

SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

**Prof Adj Francisco Pracca
Catedra de Medicina Intensiva
Prof Dr Alberto Biestro
2017**

SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

IAH is graded as follows

Grade I, IAP 12 – 15 mmHg

Grade II, IAP 16 – 20 mmHg

Grade III, IAP 21 – 25 mmHg

Grade IV, IAP > 25 mmHg

SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

ACS is defined as a sustained IAP 20 mmHg (with or without an APP\60 mmHg) that is associated with new organ dysfunction/failure

SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

Primary IAH or ACS is a condition associated with injury or disease in the abdominopelvic region that frequently requires early surgical or interventional radiological intervention.

Secondary IAH or ACS refers to conditions that do not originate from the abdominopelvic region.

Recurrent IAH or ACS refers to the condition in which IAH or ACS redevelops following previous surgical or medical treatment of primary or secondary IAH or ACS.

SINDROME COMPARTIMENTAL ABDOMINAL

- La prevención y la identificación precoz es la mejor forma de actuar ante un SCA.
- Fracaso medidas medicas con PIA persistentemente elevadas asociadas a nueva disfunción orgánica, obliga a plantear descompresión abdominal quirúrgica inmediata.
- SCA es una **URGENCIA** medico - quirúrgica

Recomendación

- Grado **1**: se recomienda
- Grado **2**: sugerencia
- Grado **3**: no recomienda

Nivel de evidencia

A = alta

B = moderado

C = baja

D = muy bajo

¿Como debemos tratar la HIA/SCA?

Además de la laparotomía descompresiva en el SCA, se emplean técnicas mínimamente invasivas y tratamiento medico que son de gran utilidad: **sedación, analgesia, bloqueo neuromuscular, descompresión gástrica/colonica, motilidad intestinal, diuréticos y terapia de reemplazo renal, diferentes estrategias en la reanimación y con diferentes fluidos, drenaje percutáneo, diferentes técnicas de cierre abdominal temporal, abdomen abierto.**

¿Debemos usar punción evacuadora (PE)?

- 1) Se sugiere realizar PE a no hacerla en pacientes con HIA/SCA.
- 2) Se sugiere realizar PE antes de realizar laparotomía descompresiva si la situación clínica lo permite.

Grado 2D

¿Debemos usar laparotomía descompresiva para HIA/SCA?

Recomendación de laparotomía descompresiva en casos de SCA: **1D**

- 1) Uso del abdomen abierto después de la laparotomía de control de daño en el trauma: preferible abdomen abierto versus no, con control estricto de PIA. **Grado 2D**
- 2) Laparotomía en pacientes agudos sin trauma. **No hay evidencia** alguna de dejar abdomen abierto en pacientes sin trauma. **Grado 2B**
- 3) Cirugía de control de daños para los pacientes con sepsis intraabdominal. No utilizar en forma rutinaria el abdomen abierto, a menos que la HIA sea de gran preocupación.
- 4) Cierre definitivo de pared abdominal. Ideal cierre definitivo antes del alta hospitalaria. **1D**

¿Debemos preferentemente usar
Negative-pressure therapy para el cierre
temporal abdominal después de
laparotomía?

METODOS PARA CIERRE TEMPORAL

- Towel clips.
- Suturas de retención
- Sistema abdominal Re-approximation anchor system (ABRA).
- Sistemas de Cremallera
- Bolsa de Bogotá
- Visceral packing
- Vacuum pack.
- VAC (*Vacuum-assisted cosure*).

METODOS PARA CIERRE TEMPORAL

VAC (Vacuum-assisted closure).

TPN bajo la denominación *Vacuum-assisted closure* (VAC), ha supuesto un avance en las técnicas de cierre temporal tras su predecesor el *Vacuum Pack* de Barker.

Cheatham comparo el sistema Vacuum pack y la terapia VAC en paciente que requirieron un cierre temporal. Concluyeron que en el grupo de pacientes que se aplico TPN se consiguió un aumento de cierre facial y una disminución de fluidos durante la resucitación y estabilización.

METODOS PARA CIERRE TEMPORAL

Cuidados diarios:

- 1) Vigilar que los drenajes no estén colapsados
- 2) Observar y vigilar que la hermeticidad del sistema este intacta
- 3) Verificar que no exista fugas de aire
- 4) Sistema de aspiración debe de ser como mínimo - 80 mmhg.
- 5) Contabilizar gasto diario de drenajes y su característica

METODOS PARA CIERRE TEMPORAL



METODOS PARA CIERRE TEMPORAL

CONCLUSIÓN

El abdomen abierto se ha asociado tradicionalmente a malos resultados en los pacientes con una mortalidad y morbilidad considerables. El tratamiento con TPN de éste trastorno presenta ventajas importantes frente a los apósitos e intervenciones tradicionales

¿Debemos preferentemente usar Negative-pressure therapy para el cierre temporal abdominal después de laparotomía?

Se recomienda el uso de terapia con presión negativa en abdomen abierto en pacientes críticamente enfermos. **Grado 1C**