

Síndrome compartimental abdominal: relevância imensurável.

Abdominal compartment syndrome: immeasurable relevance.

Bruno Monteiro Tavares Pereira, ACBC-SP^{1,2}.

1. World Society of the Abdominal Compartment (WSACS), Campinas, SP, Brasil.
2. Universidade de Campinas, Departamento de Cirurgia, Disciplina de Cirurgia do Trauma, Campinas, SP, Brasil.

CARTA AO EDITOR

Parabenizo os autores do artigo original publicado no fascículo número 45(3) da Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC)¹. Foi com muito gosto que li este artigo, mas mais ainda sentir a enorme satisfação em ver este tema publicado numa revista para cirurgiões. Neste artigo os autores buscam analisar o conhecimento da equipe multidisciplinar em hipertensão intra-abdominal e síndrome compartimental abdominal (SCA) em um hospital universitário terciário localizado em Curitiba, Paraná, referência estadual em pacientes vítimas de trauma.

A relevância deste manuscrito é imensurável considerando nossa posição geográfica e a importância do tema para aqueles que lidam com pacientes críticos no seu dia-a-dia. Por algumas razões a hipertensão intra-abdominal (HIA) continua sendo negligenciada pelo médico, seja ele intensivista, cirurgião ou emergencista na grande maioria dos países do hemisfério sul do globo. Em recente estudo Wise *et al.*² publicaram pesquisa similar de âmbito internacional. Neste estudo os autores demonstraram que, embora a maioria dos médicos que responderam o questionário direcionado afirmarem estar familiarizados com HIA e SCA, o conhecimento das definições publicadas nos consensos da *World Society of the Abdominal Compartment (WSACS)*, as técnicas de medição e tratamento clínico são incoerentes e inadequados. E foi exatamente esta conscientização que Von Bathen *et al.*¹ buscaram estudar. Nesta abordagem, 14 perguntas objetivas foram elaboradas e expostas à profissionais que interagem com esta população de pacientes. Nos chama a atenção que apesar de 53 questionários enviados

dentro desta mesma instituição apenas 38 foram respondidos. Similarmente no estudo de Wise², a não totalidade de profissionais questionados responderam. Este comportamento merece a reflexão de que ora profissionais de saúde não se sentem confortáveis em responder questionários ora o tema é de pouco interesse. Sendo a segunda hipótese verdadeira, outra reflexão se impõe. Seria o tema de pouco interesse por que há na verdade pouco conhecimento sobre o assunto? Não raro, durante apresentações e discussões ao redor do mundo, ouvimos questionamentos do tipo: “É a HIA tão importante assim?”; “A presença de HIA realmente altera o desfecho do paciente?”; Não percebo a HIA como algo tangível na clínica diária, estou correto?”.

Bem, estas são perguntas que, na verdade, estimulam a WSACS a continuar seu trabalho, principalmente na América Latina. É verdade que no presente estudo de Von Bahten, diferentemente do estudo internacional de Wise, a maioria dos profissionais que responderam ao questionário possui muito pouca experiência profissional (1 a 5 anos), sendo a maioria deles residentes. Este ponto poderia ser sinalizado como importante viés de seleção, contudo, na comparação com a pesquisa de Wise a conclusão é a mesma: não existe divulgação, entre os pares, do tema, assim como, não existe atenção clínica específica para pacientes que se apresentam com HIA. Em um estudo piloto, em vias de publicação, realizado na Universidade de Campinas, percebemos uma incidência de 70% a 80% de HIA em pacientes clínicos sépticos sem alterações primárias do abdome. Foram selecionados principalmente pacientes sépticos com critérios diagnósticos pelo *Sepsis III*, cuja etiologia da sepse era principalmente de foco pulmonar e, ainda sim, notamos uma incidência alta de HIA e SCA secundária. Faz parte da evidência médica atual que a HIA é, sem dúvida nenhuma, incidente em pacientes críticos sejam estes cirúrgicos ou não. É neste ensejo, que ressalto a importância da pesquisa realizada por Von Bahten. Urge a necessidade de alertar e educar esta população de profissionais de saúde que ainda omite ou negligencia a presença de HIA nos doentes graves. Fica claramente elucidado na amostra de Von Bahten que cerca de 40% a 50% dos entrevistados falham em reconhecer HIA e seus graus de classificação, podendo trazer conseqüentemente resultados adversos na população de pacientes tratados no centro estudado. De fato, a SCA dificilmente conduz um paciente ao óbito isoladamente, contudo as observações são muito mais sutis. A presença de HIA por longo período de forma sustentada em pacientes com distúrbio de perfusão, indubitavelmente estimula a permanência destes pacientes na UTI, seja por período prolongado de ventilação, oriundo do conseqüente aumento da pressão intratorácica causada pela HIA, seja por dificuldade de acordar o paciente. Este último como conseqüência da diminuição do débito cardíaco induzida pela diminuição do

retorno venoso causado pela HIA e subsequentemente pela diminuição da pressão de perfusão cerebral ou pela consistente enxurrada de catecolaminas e produtos do metabolismo oxidativo, como IL1B, IL6, FNT, radicais livres de oxigênio, provocada pelo estado hipoperfusional silenciosamente perpetuado pela HIA. Este processo insidioso precisa e deve ser notado pelo cirurgião ou intensivista e prontamente revertido a fim de mitigar a resposta endócrino-metabólica e dano microcirculatório.

Regressando ao presente estudo de Von Bahten, outro importante ponto deve ser estressado. Seu manuscrito demonstra que pouco mais dos 70% dos entrevistados considera a oligúria como um sinal precoce de HIA. Apesar de concordar que existe embasamento científico pela WSACS para esta afirmação, é importante enfatizar que na prática clínica este sinal clínico perde relevância. A presença de oligúria num paciente crítico é multifatorial e muitas das vezes outras etiologias causam o seu aparecimento. Um paciente vítima de trauma, por exemplo, possui diversas razões para o desenvolvimento de oligúria seja ela de origem pré-renal (choque hemorrágico), seja ela de origem renal (necrose tubular aguda). A presença de oligúria no cenário clínico diário não pode ser atribuída primariamente à HIA e, inversamente, o diagnóstico de HIA não pode ser concluído somente na presença de oligúria, pois estas apresentações não são verdadeiras na maioria dos casos reais.

No presente estudo ainda, a maioria dos médicos entrevistados optou por mensurar a PIA na vigência de fatores de risco para SCA quando, atualmente, a recomendação da WSACS é que a mensuração seja realizada considerando a presença de um ou mais fatores de risco para HIA. Um movimento extremamente recente, com cerca de menos de dois anos vem se estabelecendo por parte da Sociedade Mundial no sentido de que todo paciente crítico tenha a pressão intra-abdominal (PIA) mensurada independente do que tenha motivado a internação na unidade de terapia intensiva (UTI). Baseado no fato de que todo paciente crítico tenha ao menos um fator de risco para desenvolvimento da HIA, por que não estabelecer a mensuração rotineira da PIA como uma forma de se monitorar mais um sinal vital? Pacientes graves possuem monitorização contínua quando internados em UTI, a fim de aproximar ao máximo a terapêutica empregada ao estado fisiológico normal do paciente. Sendo assim, seria muito coerente que a mensuração da PIA fosse realizada de forma rotineira assim como se faz com a frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura ou débito urinário. A PIA é um marcador fisiológico importante e, quando notada hipertensão de forma precoce, medidas de correção podem ser tomadas também precocemente, com objetivo de inibir um ciclo

continuado de hipoperfusão e reperfusão tecidual, contribuintes para permanência prolongada deste paciente na UTI.

De forma muito satisfatória noto que, apesar de ainda caminharmos lentamente, progresso conceitual no tema ocorreu com passar dos últimos anos. No trabalho apresentado pelo grupo do Professor Von Bahten, pouco mais de 89% mensura a PIA pela via protocolada pela WSACS como padrão, e isto, sem dúvida, é reflexo de um trabalho de educação continuada dentro da Instituição. Por outro lado, ainda há não só neste serviço, mas também na grande maioria dos serviços brasileiros e latino americanos, ausência de protocolos para mensuração da PIA nos pacientes críticos, o que reflete o atraso deste continente em relação aos continentes do hemisfério norte. Com intuito de auxiliar os leitores da Revista do CBC deixo aqui uma proposta de protocolo para mensuração da PIA que segue os preceitos teóricos da WSACS (Figura 1).

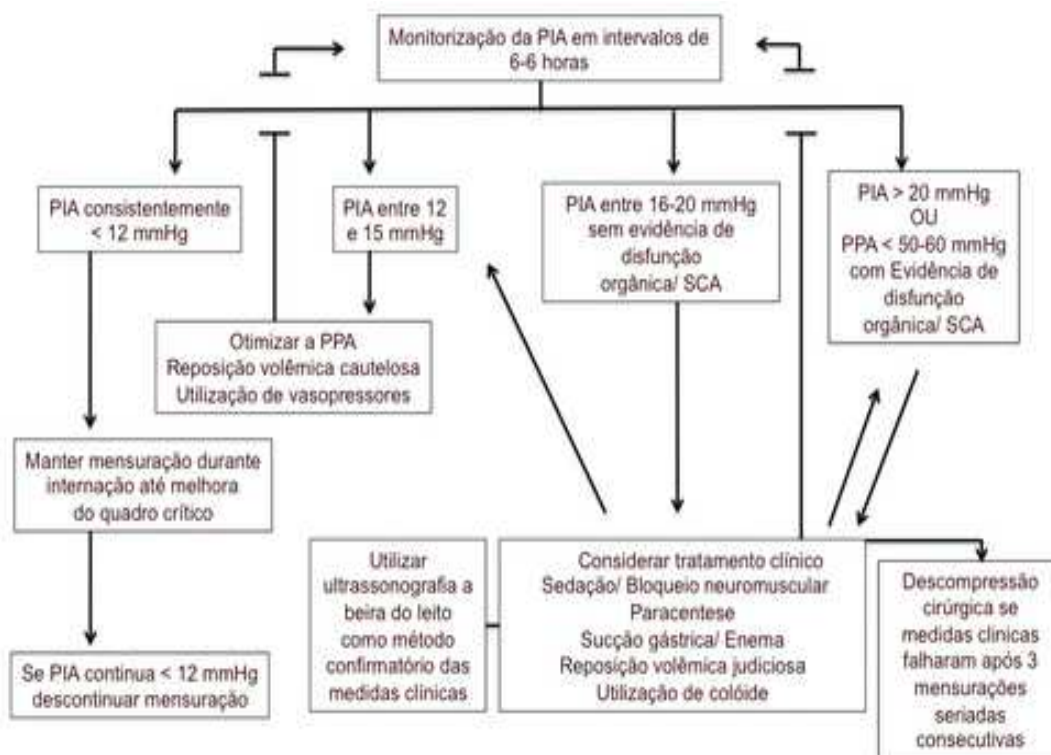


Figura 1. Sugestão de protocolo para mensuração da pressão intra-abdominal.

Como discutido pelos autores, "fica evidente que as indicações de aferição para diagnóstico de HIA não são amplamente conhecidas, mesmo em uma instituição de atendimento terciário, com alta prevalência de HIA". Os médicos entrevistados não conhecem os *guidelines* WSACS e desconhecem um protocolo do próprio serviço, uma forte indicação para mudanças futuras. A aplicação de um protocolo em cada serviço brasileiro é primordial para maior atenção e consciência deste diagnóstico e a instituição

deste tema nos Programas de Residência, sem dúvida fará com que uma nova população de médicos especialistas venham para o mercado ao menos com conceitos básicos sobre o tema.

Cabe ressaltar ainda que o tratamento da HIA e SCA também passou por atualizações³. Atualmente está indicado o uso da ultrassonografia à beira do leito como medida adjuvante no seguimento das medidas clínico-terapêuticas propostas pela WSACS. O advento da ultrassonografia *point-of-care* no cenário de HIA tem utilidade não somente na confirmação de medidas de redução do conteúdo intraluminal e extraluminal como também traz auxílio nas medidas que requeiram procedimentos invasivos, como a paracentese, por exemplo.

Por fim, incentivo todos os leitores da Revista do CBC a retirarem deste manuscrito de Von Bahten a importante mensagem de que devemos estar alertas e conscientes para presença da HIA e que necessitamos, enfim, dar um passo adiante com mais educação dos nossos pares e residentes, assim como da instituição de protocolos que auxiliem neste processo.

Prof. Dr. Bruno M Pereira

Presidente, Sociedade Mundial do Compartimento Abdominal (WSACS)

Professor Doutor do Departamento de Cirurgia da UNICAMP, Disciplina de Cirurgia do Trauma

REFERÊNCIAS

1. Von Bahten LC, Lange PAL, Alves RFF, Soares HMN, Souza TM, Von Bahten AC. Síndrome compartimental: análise do conhecimento da equipe médica de um Hospital Universitário de Curitiba. Rev Col Bras Cir. 2018;45(3):e1884
2. Wise R, Roberts DJ, Vandervelden S, Debergh D, De Waele JJ, De Laet I, et al. Awareness and knowledge of intra-abdominal hypertension and abdominal compartment syndrome: results of an international survey. Anaesthesiol Intensive Ther. 2015;47(1):14-29
3. Pereira BM, Pereira RG, Wise R, Sugrue G, Zakrison TL, Dorigatti AE, et al. The role of point-of-care ultrasound in intra-abdominal hypertension management. Anaesthesiol Intensive Ther. 2017;49(5):373-81.

Recebido em: 10/09/2018

Aceito para publicação em: 20/09/2018

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

Endereço para correspondência:

Bruno Monteiro Tavares Pereira

E-mail: dr.bruno@gruposurgical.com.br / drbrunompereira@gmail.com