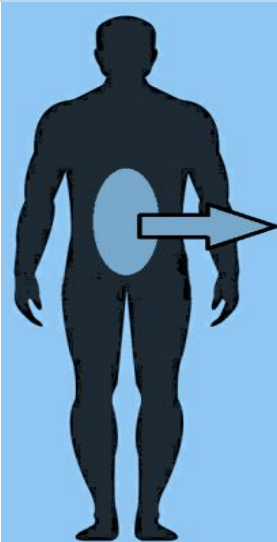
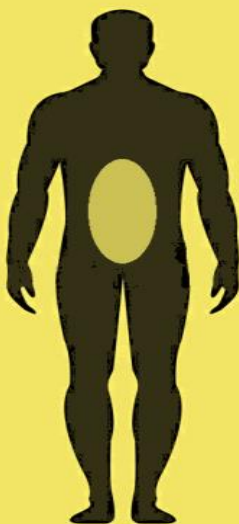
Terapia Pasiva 28 (39,4%)

Cierre Fascial Primario

(150 pacientes (51,4%))



Terapia Activa 122 (55,2%)



Terapia Pasiva 28 (39,4%)

	CFP Sí	CFP No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	122 (55,2)	99 (44,8)	1,4 (1,02-1,9)	0,021
– Pasiva	28 (39,4)	43 (60,6)	1	

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb (activa)	4,54	0,99-20,74	0,042
Número de cirugías previas <=1	3,46	1,22-9,76	0,016
Reconstrucción del tránsito definitiva	4,46	1,57-12,68	0,003
Número de re-exploraciones	3,32	1,2-9,17	0,017

Univariado Complicaciones Abdominales

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones Abdominales No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	127 (57,5)	94 (42,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,002
– Pasiva	55 (77,5)	16 (22,5)	1	
	ISQo/c Sí	ISQo/c No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	57 (25,8)	164 (74,2)	0,7 (0,5-0,9)	0,048
– Pasiva	27 (38)	44 (62)	1	
	ISQi Sí	ISQi No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	46 (20,8)	175 (79,2)	0,6 (0,4-0,9)	0,046
– Pasiva	23 (32,4)	48 (67,6)	1	
	Fístula Sí	Fístula No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	29 (13,1)	192 (86,9)	1	0,613
– Pasiva	11 (15,5)	60 (84,5)	1,03 (0,9-1,1)	
	Hemorragia Sí	Hemorragia No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	6 (2,7)	215 (97,3)	1	0,096
– Pasiva	5 (7)	66 (93)	1,04 (0,9-1,1)	

Univariado Complicaciones Abdominales

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones Abdominales No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	127 (57,5)	94 (42,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,002
– Pasiva	55 (77,5)	16 (22,5)	1	
	ISQo/c Sí	ISQo/c No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	57 (25,8)	164 (74,2)	0,7 (0,5-0,9)	0,048
– Pasiva	27 (38)	44 (62)	1	
	ISQi Sí	ISQi No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	46 (20,8)	175 (79,2)	0,6 (0,4-0,9)	0,046
– Pasiva	23 (32,4)	48 (67,6)	1	
	Fístula Sí	Fístula No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	29 (13,1)	192 (86,9)	1	0,613
– Pasiva	11 (15,5)	60 (84,5)	1,03 (0,9-1,1)	
	Hemorragia Sí	Hemorragia No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	6 (2,7)	215 (97,3)	1	0,096
– Pasiva	5 (7)	66 (93)	1,04 (0,9-1,1)	

Univariado Complicaciones Abdominales

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones Abdominales No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	127 (57,5)	94 (42,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,002
– Pasiva	55 (77,5)	16 (22,5)	1	
	ISQo/c Sí	ISQo/c No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	57 (25,8)	164 (74,2)	0,7 (0,5-0,9)	0,048
– Pasiva	27 (38)	44 (62)	1	
	ISQi Sí	ISQi No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	46 (20,8)	175 (79,2)	0,6 (0,4-0,9)	0,046
– Pasiva	23 (32,4)	48 (67,6)	1	
	Fístula Sí	Fístula No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	29 (13,1)	192 (86,9)	1	0,613
– Pasiva	11 (15,5)	60 (84,5)	1,03 (0,9-1,1)	
	Hemorragia Sí	Hemorragia No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	6 (2,7)	215 (97,3)	1	0,096
– Pasiva	5 (7)	66 (93)	1,04 (0,9-1,1)	

Univariado Complicaciones Abdominales

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones Abdominales No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	127 (57,5)	94 (42,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,002
– Pasiva	55 (77,5)	16 (22,5)	1	
	ISQo/c Sí	ISQo/c No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	57 (25,8)	164 (74,2)	0,7 (0,5-0,9)	0,048
– Pasiva	27 (38)	44 (62)	1	
	ISQi Sí	ISQi No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	46 (20,8)	175 (79,2)	0,6 (0,4-0,9)	0,046
– Pasiva	23 (32,4)	48 (67,6)	1	
	Fístula Sí	Fístula No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	29 (13,1)	192 (86,9)	1	0,613
– Pasiva	11 (15,5)	60 (84,5)	1,03 (0,9-1,1)	
	Hemorragia Sí	Hemorragia No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	6 (2,7)	215 (97,3)	1	0,096
– Pasiva	5 (7)	66 (93)	1,04 (0,9-1,1)	

Univariado Complicaciones Abdominales

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones Abdominales No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	127 (57,5)	94 (42,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,002
– Pasiva	55 (77,5)	16 (22,5)	1	
	ISQo/c Sí	ISQo/c No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	57 (25,8)	164 (74,2)	0,7 (0,5-0,9)	0,048
– Pasiva	27 (38)	44 (62)	1	
	ISQi Sí	ISQi No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	46 (20,8)	175 (79,2)	0,6 (0,4-0,9)	0,046
– Pasiva	23 (32,4)	48 (67,6)	1	
	Fístula Sí	Fístula No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	29 (13,1)	192 (86,9)	1	0,613
– Pasiva	11 (15,5)	60 (84,5)	1,03 (0,9-1,1)	
	Hemorragia Sí	Hemorragia No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	6 (2,7)	215 (97,3)	1	0,096
– Pasiva	5 (7)	66 (93)	1,04 (0,9-1,1)	

Univariado Complicaciones Abdominales

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones Abdominales No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	127 (57,5)	94 (42,5)	0,7 (0,6-0,9)	0,002
– Pasiva	57			
	1			
Terapia				
– Activa	5			
– Pasiva				
Terapia				
– Activa	4			
– Pasiva	23 (32,4)	48 (67,6)	1	
	Fístula Sí	Fístula No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	29 (13,1)	192 (86,9)	1	0,613
– Pasiva	11 (15,5)	60 (84,5)	1,03 (0,9-1,1)	
	Hemorragia Sí	Hemorragia No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	6 (2,7)	215 (97,3)	1	0,096
– Pasiva	5 (7)	66 (93)	1,04 (0,9-1,1)	

Cheatham comparó la terapia de presión negativa (ABThera™) y el vac pack en 280 pacientes, la mayoría de trauma (71%):

- ABThera™ fue superior en lo referente a tasa de cierre fascial primario y mortalidad
- **la incidencia de fístula en ambos grupos fue similar (4%)**

Cheatham ML, et al Prospective study examining clinical outcomes associated with a negative pressure wound therapy system and Barker's vacuum packing technique. World J Surg. 2013;37:2018–2030

Multivariante Complicaciones Abdominales

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb (pasivas)	3,72	1,69-8,17	0,001
ASA (I-II)	0,45	0,24-0,84	0,012
Peritonitis	3,63	1,99-6,59	<0,0001
Pancreatitis	6,92	2,16-22,15	0,001

Multivariante Complicaciones Abdominales

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb (pasivas)	3,72	1,69-8,17	0,001
ASA (I-II)	0,45	0,24-0,84	0,012
Peritonitis	3,63	1,99-6,59	<0,0001
Pancreatitis	6,92	2,16-22,15	0,001

Complicaciones Abdominales: Presión de aspiración

	Complicaciones abdominales Sí N (%)	Complicaciones abdominales No N (%)	RR (IC95%)	p
Técnica				
– Activa	127 (69,8)	94 (85,5)	1	0,002
– Pasiva	55 (30,2)	16 (14,5)	1,9 (1,2-2,9)	
Presión negativa				
– -125 mmHg	38 (20,9)	44 (40)	1	0,010
– Cualquier otra presión negativa	89 (48,9)	50 (45,5)	1,5(1,1-2,01)	

Variables	RR	IC 95%	P
ASA (I-II)	0,4	0,22-0,94	0,035
Causa peritonitis	2,7	1,23-5,78	0,012
Causa pancreatitis	4,5	1,03-19,81	0,046
Causa S. Compartimental	0,3	0,11-0,99	0,048
Presión de Aspiración (-125 mmHg)	0,4	0,20-0,78	0,007
Cierre fascial precoz	0,5	0,25-0,93	0,029

Complicaciones Abdominales: Presión de aspiración

	Complicaciones abdominales Sí N (%)	Complicaciones abdominales No N (%)	RR (IC95%)	p
Técnica				
– Activa	127 (69,8)	94 (85,5)	1	0,002
– Pasiva	55 (30,2)	16 (14,5)	1,9 (1,2-2,9)	
Presión negativa				
– -125 mmHg	38 (20,9)	44 (40)	1	0,010
– Cualquier otra presión negativa	89 (48,9)	50 (45,5)	1,5(1,1-2,01)	

Variables	RR	IC 95%	P
ASA (I-II)	0,4	0,22-0,94	0,035
Causa peritonitis	2,7	1,23-5,78	0,012
Causa pancreatitis	4,5	1,03-19,81	0,046
Causa S. Compartimental	0,3	0,11-0,99	0,048
Presión de Aspiración (-125 mmHg)	0,4	0,20-0,78	0,007
Cierre fascial precoz	0,5	0,25-0,93	0,029

Complicaciones Abdominales: Presión de aspiración

	Complicaciones abdominales Sí	Complicaciones abdominales No	RR (IC95%)	p
Técnica				
– Activa				0,002
– Pasiva				
Presión negativa				
– -125 mmHg				0,010
– Cualquier otra presión negativa				

- No recogido en la mayoría de estudios publicados
- ¿Facilita la eliminación de colecciones?
- Miedo a más complicaciones con más presión
- *Bruhin*: revisión sistemática: recomendación -80mmHg (sin evidencia, opinión)

Bruhin Int J Surg. 2014;12:1105–1114

Variables	RR	IC 95%	P
ASA (I-II)	0,4	0,22-0,94	0,035
Causa peritonitis	2,7	1,23-5,78	0,012
Causa pancreatitis	4,5	1,03-19,81	0,046
Causa S. Compartimental	0,3	0,11-0,99	0,048
Presión de Aspiración (-125 mmHg)	0,4	0,20-0,78	0,007
Cierre fascial precoz	0,5	0,25-0,93	0,029



Univariado

Mortalidad

	Mortalidad Sí	Mortalidad No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	80 (36,2)	141 (63,8)	1	0,122
– Pasiva	33 (46,5)	38 (53,5)	1,2 (0,9-1,5)	



Univariado

Mortalidad

	Mortalidad Sí	Mortalidad No	RR (IC95%)	p
Terapia				
— Activa	80 (36,2)	141 (63,8)	1	0,122
— Pasiva	33 (46,5)	38 (53,5)	1,2 (0,9-1,5)	

Multivariante

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb	1,19	0,61-2,32	0,604
Puntuación ASA	3,23	1,70-6,12	<0,0001
Cierre fascial primario	0,20	0,11-0,36	<0,0001



Univariado

	Mortalidad Sí	Mortalidad No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	80 (36,2)	141 (63,8)	1	0,122
– Pasiva	33 (46,5)	38 (53,5)	1,2 (0,9-1,5)	

Multivariante

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb	1,19	0,61-2,32	0,604
Puntuación ASA	3,23	1,70-6,12	<0,0001
Cierre fascial primario	0,20	0,11-0,36	<0,0001



Univariado

Mortalidad

	Mortalidad Sí	Mortalidad No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	80 (36,2)	141 (63,8)	1	0,122
– Pasiva	33 (46,5)	38 (53,5)	1,2 (0,9-1,5)	

Multivariante

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb	1,19	0,61-2,32	0,604
Puntuación ASA	3,23	1,70-6,12	<0,0001
Cierre fascial primario	0,20	0,11-0,36	<0,0001



Univariado

	Mortalidad Sí	Mortalidad No	RR (IC95%)	p
Terapia				
– Activa	80 (36,2)	141 (63,8)	1	0,122
– Pasiva	33 (46,5)	38 (53,5)	1,2 (0,9-1,5)	

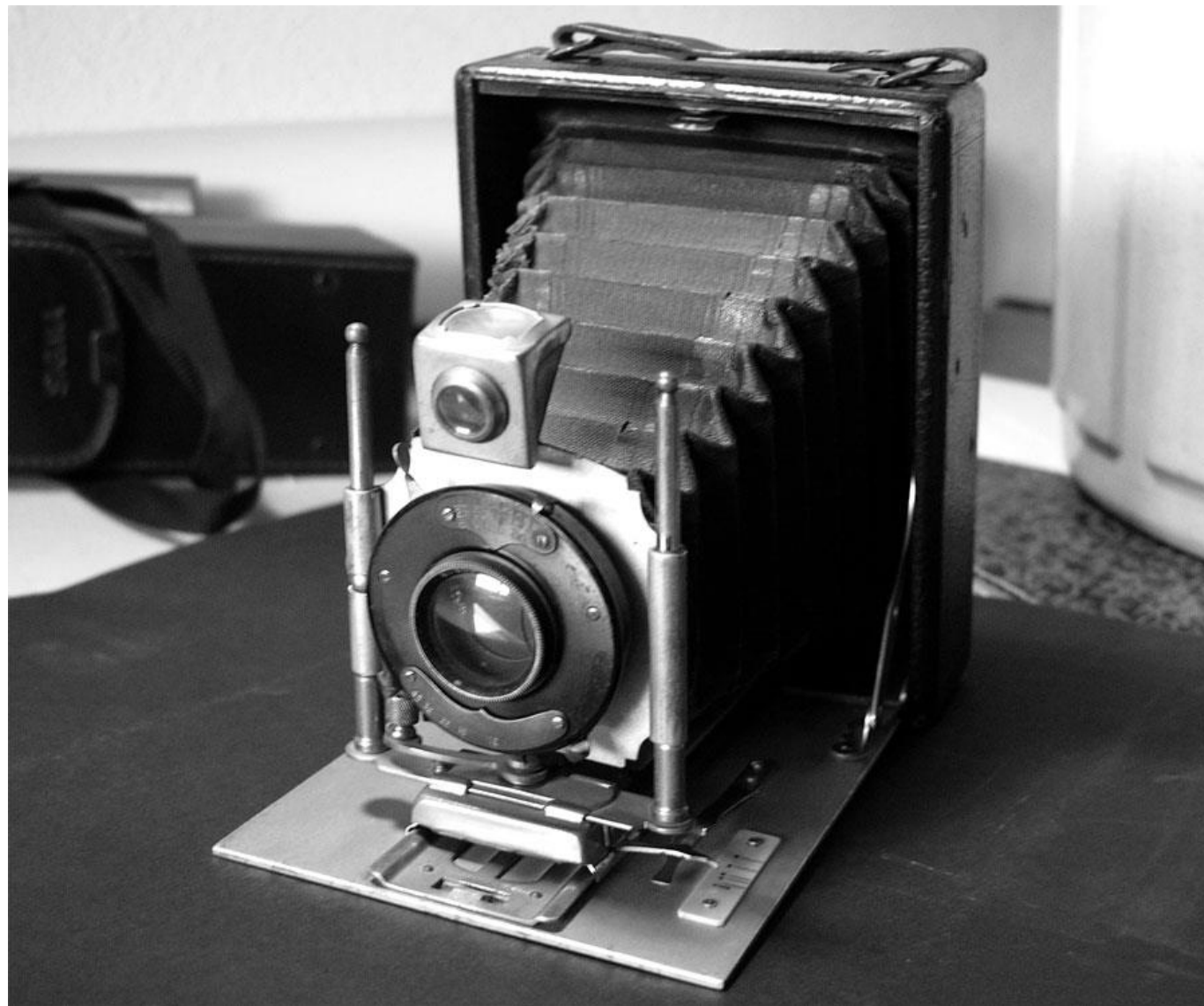
Multivariante

Variables	RR	IC 95%	P
Técnica AbAb	1,19	0,61-2,32	0,604
Puntuación ASA	3,23	1,70-6,12	<0,0001
Cierre fascial primario	0,20	0,11-0,36	<0,0001

- Todo lo relacionado con el CFP impactará en la mortalidad
- Estudio retrospectivo multicéntrico: la TPN se vinculó al 40% de reducción de mortalidad
- Kirpatrick: menor mortalidad con el uso de TPN

Wild T et al. Zentralbl Chir. 2006;131 Suppl 1:S111-4

Kirkpatrick AW et al. Ann Surg. 2015; 262:38-46



Problema: No tenemos criterios estandarizados sobre cuándo dejar el **abdomen abierto en sepsis abdominal**, porque no tenemos evidencia.



Necesitamos hablar de ello, necesitamos estudiar juntos





**TO BE
CONTINUED...**



Si está interesado en el proyecto, sea bienvenido

Opab-instillproject
OPABMESH



Damage Control Surgery: Segunda Guerra Mundial



Siglo XXI: Necesitamos Evidencia

Necesitamos **redefinir técnicas** para minimizar las complicaciones y mejorar los resultados globales



A presentation slide with a dark grey background. On the left, there are black silhouettes of various tropical plants and trees. A bright white spotlight beam originates from the left edge and points towards the center-right of the slide. Inside the spotlight beam is a white rectangular box with rounded corners containing text. The text is in a bold, black, sans-serif font. At the bottom of the slide, there is a solid teal horizontal bar.

**El principal objetivo de
la terapia de abdomen abierto
es **Cerrar el abdomen**
Y hacerlo lo más pronto posible**



GRACIAS

montiel.jf77@gmail.com