

COMPLICACIONES

VARICES ESOFAGICAS.

Asistencia Médica y de enfermería.

El enfermo con várices esofágicas sangrantes está en una situación de gravedad y necesita que el personal de enfermería lo atienda en forma practicamente continua y - que mida a intervalos regulares los signos vitales antes de recurrir al taponamiento esofágico; generalmente se - administra Pituitrín (S) ó Pitressín por su acción hipotensora en el sistema portal, para cohibir la hemorragia se hace presión en la zona cardíaca del estomago y contra las várices esofágicas, por medio de un taponamiento con doble balón (tubo ó sonda Blackemore-Sengstaken), - este aparato revisado minuciosamente se introduce por boca ó nariz hasta el estómago (de preferencia por nariz - ya que es menor la molestia y el paciente puede hablar, deglutir, etc.), puede también emplearse anestesia local en nariz y faringe, pero no es completamente necesario.

Se infla el balón en el estómago, y el tubo se extrae con toda suavidad para ejercer presión exactamente sobre el cardias, se infla el balón esofágico a la presión deseada (en ambos balones es de 25-30 ó 40 mm. de mercurio, bajo control fluoroscópico) que se mide con manómetro. El balón gástrico se infla con 5-10 ml. de aire, el balón esofágico de 20-30 ml.

Después de inflar el balón hay la posibilidad de lesión ó rotura del esofago, por lo que en ese período habrá supervisión constante de enfermería, después el médico hará tracción del tubo en su sitio de entrada por fosas nasales.

Por lo regular se introduce por la sonda un catártico - como el sulfato de magnesio, el cual sumado a la aplicación previa de enemas, eliminará la sangre de las vías gastrointestinales, pues si no se elimina, puede absorberse el amoníaco y originar como hepático y muerte; después se administra la NEOMICINA, para aminorar la flora bacteriana intestinal, que es la fuente de enzimas amniógenas.

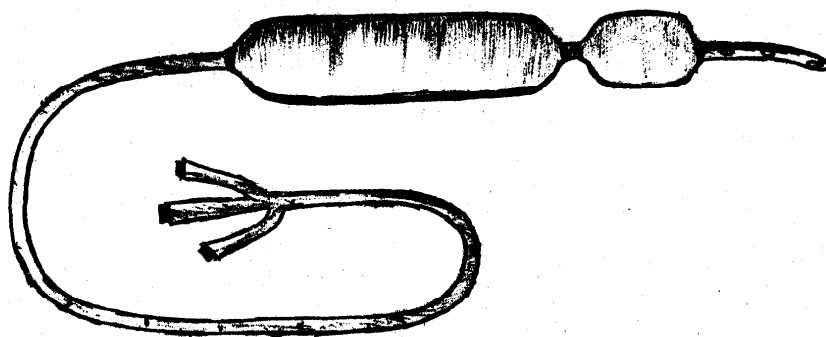
Puede hacerse succión gástrica al conectarse el orificio adecuado a un aparato de (succión gástrica) aspiración, el tubo será irrigado cada hora y el líquido extraído - indicará si se ha cohibido el sangrado. Algunos médicos hacen circular agua helada por el balón gástrico, que - produce constricción de los vasos del estómago.

En término de 48 a 96 horas se deja de hacer presión en los tubos y tracción, se continua el taponamiento con balón durante varios días y despues poco a poco se disminuye la presión de 5 en 5 mm. de mercurio, hasta encontrar la presión minima que controle el sangrado seguido por extracción de la sonda si cesa le hemorragia durante las 24 horas siguientes, e iniciar inmediatamente la ingestión oral de líquidos.

Si se deja por mucho tiempo la sonda con balón, pueden - aparecer úlceras en el estómago, si sufre rotura súbita, el resultado es desastroso, puede évitarse todo ésto - usando un tubo nuevo recién probado, que tenga menos de un año de fabricado, si la tracción excesiva lleva el tubo a la orofaringe hay peligro de que el paciente sufra de asfixia, por lo que es necesario una asistencia intensiva e inteligente.

Cabe desinflar el balón cada 8 a 12 horas durante 5 minutos para impedir la erosión y necrosis del estómago y esófago ó para comprobar si persiste el sangrado. La hemorragia también es tratada por sedación e inactividad completa del esófago (alimentación parenteral); es necesario impedir el esfuerzo y el vómito. La aspiración gástrica suele emplearse para conservar el estómago lo más vacío que se pueda, a menudo están indicados el tratamiento a base de vitamina K a dosis de 25 a 50 mgs. y múltiples transfusiones de sangre.

Como el paciente está gravemente enfermo, requiere constante observación y atención por el personal de enfermería, el cual verificará en forma constante que la presión de los balones sea la indicada por el médico, registrará frecuentemente la tensión arterial, el pulso y las respiraciones y mantendrá a los pacientes en reposo completo, pueden ser necesarios los narcóticos para mitigar el temor del paciente y proporcionarle reposo, así como un ambiente tranquilo para disipar su ansiedad. La cabecera de la cama suele elevarse para reducir el flujo de sangre al sistema portal; como el paciente no puede tragar



TUBO SENGSTAKEN-BLAKEMORE que se usa en el tratamiento de várices esofágicas sangrantes. El tubo tiene tres luces. Una conduce al balón inflable más largo situado en el esófago para ejercer presión. Una segunda luz termina en el balón más pequeño situado inmediatamente dentro - del estómago. La tercera luz se abre al estómago para - permitir el drenaje gástrico.

salida, se toman medidas para aspiración ó espectoración en pañuelos de papel ó en un recipiente; es necesario el cuidado frecuente de la boca, y las ventanas de la nariz se limpian y lubrican, debido a la irritación producida por el tubo, el paciente se queja de sed intensa, la cual puede ser aliviada por frecuente aseo bucal y colocación de esponjas húmedas sobre los labios, si está permitido.

El mantener cerca de la cama del paciente una tijera para cortar los tubos de la sonda y desinflar los globos rápidamente en caso de que éstos se desplazen a la faringe posterior.

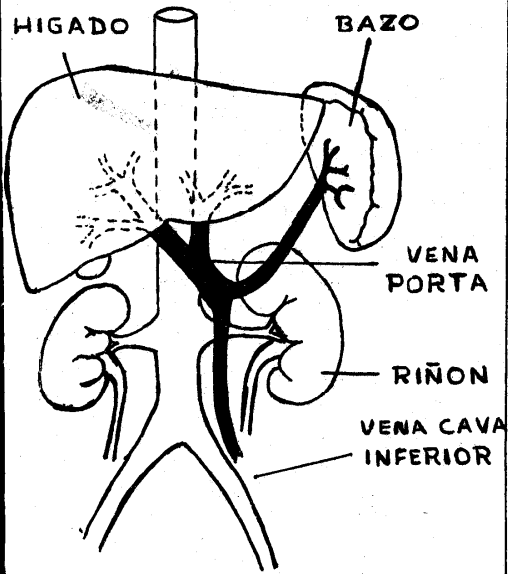
METODOS DE DERIVACION

El tratamiento más empleado entraña la creación de una anastomosis entre la vena porta y la vena cava inferior, que recibe el nombre de anastomosis portacava, al desviar la sangre en la vena cava inferior disminuye la presión en el sistema portal y en consecuencia disminuye tambien el peligro por vaices esofágicas y gástricas.

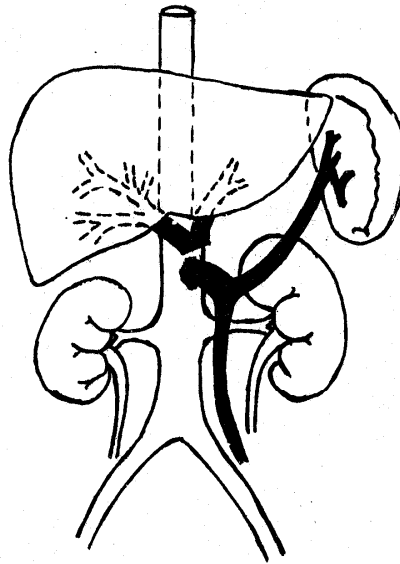
Cuando por trombosis ó por otras causas no es posible emplear la vena porta, puede hacerse derivación entre la vena esplénica y la vena renal izquierda llamada derivación esplenorrenal. Las intervenciones señaladas son métodos bastante extensos y no siempre brindan éxito, por la coagulación secundaria que aparece en las venas empleadas, no obstante, es el único método con que puede lograrse disminución de la presión del sistema portal, las hemorragias de las várices esofágicas suelen ser mortales y por ello muchos de éstos pacientes, con mal pronóstico quirúrgico, deben ser sometidos a la intervención para salvarles la vida.

La asistencia postoperatoria en estos casos es semejante a la que se hace en cualquier sujeto sometido a una operación abdominal, si bien es complicada por el tratamiento del hígado cirrótico que es el problema básico en la recuperación de estos sujetos.

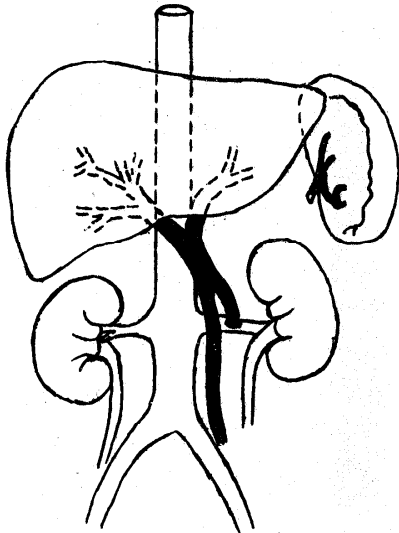
A.- SISTEMA PORTOCAVA NORMAL



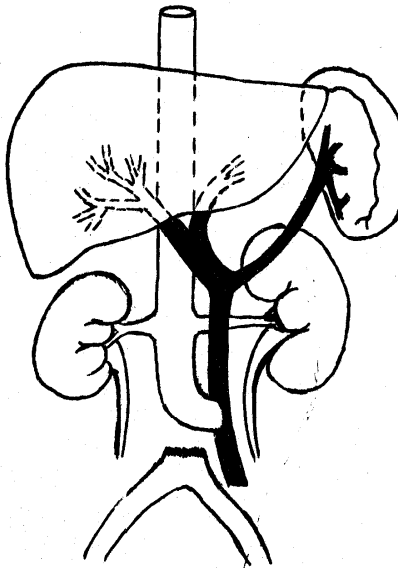
B.- DERIVACION PORTOCAVA TERMINOLATERAL



C.- DERIVACION ESPLenorRENAL TERMINOLATERAL



D.- DERIVACION MESOCAVA



ASISTENCIA DE ENFERMERIA POSTOPERATORIA

Durante el período postoperatorio inmediato, el personal de enfermería verificará la tensión arterial, pulso, y respiraciones de el paciente, así como la permeabilidad de las vías respiratorias, sondas, drenes, catéteres y soluciones intravenosas, girará la cabeza del paciente hacia un lado en caso de vómito, si el paciente está inconsciente se le colocará en posición lateral con una almohada en la espalda y la barbilla en hiperextensión, las rodillas estaran flexionadas, para reducir la tensión de las suturas abdominales.

Proporcionar comodidad y conservar la seguridad del paciente, cubrirlo.

Cuando el paciente recupere la conciencia son necesarios los cambios de posición cada hora y las respiraciones profundas para impedir atelectasia y otras complicaciones pulmonares, se revisarán los apósitos frecuentemente en busca de sangrado excesivo ó líquido de drenaje abdominal, informar inmediatamente cualquier signo raro ó de alarma.

Quando el paciente recupera totalmente la conciencia, se administrará el analgésico indicado (PRN), cambios de posición, insistir en respiraciones profundas, lavar cara y manos, dar un colutorio, masaje en espalda y extremidades, dar pequeñas cantidades de agua cuando el paciente sienta que cesen las náuseas (si está permitido), descubrir al paciente en caso de que este presente sudación excesiva - ó cuando el pulso, respiración y temperatura estén dentro de límites normales. Observar y registrar la eliminación de excretas, cuidados de sonda foley, en caso necesario; deambulación temprana (de 24 a 48 horas después de la - operación), cuando la deambulación temprana no sea posible se harán ejercicios en cama como los siguientes:

- Ejercicios respiratorios.
- Ejercicios de brazos en arco completo de movimiento (principalmente abducción y rotación externa del hombro).
- Ejercicios de manos, pies y dedos, (para impedir el - pié péndulo y conservar la buena circulación).
- Ejercicios abdominales.

Se deben atender además las necesidades nutricionales y - de líquidos, así como los cuidados de la herida quirúrgica.

COMA HEPATICOASISTENCIA MEDICA Y DE ENFERMERIA

Otra de las complicaciones por las que puede morir el paciente cirrosis hepática, aparte de las vrices esofágicas sangrantes, es el COMA HEPATICO, una de las complicaciones más temibles y manifestación de insuficiencia hepática intensa.

El aumento de los niveles de amoníaco en el suero parece relacionarse con la agravación del coma hepático, pero no es la causa absoluta, el tratamiento para reducir los niveles de amoníaco formado en el intestino por acción bacteriana ó por proteínas ingeridas es normalmente detoxificado en el hígado por su conversión en urea, que se excreta despues por los rifones.

Un hígado insuficiente como en la cirrosis avanzada, no puede ya disociar el amoníaco y permite que se acumule en la sangre. Igualmente con obstrucción venosa portal, la sangre intestinal rica en amoníaco puede ser desviada del hígado reduciendo aún más la detoxificación.

El estado comatoso puede ocurrir por tiempo corto de algunos días ó bien por períodos largos de varias semanas, que por lo comun termina con la muerte, en el estado de coma se pierde totalmente la conciencia, las fases del desarrollo del coma hepático son trastornos neurológicos.

La primera fase, suele ser gradual y a veces imperceptible, existe pérdida de interes por parte del paciente y defecto del juicio, en ocasiones se observa cierta euforia ó bien el paciente sufre depresión y apatía, su conducta es inadecuada, el enfermo se encuentra somnoliento, durmiendo la mayor parte del día y por la noche se encuentra con insomio e inquieto.

En la segunda fase, se presenta confusión mental, manifiesta lentitud al contestar las respuestas, confunden el tiempo, el espacio y las personas, hay movimientos involuntarios en ambas extremidades, comisuras de los labios y ademas aleteo nasal, este temblor no es específico ni lo presentan todos los pacientes, pero si es una medida de gran importancia para darse cuenta del peligro que se avecina.

En la tercera etapa, el E.E.G. presenta una guía del estado en que se encuentra el paciente, en esta fase algunos de los pacientes en los que la terapéutica ha dado buenos resultados, logran recuperarse, en cambio en otros sobreviene el coma y la terminación fatal.

En la cuarta fase del coma, el paciente duerme durante períodos cada vez más largos, y cada vez es también más difícil de despertarse, hasta que resulta completamente imposible, puede presentar reflejos y responder a los estímulos dolorosos con movimientos, gritos ó quejidos, hasta el coma profundo, arreflexia (ausencia de reflejos corneales), falta de respuesta a todos los estímulos, este paciente puede presentar también rigidez de miembros inferiores y en ocasiones convulsiones. La muerte sobreviene por el coma prolongado ó bien por complicaciones que se presentan como bronconeumonía ó hemorragia gastrointestinal copiosa.

El tratamiento del coma consiste en eliminar el ingreso protínico a cero, evitar drogas ó tensión y eliminar mediante catárticos y enemas, las proteínas residuales ó

la sangre (si ha habido hemorragia reciente); pueden ordenarse antibióticos de amplio espectro como la NEOMICINA, en presencia de encefalopatía hepática, como es mal absorbida por el conducto intestinal, la NEOMICINA se usa frecuentemente para desinfectar el intestino, disminuyendo la producción de amoníaco por la flora bacteriana intestinal. También puede utilizarse la KANAMICINA, que produce menos toxicidad renal, por lo cual es preferible para enfermos con afecciones renales.

A menudo se ordenan enemas de limpieza para eliminar el substracto bacteriano fecal en el colon, el cuidadoso sostén médico del paciente requiere el equilibrio de líquidos y electrolitos con nutrición parenteral, frecuentemente se agregan multivitaminas a las infusiones.

El E.E.G., en la actualidad es de gran valor diagnóstico, aunque no en todos los pacientes se descubren alteraciones características. Se han hecho estudios electroencefalográficos y se ha observado una gran disminución del estado de conciencia, estas alteraciones se presentan muy al principio del coma hepático y son por lo tanto de gran valor diagnóstico. Además las alteraciones corresponden -

al estado clínico del paciente, de modo que el E.E.G. - constituye en cierto modo un método para establecer el - pronóstico y observar la respuesta al tratamiento, tam-- bién las alteraciones electrocardiograficas despues de la administración de una pequeña dosis de morfina son - útiles para determinar el riesgo que corre el paciente - de llegar al coma hepático.

El cuidado de enfermería supone la asistencia de un pa--- ciente semicomatoso ó falto de respuestas, son escencia-- les el registro continuo de los signos vitales, cambios frecuentes de posición para evitar úlceras por presión, cuidados de la boca, aspiración endotraqueal para preven- nir neumonía por aspiración, uso de barandillas, y la ob- servación frecuente para evitar accidentes (caidas), ade- más de otras medidas de sentido común (medio ambiente, - higiene general, cuidados de la sonda, etc.).

Cuando es imposible invertir el proceso patológico, el co- ma hepático es un proceso terminal. En otros casos las me- didas médicas y de enfermería logran éxito y el paciente se recupera del coma, en determinados casos graves de coma hepático, el tratamiento ha sido por vaciado de la sangre intoxicada y reinfusión de sangre fresca.