



SÍNDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

por Mark Ramzy & Nick Hunter
español por Martín Hunter @interconsulta

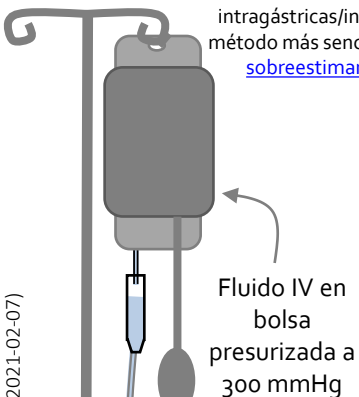
ONE  [@MRamzyDO](#) most current version →  [@Nckmark](#) 

DEFINICIONES:

La **presión intra-abdominal (PIA)** es la presión dentro del abdomen que refleja la presión hacia afuera del contenido abdominal y la presión hacia adentro de la pared abdominal. La **hipertensión intra-abdominal (HIA)** se define por \uparrow PIA (>12 mmHg) y alguna causa subyacente. El **síndrome compartimental abdominal (SCA)** es la consecuencia fisiológica de una PIA >20 mmHg que causa **disfunción orgánica**.

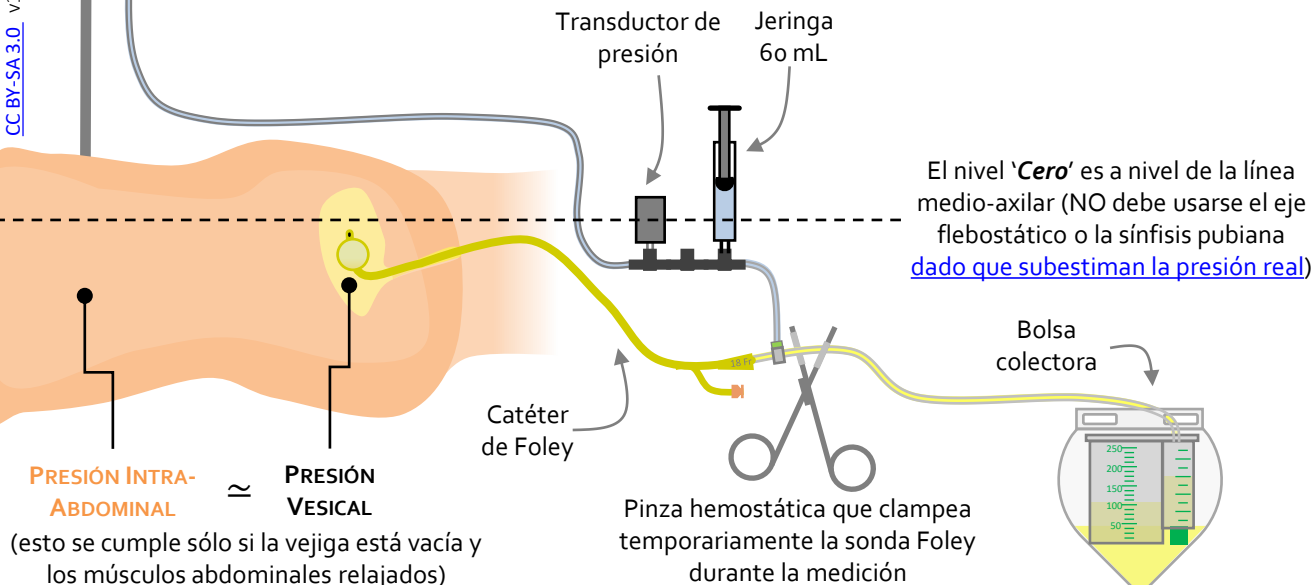
Compromete el retorno venoso al corazón e impide la expansión pulmonar. El SCA puede dividirse en **Primario** (debido a edema de órganos, [pancreatitis](#), acumulación de líquido intrabdominal or retroperitoneal, etc), **Secundario** (a sepsis, resucitación con fluidos excesiva, quemaduras abdominales circunferenciales, etc), **Crónico** (debido a ascitis de larga data, masa intrabdominal, síndrome de Meigs, diálisis peritoneal, etc) y **Recurrente** (desarrollo de SCA luego de un tratamiento previo).

Estimaciones indirectas de la PIA pueden obtenerse a través de mediciones de la vena cava inferior o de las presiones intragástricas/intrauterinas. La **presión intra-vesical** es el método más sencillo y mínimamente invasivo aunque suele [sobreestimar la verdadera presión intra-abdominal](#)



MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VESICAL (SURROGANTE DE LA PIA)

1. Colocar al paciente en decúbito supino
2. Asegurar correcta colocación (ej. *POCUS*) y función del catéter urinario (ej. lavados)
3. Conectar el transductor, la jeringa y la bolsa presurizada al catéter con llaves de 3 vías
4. Poner en cero al transductor a nivel de la línea medio-axilar
5. Cerrar la llave de 3 vías hacia el paciente para permitir que la jeringa se llene del fluido IV
6. Cerrar la llave de 3 vías hacia el paciente para permitir que la jeringa se llene del fluido IV
7. Abrir la llave de 3 vías hacia el paciente e inyectar la jeringa llena hacia la vejiga
8. Desclampear el catéter vesical para permitir la salida de aire
9. Esperar hasta 1 minuto para permitir la relajación del músculo detrusor de la vejiga
10. Medir la PIA al final de la espiración o de forma continua cada 4-6 horas



PERFUSIÓN ABDOMINAL:

$$PPA = PAM - PIA$$

Presión de perfusión abdominal

Presión arterial media

Presión intra-abdominal

PPA normal ≥ 60 mmHg

MENOR a 60 predice necesidad de descompresión quirúrgica

Mantener una PAM ≥ 65 mmHg suele asegurar una perfusión tisular adecuada

Normal = 0 - 5 mmHg

UTI = 5 - 7 mmHg

HIA ≥ 12 mmHg

Grado I: PIA 12-15 mmHg

Grado II: PIA 16-20 mmHg

Grado III: PIA 21-25 mmHg

Grado IV: PIA >25 mmHg

DIAGNÓSTICO

- Se expresa con **bajo gasto cardíaco**, **oliguria** y **acidosis**
- El SCA suele [pasar desapercibido](#). El diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha sobre todo en pacientes con enfermedades subyacentes (isquemia intestinal) o que requieren una vigorosa reanimación con fluidos (ej. pancreatitis grave, sepsis, quemaduras mayores, etc)
- El examen físico tiene **poca sensibilidad** para el diagnóstico
- Las imágenes ayudan a revelar la **causa subyacente** (edema, ascitis) o las **consecuencias** del SCA (diafragmas elevados, VCI aplanada, relace intestinal)

TRATAMIENTO

Ver las guías [WSACS](#) para más información

Evacuar contenido intraluminal

- La evacuación del contenido del intestinal reduce la **PIA**; Gastroparesia, íleo y pseudo-obstrucción colónica son causas comunes, sobre todo en paciente post-operatorios.
- Colocar una **SNG de débito** para descomprimir el estómago
 - Detener la alimentación enteral
 - Considerar **agentes prokinéticos** (ej. Metoclopramida), **administración de enemas y descompresión endoscópica**

Evacuar lesiones ocupantes de espacio

- El drenaje del líquido intra-abdominal puede reducir la **PIA**
- Buscar ascitis, sangre o abscesos que puedan contribuir
 - Considerar drenaje guiado por eco al pie de la cama
 - Lesiones grandes y loculadas pueden requerir cirugía

Mejorar la *compliance* de la pared abdominal

- La *compliance* de la pared abdominal suele modificarse por el aumento del tono muscular, sobre todo por dolor o ansiedad
- Asegurar sedoanalgesia adecuada
 - Evitar fajas abdominales restrictivas
 - Colocar al paciente en Trendelenburg invertido si es posible
 - Considerar bloqueo neuromuscular

Optimizar el balance hídrico

- La sobrecarga de volumen exacerba el edema intestinal y de la pared abdominal y causa acumulación de líquido abdominal
- Minimizar fluidos IV y evitar reanimación excesiva
 - Forzar diuresis de ser necesario según tolerancia
 - El objetivo es alcanzar un balance neutro a negativo
 - Considerar terapia de reemplazo renal (ultrafiltración)
- Ver [Cómo lograr un Balance Negativo OnePager](#) para más info

Descompresión Quirúrgica

- Casos graves [requieren descompresión quirúrgica](#)
- Una laparotomía mediana es un abordaje habitual
 - Una intervención temprana [puede mejorar el pronóstico](#)
 - Incluso con el abdomen abierto, [el SCA puede repetirse](#); revisar las pérdidas insensibles y el monitoreo hemodinámico [para mantener una PAM y PPA adecuadas](#)