PRONO EN ABDOMEN ABIERTO, CASO CLÍNICO

Nicolás Darricarrere-Gonzalez[1], Andras Eitler-Heck[1], Mario Grage-Barria[1], Cristian Vera-Fierro[1], Jovan Kuzmicic-Previtali[1]

1. Hospital Base San Jose de Osorno

CASO CLÍNICO Mujer de 37 años con antecedente de bypass gástrico (2017) ingresó a UCI el 1 de junio de 2025 tras cirugía por obstrucción intestinal. En el intraoperatorio presentó shock profundo, requiriendo reanimación con cristaloides y drogas vasoactivas (DVA). En UCI necesitó 4 DVA, corticosteroides, azul de metileno y hemofiltración venovenosa continua de alto volumen (HFVVC). A las 24 horas evolucionó con disfunción multiorgánica y aumento de la presión intraabdominal (PIA). Se realizó laparotomía exploradora, dejando abdomen abierto con sistema de cierre asistido por vacío (VAC). Al tercer día, con alto riesgo vital, hemodinamia inestable, vasoplejia severa, lactato elevado, saturación venosa central de 77% (sugiriendo shunt) y compromiso ventilatorio grave (drive 15 cmH ?O, plateau 26 cmH?O, PEEP 10 cmH?O, FiO? 100%), presentó fracaso ventilatorio agudo (PaO?/FiO? 106). Se realizó plasmaféresis y posición prono, pese al abdomen abierto, usando almohadillas y monitoreo de PIA y VAC. Tras 24 horas en prono, mejoró la mecánica ventilatoria (drive de 18 a 14 cmH ?O), con salida de líquido por tubo orotraqueal, reducción de FiO? al 45%, disminución de DVA y suspensión de azul de metileno. Se añadió metilprednisolona (125 mg/día) por SDRA, manteniendo soporte multimodal. No hubo complicaciones como hipotensión o alteraciones del VAC. Al cuarto día, rotó a supino para cirugía, manteniendo abdomen abierto. Persistiendo SDRA, se usaron ciclos nocturnos de prono (12 horas, 4 sesiones), logrando mejoras en oxigenación y desescalada de vasopresores. No se observaron eventos adversos abdominales (aumento de PIA, filtración o disrupción del VAC). Al octavo día, se suspendieron vasopresores, mejoró la función renal, disminuyeron marcadores inflamatorios y se optimizó ventilación (FiO ? 30%, PEEP 8 cmH ?O). Al día 12, se cerró la pared abdominal. La nutrición enteral fue tolerada, requiriendo rehabilitación multidisciplinaria y soporte nutricional. Alta el 6 de julio de 2025. DISCUSIÓN La posición prono (PP) es efectiva en SDRA grave, mejorando oxigenación, reclutamiento alveolar y relación ventilación-perfusión, reduciendo mortalidad. Tradicionalmente contraindicada en laparostomías por riesgos como aumento de PIA o inestabilidad hemodinámica, en este caso se aplicó con precauciones (almohadillas, monitoreo de PIA y VAC), logrando mejoría ventilatoria, evacuación de secreciones, reducción de FiO? y estabilización hemodinámica sin complicaciones. Ciclos nocturnos de prono consolidaron la recuperación, permitiendo cierre abdominal al día 12. Evidencia emergente respalda PP en laparostomías. El estudio SAPRONADONF mostró que PP no aumenta complicaciones quirúrgicas (OR 0.72) y mejora PaO ?/FiO? (95 a 189 mmHg). Una cohorte mexicana reportó beneficios similares sin eventos adversos. Meta-análisis confirman mejoras en oxigenación, reducción de mortalidad (RR 0.48) y días de ventilación, sin complicaciones locales significativas con protocolos protectores. PP mitiga shunt y mejora perfusión en contextos de tormenta inflamatoria. Este caso sugiere que PP es factible en pacientes seleccionados con monitoreo riguroso, pero se necesitan más estudios para estandarizar protocolos.