



Angiología

www.elsevier.es/angiologia



ORIGINAL

Síndrome compartimental abdominal

N. Hernández Wiesendanger y S. Llagostera Pujol*

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

Recibido el 3 de junio de 2016; aceptado el 22 de junio de 2016

PALABRAS CLAVE

Presión
intraabdominal;
Hipertensión
intraabdominal;
Síndrome
compartimental
abdominal;
Abdomen abierto

KEYWORDS

Intra-abdominal
pressure;
Intra-abdominal
hypertension;
Abdominal
compartment
syndrome;
Open abdomen

Resumen El aumento de la presión intraabdominal es un problema clínico frecuente en pacientes críticos, en pacientes sometidos a cirugía abdominal, y especialmente tras la cirugía de un aneurisma de aorta abdominal roto. El aumento mantenido de la presión intraabdominal puede conllevar un fallo orgánico por hipoperfusión, cumpliendo criterios de síndrome compartimental abdominal.

Es de vital importancia su identificación por la elevada morbimortalidad que asocia. Tras la cirugía de un aneurisma de aorta abdominal roto se recomienda la monitorización de la presión intraabdominal cada 4 h para conseguir un diagnóstico precoz.

Un manejo médico intensivo puede reducir la incidencia de síndrome compartimental abdominal. Cuando este se establece, el tratamiento de elección es la laparotomía descompresiva. Un correcto manejo posterior del abdomen abierto, mediante terapias de cierre abdominal temporal es crucial para mejorar el pronóstico en estos pacientes.

© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Abdominal compartment syndrome

Abstract The increase in intra-abdominal pressure is a common problem in critically ill patients, as well as patients subjected to abdominal surgery, and particularly after surgery of an abdominal aortic aneurysm rupture. The persistent increase in intra-abdominal pressure can lead to organ failure due to hypoperfusion, thus fulfilling the criteria of abdominal compartment syndrome.

Its identification is of vital importance, due to its associated morbidity and mortality. It is recommended to monitor the intra-abdominal pressure every 4 hours after surgery of an abdominal aortic aneurysm rupture, in order to make an early diagnosis.

Intensive medical management can reduce the incidence of abdominal compartment syndrome. When this diagnosis is established, the treatment of choice is decompression laparotomy. The correct management after open abdomen is crucial in order to improve the prognosis of these patients.

© 2016 SEACV. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sllagostera.germanstrias@gencat.cat (S. Llagostera Pujol).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.angio.2016.06.006>

0003-3170/© 2016 SEACV. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Definición

El síndrome compartimental abdominal (SCA) es una entidad clínica que consiste en un aumento de la presión de la cavidad intraabdominal a consecuencia frecuentemente de maniobras de resucitación agresivas y en pacientes con sangrados mayores intraabdominales. Se asocia a una hipoperfusión de las estructuras y órganos intraabdominales lo que puede desencadenar un fallo multiorgánico y la muerte. En nuestra especialidad, es especialmente frecuente tras la rotura de un aneurisma de aorta abdominal, ya sea tratado con cirugía abierta convencional o mediante técnicas endovasculares.

Fisiopatología

La asociación entre la hipertensión intraabdominal (HIA) y el SCA con la aparición de isquemia mesentérica y/o fallo renal ha sido demostrada en muchos estudios. La rápida resolución de esta situación de hipoperfusión de los órganos intraabdominales juega un papel importante en la supervivencia de los pacientes^{1,2}.

El conocimiento de la importancia de la HIA y SCA en la fisiopatología de complicaciones postoperatorias tras cirugía vascular ha aumentado en los últimos tiempos.

Desde el siglo XIX se empiezan a conocer las alteraciones que produce en los pacientes graves un aumento de la presión intraabdominal (PIA).

Wendt en 1913 fue el primero en designar un nombre para esta entidad «síndrome de hipertensión intraabdominal»³.

En 2004 se crea la sociedad mundial multidisciplinaria del síndrome compartimental abdominal («World Society of the Abdominal Compartment Syndrome»; www.wsacs.org) quienes publicaron en 2006 un consenso de definiciones y una guía de práctica clínica en 2007. Dichas guías fueron actualizadas en 2012-2013 tras la realización de estudios basados en la evidencia⁴⁻⁶.

Tras estudios en pacientes críticos en unidades de cuidados intensivos, las guías actualizadas describen que «la PIA normal en pacientes críticos adultos es aproximadamente 5-7 mmHg».

La HIA se define como «una PIA > 12 mmHg mantenida o prolongada en el tiempo», siendo importante en esta definición la palabra «mantenida», pues no sería suficiente un único valor elevado para definir esta situación. La definición del SCA utilizaba previamente el concepto de presión de perfusión abdominal (PPA) que es la presión arterial media menos la PIA, siendo patológica una PPA < 60 mmHg.

Definición actualizada

Tras la última actualización del consenso sobre HIA y SCA, se define el SCA como «una PIA > 20 mmHg mantenida o prolongada en el tiempo, con o sin un PPA < 60 mmHg, y que se asocia a una disfunción/fallo orgánico de nueva aparición».

Se introduce nuevamente en esta definición la palabra «mantenida» y además incluye la necesidad de «disfunción/fallo orgánico» que es necesario constatar para definir esta situación.

Medición de la presión intraabdominal

Existen diferentes métodos para la medición de la PIA. En la actualidad rara vez se mide la PIA de forma predeterminada en todos los pacientes que ingresan en una unidad de cuidados intensivos. Sin embargo, la HIA/SCA en pacientes graves es frecuente, por lo que estudios recientes sugieren que debería convertirse en una medida de monitorización habitual⁷.

La exploración física es insuficiente para detectar la elevación de la PIA, con sensibilidades reportadas del 40-60%⁸. El diagnóstico de HIA/SCA depende por tanto necesariamente de la medida de la PIA.

El método de medida de la PIA debe ser exacto y reproducible. El catéter intraperitoneal sería conceptualmente ideal, pero existen gran variedad de alternativas mucho menos invasivas y con menores complicaciones. Estas incluyen la medida de la PIA de manera intravesical, intragástrica, vía rectal e intrauterina. En la actualidad el más utilizado es el método intravesical⁹.

Las mediciones intermitentes pueden ser poco eficaces para detectar un síndrome compartimental abdominal agudo donde los cambios en la presión intraabdominal pueden ocurrir en un periodo de tiempo corto, por lo que es conveniente la medición continua de la presión intraabdominal⁹.

Además de la técnica, se deben seguir diferentes principios para hacer la medida reproducible. La PIA debe expresarse en «mmHg» (1 mmHg = 1,36 cmH₂O) y debe medirse al final de la espiración y en ausencia de contracción de la musculatura abdominal. El paciente debe estar en decúbito supino completo, sin inclinación del cabecero, y con el punto cero de la regla de medición en la línea media-axilar y a la altura de la cresta iliaca¹⁰.

El método intravesical de medida consiste en colocar una sonda tipo Foley en la vejiga. Esta debe encontrarse completamente evacuada. A través de una llave de 3 vías; una rama de esta se conecta al sistema de drenaje urinario y la otra al sistema de medición de presión ubicada en la porción distal de la sonda vesical estéril (Foley), se infunden 100 ml de suero salino fisiológico al 0,9% (60-150 ml). Seguidamente se varía la posición de la llave y se deja pasar la solución necesaria para que el tramo de la escala quede libre de burbujas de aire. Una vez logrado lo anterior, la sonda vesical se comunica con la escala de medición y el menisco de agua-orina comienza a descender hasta alcanzar el valor de la presión intraabdominal (fig. 1).

Factores de riesgo

La HIA aparece en aproximadamente 20-40% de los pacientes que ingresan en unidades de cuidados intensivos y en hasta un 50% de los pacientes intervenidos por aneurisma de aorta abdominal roto (AAAr).

Son muchos los factores de riesgo que han sido demostrados como independientes para el desarrollo de HIA/SCA. Los principales factores de riesgo que pueden predisponer a su desarrollo en paciente intervenidos de un AAA o AAAr son:¹¹

- Cirugía abdominal abierta y cierre primario.
- Hemoperitoneo o hematoma retroperitoneal no drenado (frecuente tras la reparación endovascular de un AAAr).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5596398>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5596398>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)