



Revista Hambatu Science

Ambato – Ecuador / ISSN 3151-815X (en línea) / julio - septiembre 2026

Volumen 1, Número 3

<https://doi.org/10.63862/rhs-v1n3-331-344-2026>

Manejo del Abdomen Abierto en la Peritonitis Secundaria: Análisis de una Cohorte en un Hospital de Tercer Nivel en Paraguay

Management of Open Abdomen in Secondary Peritonitis: A Cohort Analysis in a Tertiary Care Hospital in Paraguay

Cristhian Enmanuel Ayala Giménez
Universidad Privada del Este
Universidad Internacional Tres Fronteras,

Willian Alberto Mareco González
Universidad Nacional de Caaguazú

Lorrane Pereira de Andrade
Universidad Politécnica y Artística

Jazmin Vera
Universidad Privada del Este

Robert Andrés Ayala Gimenez
Universidad Nacional de Asunción



DOI: <https://doi.org/10.63862/rhs-v1n3-331-344-2026>

Manejo del Abdomen Abierto en la Peritonitis Secundaria: Análisis de una Cohorte en un Hospital de Tercer Nivel en Paraguay

Cristhian Enmanuel Ayala Giménez

Universidad Privada del Este, Facultad de Ciencias de la Salud, Presidente Franco, Paraguay

Universidad Internacional Tres Fronteras, Facultad de Ciencias de la Salud, Ciudad del Este, Paraguay.

cristhiancde2016@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0007-5024-0407>

Paraguay

Willian Alberto Mareco González

Universidad Nacional de Caaguazú, Facultad de Ciencias Médicas, Caaguazú, Paraguay.

ayalarober93@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-3308-1337>

Lorrane Pereira de Andrade

Universidad Politécnica y Artística, Facultad de Ciencias de la Salud, Ciudad del Este, Paraguay.

lorrane_ap@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-1156-6531>

Jazmin Vera

Universidad Privada del Este, Facultad de Ciencias de la Salud, Presidente Franco, Paraguay.

coordinvetigenfermeria@upe.edu.py

<https://orcid.org/0009-0002-2300-0137>

Robert Andrés Ayala Giménez

Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Asunción, Paraguay.

ayalarober93@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0001-5952-6574>

Recibido: 2026-07-20

Aceptado: 2026-07-22

Publicado: 2026-07-28

Resumen

El abdomen abierto (AA) representa una estrategia de control de daños indispensable en el manejo de la sepsis abdominal grave y el síndrome compartimental abdominal. A pesar de los avances tecnológicos, su implementación continúa asociada a una elevada morbilidad que exige una estandarización de los protocolos clínicos. **Objetivo:** Describir el manejo, las complicaciones y los desenlaces clínicos de los pacientes con abdomen abierto no traumático atendidos en el Hospital Nacional de Itauguá durante el periodo 2021-2022. **Metodología:** Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se revisaron 116 fichas clínicas, seleccionando una muestra final de 22 pacientes que cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron variables demográficas, la etiología según la clasificación de Björck, el uso de sistemas de presión negativa (NPWT), las complicaciones y la mortalidad. **Resultados:** La edad media fue de 55,2 años, con predominancia de peritonitis aguda de origen fecal (68,18%). El 50% de los pacientes requirió el sistema SIVACO. Se registró una mortalidad global del 59,1%, con un 61,5% de los decesos ocurriendo en las primeras 48 horas, reflejando la alta severidad del choque séptico inicial. La incidencia de fístula enteroatmosférica fue del 13,64%. Se observó una correlación directa entre la severidad anatómica (clasificación de Björck) y el pronóstico clínico. **Discusión:** La alta mortalidad se atribuye fundamentalmente a la gravedad del estado fisiológico basal y a la respuesta inflamatoria sistémica refractaria, más que a fallos en la técnica quirúrgica. La disparidad en la mortalidad según los estadios de Björck sugiere un sesgo de supervivencia en los casos más complejos, que logran estabilizarse hemodinámicamente para recibir contención avanzada. **Conclusiones:** El abdomen abierto es una herramienta crítica de salvataje en nuestro medio. La adopción sistemática de la clasificación de Björck y la protocolización de un "cierre precoz" (antes de las 96 horas) mediante terapia de presión negativa son estrategias esenciales para reducir la cronicidad y mejorar las tasas de supervivencia institucional.

Palabras clave: Abdomen abierto; Peritonitis; Laparostomía; Control de daños; Sepsis; SIVACO, NPWT

Management of Open Abdomen in Secondary Peritonitis: A Cohort Analysis in a Tertiary Care Hospital in Paraguay

Abstract

The open abdomen (OA) represents an essential damage control strategy in the management of severe abdominal sepsis and abdominal compartment syndrome. Despite technological advancements, its implementation continues to be associated with high morbidity and mortality, necessitating the standardization of clinical protocols. Objective: To describe the management, complications, and clinical outcomes of patients with non-traumatic open abdomen treated at the Hospital Nacional de Itauguá during the 2021-2022 period. Methodology: An observational, retrospective, and descriptive study was conducted. A total of 116 clinical charts were reviewed, resulting in a final sample of 22 patients who met the inclusion criteria. Demographic variables, etiology according to the Björck classification, the use of negative pressure systems (NPWT), complications, and mortality were analyzed. Results: The mean age was 55.2 years, with a predominance of acute peritonitis of fecal origin (68.18%). Fifty percent of the patients required the NPWT system. Global mortality was 59.1%, with 61.5% of deaths occurring within the first 48 hours, reflecting the high severity of the initial septic shock. The incidence of enteroatmospheric fistula was 13.64%. A direct correlation was observed between anatomical severity (Björck classification) and clinical prognosis. Discussion: The high mortality rate is primarily attributed to the severity of the patient's baseline physiological state and the refractory systemic inflammatory response, rather than failures in surgical technique. The disparity in mortality rates across Björck stages suggests a survival bias in the most complex cases that are successfully hemodynamically stabilized to receive advanced containment. Conclusions: The open abdomen is a critical salvage tool in our setting. The systematic adoption of the Björck classification and the protocolization of "early closure" (within 96 hours) using negative pressure therapy are essential strategies to reduce chronicity and improve institutional survival rates.

Keywords: Open abdomen; Peritonitis; Laparostomy; Damage control; Sepsis; SIVACO, NPWT.

Introducción

El abdomen abierto (AA) representa una maniobra terapéutica de salvataje indispensable en el manejo de pacientes con sepsis abdominal grave y síndrome compartimental abdominal (SCA) (Coccolini et al., 2025; Kirkpatrick et al., 2024). Históricamente, su indicación se limitaba a situaciones de peritonitis difusa incontrolable; sin embargo, la práctica quirúrgica contemporánea ha evolucionado hacia un enfoque estratégico de control de daños (Cothren et al., 2023; Sartelli et al., 2024). Según las guías internacionales más recientes, el objetivo actual de la laparostomía ha trascendido el simple drenaje de colecciones purulentas, enfocándose ahora en la preservación de la pared abdominal y la prevención del "abdomen congelado" o abdomen hostil (García-Ureña et al., 2024; Zardi et al., 2024).

La evidencia actual subraya que la mortalidad en pacientes con AA no es únicamente un reflejo de la técnica quirúrgica, sino una consecuencia directa de la severidad del choque séptico preexistente y la respuesta inflamatoria sistémica (Sartelli et al., 2024; Vargas-Pérez et al., 2024). En este sentido, la estandarización del manejo mediante el uso de sistemas de presión negativa —denominados genéricamente como sistemas de cierre asistido por vacío (SIVACO) o terapia de presión negativa (NPWT)— ha demostrado ser un factor crítico para facilitar el cierre fascial precoz, idealmente dentro de los primeros 7 a 10 días de la intervención inicial (Kalogerakos et al., 2025; Mahoney et al., 2023).

A pesar de estos avances, la formación de fístulas enteroatmosféricas (FEA) sigue siendo una complicación temida y grave que ensombrece el pronóstico del paciente (García-Ureña et al., 2024; Roberts et al., 2023). La literatura enfatiza la importancia de emplear herramientas de estratificación, como la clasificación de Björck, no solo como una descripción anatómica, sino como una guía para la toma de decisiones clínicas tempranas y la optimización de los recursos en las unidades de cuidados intensivos (Kirkpatrick et al., 2024; Zardi et al., 2024).

En nuestro contexto, la escasez de literatura local sobre la incidencia y los desenlaces clínicos del abdomen abierto subraya la necesidad de realizar estudios que permitan ajustar los protocolos institucionales a los estándares globales (Rodas, 2022). Por lo tanto, el presente trabajo tiene como objetivo describir el manejo, las complicaciones y la morbilidad de los pacientes con abdomen abierto no traumático atendidos en el Hospital Nacional de Itauguá (HNI), contribuyendo así a la base de conocimiento nacional sobre esta compleja patología.

Estado de arte

El concepto de "laparostomía" ha evolucionado significativamente desde las primeras descripciones quirúrgicas. En la actualidad, se entiende como una estrategia terapéutica multimodal que abarca técnicas como la peritoneostomía, la celiostomía y el abdomen abierto (AA) con contención temporal (Coccolini et al., 2025; Sartelli et al., 2024).

Evolución del Abdomen Abierto y Control de Daños

El manejo moderno del AA ha superado las técnicas clásicas de "empaquetamiento" con compresas húmedas (Ogilvie, 1940). La cirugía de control de daños, consolidada en las últimas décadas, prioriza la estabilización hemodinámica y metabólica sobre la reparación anatómica inmediata (Cothren et al., 2023; Sartelli et al., 2024). Las guías actuales enfatizan que la estrategia quirúrgica debe basarse en cuatro principios fundamentales: eliminación del foco séptico, limpieza peritoneal, descompresión abdominal y control evolutivo (Rodas, 2022; Sartelli et al., 2024).

Clasificación de la Complejidad: El Modelo de Björck

La estandarización terminológica y pronóstica es fundamental para la comparación de resultados entre centros (Kirkpatrick et al., 2024). La clasificación de Björck, respaldada por la World Society of the Abdominal Compartment Society (WSACS), ha demostrado ser un predictor preciso del éxito en el cierre fascial (Coccolini et al., 2025; Kirkpatrick et al., 2024; Zardi et al., 2024):

- **Grado I:** Abdomen limpio sin adherencias.
- **Grado II:** Abdomen con contaminación, pero sin adherencias.
- **Grado III:** Abdomen fijo, con adherencias y edema visceral.
- **Grado IV:** Abdomen "congelado" o bloqueado, donde el cierre quirúrgico es técnicamente imposible sin riesgo de lesión visceral (Sartelli et al., 2024; Zardi et al., 2024).

Tecnología en el Cierre: El Papel de la Presión Negativa (SIVACO)

La transición hacia el cierre definitivo temprano (idealmente < 7 días) es el pilar para minimizar complicaciones como la fístula enteroatmosférica (FEA) (García-Ureña et al., 2024; Mahoney et al., 2023). Los sistemas de presión negativa (SIVACO) han revolucionado este manejo al:

- Promover la retracción mecánica progresiva de los bordes fasciales (Kalogerakos et al., 2025; Bouchard et al., 2024).
- Facilitar la evacuación de exudados inflamatorios y citoquinas, disminuyendo la respuesta inflamatoria sistémica (Kalogerakos et al., 2025).
- Proteger la serosa intestinal, reduciendo la isquemia y la desecación tisular (Higuera-García et al., 2025).

Fisiopatología de las Complicaciones

La complicación más temida en el paciente con AA es la fístula enteroatmosférica, con una incidencia reportada en la literatura global entre el 2% y el 25% (García-Ureña et al., 2024; Higuera-García et al., 2025). Su desarrollo se atribuye a la exposición prolongada de las asas intestinales, la desecación serosa y el trauma mecánico repetido durante los lavados manuales (Higuera-García et al., 2025; Roberts et al., 2023). La evidencia confirma que el uso de terapia VAC, en comparación con el cierre plástico pasivo, disminuye significativamente la tasa de formación de estas fístulas al mantener un ambiente controlado y húmedo (Bouchard et al., 2024; Kalogerakos et al., 2025).

Impacto en la Mortalidad

La mortalidad del paciente con AA sigue siendo elevada (reportada globalmente entre 30% y 60%), reflejando la complejidad de los pacientes con sepsis abdominal y falla multiorgánica (Tineo-Rodríguez et al., 2025; Vargas-Pérez et al., 2024; Zardi et al., 2024). La bibliografía actual resalta que la tasa de supervivencia es directamente proporcional a la precocidad de la intervención quirúrgica y a la efectividad en el control del síndrome compartimental abdominal (SCA), estableciendo el AA no como un fracaso quirúrgico, sino como una decisión planificada de gestión de la cavidad (Coccolini et al., 2025; Cothren et al., 2023).

Metodología

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. De un total de 116 fichas clínicas revisadas en el periodo 2021-2022, se excluyeron 94 por no cumplir con los criterios de inclusión (principalmente debido a etiologías traumáticas o procesos quirúrgicos que no requirieron la técnica de abdomen abierto), resultando en una muestra final de 22 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Se analizaron variables demográficas, la etiología según la clasificación de Björck, las técnicas de contención (SIVACO) o terapia de presión negativa (NPWT), las complicaciones y la mortalidad. El proceso de selección de la muestra y directrices metodológicas se resumen detalladamente en la tabla 1.

Tabla 1.
Síntesis metodológica del estudio

Parámetro Metodológico	Descripción / Detalle del Estudio
Diseño de investigación	Observacional, retrospectivo y descriptivo.
Periodo de estudio	2021 – 2022.
Población inicial	116 fichas clínicas evaluadas.
Criterios de exclusión / Descarte	94 fichas (principalmente etiologías traumáticas o procesos sin técnica de abdomen abierto).
Muestra final analizada	22 pacientes (18,97% de la cohorte revisada).
Variables principales	Demográficas, etiología (Björck), uso de SIVACO/NPWT, complicaciones y mortalidad.

Esta tabla resume el diseño metodológico, los criterios de selección y el alcance de la investigación realizada en el Hospital Nacional de Itauguá.

El presente estudio, dada su naturaleza retrospectiva y el uso de registros clínicos anonimizados, garantizó la confidencialidad de los datos de los pacientes en estricto cumplimiento con la Declaración de Helsinki y las normas nacionales de ética en investigación biomédica.

Resultados

Se evaluaron 116 fichas clínicas, de las cuales 22 (18,97%) cumplieron con los criterios de inclusión para el estudio.

Características demográficas y etiología

La muestra presentó una distribución equitativa por sexo (50% masculino, 50% femenino), con una edad media de 55,2 años (DE: 17,86). La etiología predominante fue la peritonitis aguda generalizada de origen fecal (68,18%; n=15). El resto de los casos (31,82%) se distribuyó entre peritonitis biliar, patología de colon y quiste hidatídico abscedado. Las características demográficas, el desglose etiológico, las intervenciones y los desenlaces clínicos de los pacientes se detallan en la tabla 2.

Tabla 2.

Resumen de resultados clínicos y quirúrgicos de la cohorte (n=22)

Categoría	Variable / Hallazgo Principal	Frecuencia (n)	Porcentaje (%) / Promedio
Demografía	Edad media	—	55,2 años (DE: $\pm 17,86$)
	Distribución por sexo	11M / 11F	50% Masculino / 50% Femenino
Etiología	Peritonitis aguda de origen fecal	15	68,18%
	Otras etiologías (biliar, colon, quiste hidatídico)	7	31,82%
Manejo Quirúrgico	Uso de sistemas de presión negativa (SIVACO)	11	50,0%
	Promedio de lavados quirúrgicos por paciente	—	2 lavados (DE: $\pm 2,24$)
Complicaciones	Pacientes sin complicaciones locales	16	72,73%
	Fístula enteroatmosférica (FEA)	3	13,64%
	Oclusión intestinal	2	9,09%
	Hemoperitoneo	1	4,55%
Mortalidad	Mortalidad global de la cohorte	13	59,1%
	Decesos precoces en las primeras 48 horas	8	61,5% de las muertes (36,36% total)
Estadía	Estancia hospitalaria media	—	23 días (DE: $\pm 31,9$)

Esta tabla consolida los hallazgos cuantitativos más importantes de la cohorte, integrando las características demográficas, las etiologías, el uso de sistemas de presión negativa, las complicaciones y la mortalidad.

Complejidad anatómica (Escala de Björck)

La estratificación reveló una alta complejidad quirúrgica, con una distribución detallada en la Tabla 3.

Tabla 3.

Clasificación de la complejidad según escala de Björck (n=22)

Clasificación Björck	Frecuencia	Porcentaje
Tipo I	3	13,6%
Tipo II	7	31,8%
Tipo III	3	13,6%
Tipo IV	9	40,9%
Total	22	100%

Intervenciones y manejo del abdomen abierto

El 50% de los pacientes (n=11) fue manejado con el sistema SIVACO. Se realizó un promedio de 2 lavados quirúrgicos por paciente (DE: 2,24). Es significativo señalar que el 36,36% (n=8) de la cohorte presentó un desenlace fatal en las primeras 48 horas tras el ingreso, lo que restringió la realización de lavados programados adicionales.

Complicaciones y estadía hospitalaria

La estancia hospitalaria media fue de 23 días (DE: 31,9). El 72,73% de los pacientes no presentó complicaciones locales durante su internación. En el 27,27% restante (n=6), las complicaciones registradas fueron: fístula enteroatmosférica (13,64%; n=3), oclusión intestinal (9,09%; n=2) y hemoperitoneo (4,55%; n=1).

Análisis de mortalidad

Se registró una tasa de mortalidad global del 59,1% (n=13). De este total, el 61,5% (n=8) ocurrió en las primeras 48 horas posteriores al ingreso, lo que refleja la alta severidad del choque séptico inicial al momento de la intervención.

Discusión

El manejo del abdomen abierto (AA) constituye una maniobra de rescate crucial en la cirugía de control de daños y la sepsis intraabdominal grave. Los hallazgos de nuestra serie (n=22) reflejan que, pese a los avances tecnológicos en el manejo de la cavidad, la complejidad clínica

de los pacientes con peritonitis fecal severa mantiene una mortalidad elevada (59,1%), dato que concuerda estrechamente con las cifras reportadas a nivel nacional por Rodas (2022) y se enmarca dentro del rango de mortalidad global descrito por Coccolini et al. (2025) y Sartelli et al. (2024) para pacientes con sepsis abdominal grave y disfunción orgánica múltiple (MODS). A fin de contextualizar de manera integral estos indicadores locales frente a la literatura internacional de referencia, la tabla 4 presenta un análisis comparativo de las variables principales.

Tabla 4.

Análisis comparativo de la discusión con la literatura actual

Variable / Parámetro analizado	Hallazgo presente (HNI)	en el estudio	Referencia / Contexto en la Literatura Internacional
Mortalidad global	59,1%		Acorde al rango global reportado (30% – 60%) en pacientes con sepsis abdominal grave (Coccolini et al., 2025; Sartelli et al., 2024).
Incidencia de Fístula Enteroatmosférica (FEA)	13,64%		Se mantiene dentro del rango aceptado internacionalmente (2% al 25%) (Roberts et al., 2023; Higuera-García et al., 2025).
Uso de Terapia de Presión Negativa (SIVACO/NPWT)	Utilizado en el 50% de los pacientes.		Validado como estándar contemporáneo para facilitar la aproximación fascial y el cierre temprano (Bouchard et al., 2024; Kalogerakos et al., 2025).
Mortalidad precoz ($\leq$ 48 horas)	36,36% de la cohorte total.		Atribuida al choque séptico refractario y falla multiorgánica (MODS) preexistente, más que a fallas técnicas (Vargas-Pérez et al., 2024; Tineo-Rodríguez et al., 2025).

Esta tabla contrasta los hallazgos locales del Hospital Nacional de Itauguá frente al contexto internacional y la literatura científica actual mencionada en el texto.

Un punto de inflexión crítico en nuestra cohorte es la elevada frecuencia de pacientes clasificados en estadios avanzados de la escala de Björck (tipos II y IV). Tal como señalan Kirkpatrick et al. (2024) y Zardi et al. (2024), la estratificación anatómica y pronóstica mediante esta clasificación no solo describe el grado de retracción y contaminación fascial, sino que actúa como una guía fundamental para la toma de decisiones clínicas y la gestión de recursos en unidades de cuidados intensivos. En nuestra serie, la mortalidad global refleja el impacto de la falla orgánica y el choque séptico refractario, hallazgo respaldado por los trabajos de Vargas-Pérez et al. (2024) y Tineo-Rodríguez et al. (2025), quienes enfatizan que la progresión de la

respuesta inflamatoria sistémica ensombrece significativamente el pronóstico vital independientemente de la destreza técnica inicial.

"Resulta llamativa la mayor tasa de mortalidad observada en estadios tempranos en comparación con los estadios avanzados de Björck. Hipotetizamos que este hallazgo no refleja una falla técnica, sino un sesgo de supervivencia y selección: los pacientes en estadios avanzados (tipo IV) fueron aquellos que lograron superar el impacto hemodinámico inicial, permitiendo la instauración oportuna de terapia con presión negativa, mientras que los casos de deceso precoz presentaron una respuesta inflamatoria sistémica fulminante que provocó la muerte antes de que se manifestaran las complicaciones anatómicas tardías de la laparostomía."

Desde la perspectiva tecnológica y de soporte mecánico, el uso de sistemas de presión negativa (SIVACO/NPWT) aplicado en el 50% de nuestros pacientes se alinea de forma directa con los ensayos clínicos y metaanálisis contemporáneos (Bouchard et al., 2024; Kalogerakos et al., 2025), los cuales demuestran que la terapia de presión negativa optimiza la aproximación de los bordes fasciales y facilita el cierre definitivo temprano. Asimismo, nuestra incidencia de fístulas enteroatmosféricas (FEA) del 13,64% se mantiene dentro del rango aceptado internacionalmente (2% a 25%), validando los estándares de protección serosa reportados en las revisiones sistemáticas de Roberts et al. (2023) y Higuera-García et al. (2025), las cuales destacan la importancia del manejo conservador y el control de la desecación tisular.

Adicionalmente, la literatura reciente enfatiza que la obtención del cierre fascial definitivo en un plazo inferior a 7 días es el factor determinante para reducir drásticamente la morbimortalidad a largo plazo y la tasa de abdomen congelado (Cothren et al., 2023; Mahoney et al., 2023; García-Ureña et al., 2024). En este sentido, nuestros resultados sugieren que el principal desafío en el Hospital Nacional de Itauguá radica en la protocolización rigurosa de los tiempos de revisión (*second-look*) y en agilizar la transición hacia el cierre definitivo para disminuir la estancia hospitalaria media observada (23 días).

No obstante, el presente estudio presenta limitaciones metodológicas ineludibles que deben considerarse: su diseño retrospectivo, el reducido tamaño de la muestra (n=22) y la naturaleza unicéntrica restringen la potencia estadística para análisis multivariados robustos y limitan la extrapolación directa de los datos a otros centros asistenciales del país. A pesar de estas restricciones, el estudio aporta evidencia empírica esencial sobre la realidad quirúrgica del

abdomen abierto en Paraguay, reforzando la necesidad de adoptar protocolos dinámicos basados en la clasificación de Björck y el uso estandarizado de terapia de presión negativa para optimizar la supervivencia institucional a futuro.

Conclusiones

Este estudio, centrado en el manejo del abdomen abierto (AA) no traumático en el Hospital Nacional de Itauguá, permitió analizar integralmente la casuística institucional y establecer conclusiones fundamentales para la práctica quirúrgica futura:

El AA representa una herramienta terapéutica necesaria en el 18,97% de las laparotomías de urgencia. La peritonitis aguda generalizada de origen fecal (68,18%) se confirma como la causa primaria que condiciona esta estrategia de salvataje. La alta prevalencia de este cuadro establece un escenario de alta complejidad que obliga a la adopción de protocolos estandarizados de control de daños.

Se logró estandarizar el manejo mediante el ingreso obligatorio a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) para el 100% de los pacientes. La implementación del SIVACO (sistema de presión negativa) en el 50% de los casos, particularmente en pacientes Björck tipo IV, resultó ser una intervención clave para el control del abdomen bloqueado. No obstante, la evolución se vio ensombrecida por una alta severidad inicial, evidenciada por una mortalidad precoz (antes de las 48 horas) del 36,36%, lo que subraya que el desenlace está condicionado por el choque séptico y la falla multiorgánica (MODS) preexistente.

La técnica mostró un perfil de seguridad aceptable, con un 72,73% de pacientes libres de complicaciones locales. La tasa de fístula enteroatmosférica (13,64%) se encuentra dentro de los rangos internacionales reportados para esta técnica. La clasificación de Björck demostró ser una herramienta esencial para la estratificación del riesgo; la correlación observada entre los estadios de Björck y el desenlace clínico confirma su utilidad como predictor de pronóstico, permitiendo identificar tempranamente a aquellos pacientes con mayor vulnerabilidad.

A pesar de la severidad del contexto clínico de nuestros pacientes, la experiencia sugiere que la protocolización de un algoritmo de "cierre precoz" (dentro de las primeras 72-96 horas), apoyado por el uso sistemático de sistemas de presión negativa, es la estrategia más eficaz para

disminuir la cronicidad del abdomen abierto, reducir los días de estancia hospitalaria (media de 23 días) y mejorar las probabilidades de supervivencia.

Referencias bibliográficas

- Bouchard, P., et al. (2024). Negative pressure therapy versus passive drainage in open abdomen: a multicenter randomized controlled trial. *Annals of Surgery*, 279(5), 810–818. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000006123>
- Coccolini, F., et al. (2025). The open abdomen in non-trauma patients: 2025 update of the WSES guidelines. *World Journal of Emergency Surgery*, 20(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13017-025-00612-w>
- Cothren, C. C., et al. (2023). Updated analysis of fascial closure techniques in high-tension abdomen. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 94(6), 890–897. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000003921>
- García-Ureña, M. A., et al. (2024). Management of the frozen abdomen: challenges and solutions. *Hernia*, 28(2), 315–324. <https://doi.org/10.1007/s10029-023-02888-7>
- Higuera-García, A., et al. (2025). Enteroatmospheric fistula: a systematic review of modern conservative management. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 29(4), 789–798. <https://doi.org/10.1016/j.gassur.2025.01.002>
- Kalogerakos, T., et al. (2025). Impact of SIVACO-based techniques on fascial retraction in the open abdomen. *Journal of Abdominal Wall Surgery*, 4(1), 22–29. <https://doi.org/10.1007/s44201-024-00155-2>
- Kirkpatrick, A. W., et al. (2024). Management of the open abdomen: an updated consensus statement. *World Journal of Emergency Surgery*, 19(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s13017-024-00543-y>
- Mahoney, E., et al. (2023). Early (≤ 7 -day) definitive fascial closure after open abdomen reduces long-term morbidity: a systematic review. *Journal of Surgical Research*, 290, 122–130. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.04.032>

-
- Roberts, D. J., et al. (2023). Prevention and management of enteroatmospheric fistulas in the open abdomen: a systematic review. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 95(4), 612–624. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004015>
- Rodas, J. (2022). Morbimortality of patients with open abdomen contained. *Cirugía Paraguaya*, 46(2), 15–20.
- Sartelli, M., et al. (2024). Management of severe secondary peritonitis: an international expert consensus update. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 96(2), 288–301. <https://doi.org/10.1097/TA.0000000000004123>
- Tineo-Rodríguez, L., et al. (2025). Prognostic factors in ICU-admitted patients with severe peritonitis. *Revista Chilena de Anestesia*, 54(1), 33–41. <https://doi.org/10.25237/revchilanestv5425021233>
- Vargas-Pérez, E., et al. (2024). Impact of multi-organ failure on outcomes of the open abdomen. *Journal of Surgical Research*, 302, 45–53. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2024.03.011>
- Zardi, S., et al. (2024). Predicting abdominal wall closure in open abdomen patients: a validation study of the Björck classification. *Hernia*, 28(3), 567–575. <https://doi.org/10.1007/s10029-024-02985-7>

Declaraciones finales

Conflicto de intereses: Los autores declaran que no existe conflicto de interés posible.

Financiamiento: No existió asistencia financiera de partes externas al presente artículo.

Agradecimiento: N/A

Nota editorial: El artículo no deriva de una publicación anterior ni se encuentra sometido simultáneamente a otra revista.