

## **DIAGNÓSTICO DEL ABDOMEN AGUDO EN EL CONSULTORIO DEL MÉDICO DE FAMILIA**

*Caridad Soler Morejón<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** El diagnóstico de afecciones abdominales agudas es a menudo complejo y difícil para el médico práctico, pero más aún si contamos con los recursos diagnósticos limitados de un consultorio médico en el nivel de atención primaria. Es por ello que resulta de utilidad poder disponer de métodos simples y eficaces que permitan mejorar la certeza del diagnóstico y que puedan ser implementados con facilidad en este medio. Tal es el caso de la medición transuretral de la presión intraabdominal.

**DeCS:** ABDOMEN AGUDO/diagnóstico; MEDICOS DE FAMILIA; ATENCION PRIMARIA DE SALUD.

Cada día es mayor el servicio que brinda el Médico General Integral (MGI) a la vanguardia del nivel primario de atención médica, en beneficio de la salud de nuestro pueblo. A pesar de que su objetivo principal es la promoción de salud y la prevención de las enfermedades, en el consultorio médico a menudo se presentan pacientes de difícil diagnóstico, como los portadores de afecciones abdominales agudas.

Las afecciones abdominales agudas, de cuyo diagnóstico preciso y precoz depende en gran medida el pronóstico y tratamiento oportuno, requieren del juicio clínico y de la experiencia práctica del médico, sobre todo a la hora de decidir si el paciente ha de ser remitido o no al nivel secundario de atención. Ante estos pacientes el médico se encuentra a menudo limitado en cuan-

to a recursos diagnósticos, por tanto, resultaría válido en este nivel de atención el uso de cualquier método o medio que permita, sin requerimientos especiales, aumentar la certeza del diagnóstico y la eficacia del servicio que se presta a la población, lo que redundará necesariamente en un perfeccionamiento de nuestro sistema de salud, que ya es uno de los mejores del mundo.

La medida de la presión intraabdominal (PIA) es un parámetro de gran importancia que permite objetivizar la gravedad de afecciones intraabdominales agudas, y que incorporado al arsenal del especialista en MGI, puede ser aplicado en el consultorio de Médico de Familia. Puede servir como un criterio más para la remisión correcta del paciente al nivel secundario de atención, o para solucionar algunos problemas en la

---

<sup>1</sup> Especialista de II Grado en Medicina Interna, Intensiva y de Emergencias. Profesora Auxiliar del ISCM de La Habana.

propia área de salud, tanto en adultos como en niños.

#### **Presión intraabdominal**

El abdomen es una cavidad virtual, tapizado en su interior por una capa de células denominadas peritoneo y que contiene solamente unos escasos mL de líquido. En condiciones normales la PIA, es decir la presión existente dentro de la cavidad abdominal, es igual a la atmosférica, es decir 0, aunque puede sufrir aumentos fisiológicos transitorios con los movimientos respiratorios, la tos, el estornudo, la defecación, etc.;<sup>2</sup> o sea, en circunstancias donde aumenta la presión intraabdominal, o en forma progresiva como durante el embarazo. Su elevación es índice de alteraciones agudas de los órganos contenidos en la cavidad abdominal, por eso tiene indicación su estudio en aquellos pacientes politraumatizados, en el postoperatorio de cirugía abdominal compleja (cierres de defectos de la pared, aneurismas, hemorragias, hematomas, peritonitis, oclusión intestinal, etc.), así como en la pancreatitis aguda<sup>1-4</sup> y en el diagnóstico de afecciones abdominales agudas.

La vejiga es un órgano retroperitoneal, y por sus relaciones anatómicas su techo sirve transductor, transmite la presión intrabdominal y por tanto permite su medición. La medición transuretral de la presión intraabdominal parece ser un método confiable, exacto, seguro y de muy fácil implementación en la práctica nuestra, es poco invasivo para estos fines, lo cual ha sido demostrado en diversos estudios, incluyendo a los niños.<sup>5-9</sup> No requiere de equipos especiales, ni de procedimientos adicionales; solamente de la implantación de una sonda uretral, técnica poco compleja y que puede ser aplicada sin dificultades en el consultorio médico por la propia enfermera.

Descrito originalmente por *Irving Kron* y otros en 1984,<sup>6</sup> ha sido validado en nume-

rosos estudios posteriores como los de *Iberty* y otros en 1987,<sup>7</sup> y se considera la técnica más recomendada internacionalmente para la medición de la presión intraabdominal. La vejiga se comporta como un diafragma pasivo con un volumen de 50 - 100 mL de solución salina. Puede medirse empleando una escala en cm de agua y el 0 de la escala se sitúa a nivel de la sínfisis pubiana con el paciente en decúbito supino.<sup>6,7</sup>

Las indicaciones para la medición de la PIA se precisa en casos de peritonitis y abscesos intraabdominales, en la obstrucción intestinal mecánica, cuando ocurre un aneurisma abdominal roto, en los casos de pancreatitis aguda, de trombosis venosa mesentérica, si estamos en presencia de fleo paralítico, dilatación gástrica aguda, hemorragia intra o retroperitoneal, en los casos de edema visceral postreanimación, en los procedimientos laparoscópicos, en el empaquetamiento abdominal, en la reducción de hernias masivas, así como también cuando estamos en presencia de un cierre a tensión de la pared abdominal.

En los procesos descritos es frecuente encontrar un aumento importante de la PIA, pero es precisamente el carácter agudo y su magnitud lo que determina su gravedad, y lo que ha dado lugar a la ocurrencia de numerosas alteraciones fisiopatológicas que se conocen como síndrome de compartimiento intrabdominal, pero también podemos encontrar aumento de la PIA de forma progresiva y mantenida en procesos como la ascitis, los tumores abdominales, la diálisis peritoneal ambulatoria y el embarazo.<sup>5</sup>

#### **Síndrome de compartimiento abdominal (SCA)**

El incremento de la presión dentro del compartimiento anatómico abdominal (PIA elevada) determina efectos adversos sobre la circulación, la función y la viabilidad de los tejidos, y causa disminución de la

perfusión, hipoxia tisular y necrosis isquémica, que conlleva a mayor edema.<sup>1-10</sup>

La isquemia intestinal mantenida conduce a trans-localización de bacterias y sus productos por la circulación portal y los linfáticos intestinales, lo cual conduce a sepsis y disfunción múltiple de órganos (SDMO).<sup>8,9</sup>

El aumento de la PIA provoca consecuencias muy desfavorables para el paciente. Sus efectos son muy dañinos para la hemodinamia, para su función respiratoria, renal, para el lecho esplácnico, y por consiguiente, para todo el organismo.<sup>1-7,10</sup> Desde el punto de vista hemodinámico determina un aumento de la PAM, de la frecuencia cardíaca, de la precarga y de las presiones de las venas cava y renal, así como de la resistencia vascular sistémica, con una disminución resultante del gasto cardíaco, del retorno venoso y del flujo sanguíneo visceral. Disminuye también el flujo sanguíneo renal y el filtrado glomerular. Por otra parte, provoca un deterioro progresivo de la función respiratoria que se expresa clínicamente por insuficiencia ventilatoria, con hipoxemia, e hipercapnia. La oliguria y después la anuria, la disminución de la perfusión hepática, mesentérica, intestinal y pancreática, así como la absorción de endotoxinas bacterianas, van determinando de forma progresiva la instalación del SDMO en el paciente.<sup>1-11</sup>

En numerosos estudios se han definido los valores de PIA capaces de producir efectos desfavorables en el desarrollo del SCA. En general se considera que una PIA de 25 mmHg obliga a intervenciones terapéuticas urgentes, siendo la laparotomía descompresiva la medida más eficaz, capaz de revertir todas las manifestaciones, siempre que se aplique oportunamente. Existen además recomendaciones bien fundamentadas de no sobrepasar el límite de los 15 mmHg.<sup>1-7,10,11</sup>

Esta técnica se describe como sigue:

- Se introduce sonda uretral siguiendo todos los principios de asepsia y anti-sepsia.
- Se coloca la escala en cm (puede usarse la escala de presión venosa central [PVC]) calibrando el 0 a nivel de la sínfisis pubiana.
- Se vacía la vejiga y se administra de 50 a 100 mL de solución salina fisiológica, dejando cerrada el orificio de salida de la sonda uretral.
- Se comunica la sonda uretral con la escala, y se realiza la medición de la misma manera que en el caso de la PVC.
- Se retira la conexión ante cualquier manifestación de intolerancia por parte del paciente (dolor, alteraciones hemodinámicas, etcétera).
- Se extrae la solución salina de la vejiga con la jeringuilla o mediante el desclampeo de la sonda uretral.

De todo este estudio nos preguntamos, ¿puede diagnosticarse con certeza un abdomen agudo en el consultorio de Medicina General Integral? Consideramos que sí. Este método, factible de ser aplicado en el consultorio del Médico de Familia puede aumentar la certeza del diagnóstico, y puede tener singular importancia a la hora de evaluar un posible abdomen agudo.

Creemos además que es aplicable por ser un procedimiento inocuo, exento prácticamente de complicaciones, que puede practicarlo el enfermero del nivel primario en el consultorio o en el policlínico de urgencia, como parte del arsenal diagnóstico del que puede disponer el médico; también, por ser económico, no requerir entrenamiento especial, ni equipamiento especializado, y lo que más importante, nos permite evaluar al paciente de una manera más objetiva.

**SUMMARY:** The diagnosis of acute abdominal affections is complex and difficult for practitioners, but it is even more complicated when the diagnostic tools are limited, as it is the case of the family physician's office at the primary health care level. That's why, it is useful to have simple and effective methods that allow to improve the accuracy of diagnosis and that may be applied in this setting. That's what happens with the transurethral measurement of intraabdominal pressure.

Subject headings: **ABDOMEN, ACUTE/diagnosis; PHYSICIANS, FAMILY; PRIMARY HEALTH CARE .**

### ***Referencias bibliográficas***

1. Sugrue M. Intraabdominal pressure. Clin Intensive Care 1995;6:76-9.
2. Celoria G, Steingrub J, Darosm JA, Teres D. Oliguria from high intraabdominal pressure secondary to ovarian mass. Crit Care Med 1987;15(1):78-9.
3. Lacey SR, Carris LA, Beyer III JA, Azizkhan RG. Bladder pressure monitoring significantly enhances care of infants with abdominal wall defects: A propective clinical study.
4. Fietsam R, Villalba M, Glover JL, Clark K. Intraabdominal compartment syndrome as a complication of ruptured abdominal aortic aneurysm repair. Am Surg 1989;55(6):396-402.
5. Schein M, Rucinski J, Wisc L. The abdominal compartment syndrome in the critically ill patient. Curr Opin Crit Care 1996;2:287-94.
6. Kron IL, Harman PK, Nolan SP. The measurement of intraabdominal pressure a criterion for abdominal re-exploration. Ann Surg 1984;199(1):28-30.
7. Iberti TJ, Kelly KM, Gentili DR, Hirsch S, Benjamin E. A simple technique to accurately determine intraabdominal pressure. Crit Care Med 1987;15(12):1140.
8. Pastnes SM, Katz DP, Kvetan U. Splachnic ischemia and gut mucosal injury in sepsis and multiple organ dysfunction syndrome. Am J Gastroenterol 1996;91(9):1697-710.
9. Sugrue M, Jones F, Lee A, Buist MD, Deane S, Bauman A. Intraabdominal pressure and gastric intramucosal pH: Is there an association? World J Surg 1996;20(8):988-91.
10. Cullen DJ, Coyle JP, Teplick R, Long MC. Cardiovascular pulmonary and renal effects of massively increased intraabdominal pressure in critically ill patients. Crit Care Med 1989;17:118.
11. Diebel LN, Dulchavsky SA, Wilson RF. Effect of increased intraabdominal pressure on mesenteric arterial and intestinal mucosal blood flow. J Trauma 1992;33(1):45-9.

Recibido: 27 de noviembre del 2000. Aprobado: 1ro de marzo del 2001.

*Dra. Caridad Soler Morejón.* Calle 17 # 1016 entre 10 y 12, El Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba.