

TRATAMIENTO MEDICO Y CUIDADOS DE ENFERMERIA

La extensión del daño hepático y el tipo de tratamiento se valorarán despues de estudiar los datos de laboratorio. El paciente necesita saber la causa por la que se le practican determinadas pruebas, su importancia y la forma en que pueden colaborar.

REPOSO

El sujeto con hepatopatía activa necesita descanso y - otras medidas de sostén, para permitir que el hígado recupere su capacidad funcional, se debe registrar todos los días el peso del enfermo y el ingreso y egreso de líquidos, se ajustará la posición del sujeto en su lecho para obtener la eficacia respiratoria máxima, que tiene gran importancia si la ascitis es notable, se prestará especial cuidado a la piel, por la presencia de edema - subcutáneo y la inmovilidad relativa del enfermo.

El descanso hace que el hígado se recupere, limite las - necesidades metabólicas que el cuerpo le impone y aumente su riesgo. El paciente es más susceptible, por lo que

se harán todos los esfuerzos para impedir trastornos - respiratorios, circulatorios y vasculares, de ésta mane- ra pueden prevenirse problemas como neumonía, úlceras - por decúbito y tromboflebitis.

FARMACOS HEPATOTOXICOS

Durante la valoración inicial, lo más importante es seña- lar cualquier hábito anormal ó persistente en cuanto a - la ingestión de alimentos, trabajo personal, que pudie-- ran indicar exposición a fármacos tóxicos, con esta base, hay que registrar los medicamentos ingeridos por el en-- fermo en los últimos meses y revisar si algunos de ellos fueron hepatotóxicos. Tambien es importante reconocer - que alguna operación quirúrgica reciente con exposición a los anestésicos generales, pudiera haber lesionado el hígado.

NECESIDADES DIETETICAS

El cirrótico sin ascitis ni edema y que no muestran sig- nos de coma inminente, debe recibir una dieta nutritiva

rica en proteínas complementadas por vitaminas del complejo "B" y de otro tipo, entre otras vitaminas A, C y K. La nutrición adecuada tiene gran importancia, por lo que se hará todo esfuerzo para alentar al paciente a comer, lo que tiene tanta importancia como cualquier medicamento.

A menudo el cirrótico acepta de mejor grado raciones pequeñas y frecuentes de alimentos, que las tres grandes comidas acostumbradas. Es necesario considerar las preferencias individuales.

Los pacientes que sufren anorexia duradera ó grave, ó los que vomitan ó ingieren poco alimento por cualquier causa, deben recibir alimentación por sonda.

Los enfermos con heces graciosas (esteatorrea) deben recibir formas hidrosolubles de vitaminas liposolubles, como A, D y E, (Aquasol A y D) (Aquasol E), el cirrótico que tiene signos de coma inminente ó avanzado, deben recibir en forma temporal una dieta hipoproteica ó sin pro

teínas, pero se conservará un ingreso calórico elevado y se le aportarán vitaminas y minerales complementarios - (ejemplo: potasio líquido, si el potasio en suero es normal ó bajo y si la función renal es normal), tan pronto lo permita la situación hay que normalizar el ingreso) proteínico ó incluso hacer que supere los límites normales. La dietoterapia se ajustará a las necesidades de cada enfermo.

CONTROL DE LA RESTRICCIÓN DE LÍQUIDOS.

La meta de la asistencia es lograr un balance negativo de sodio, se evitará la ingestión de sal de mesa, alimentos salados, mantequilla y margarina saladas y todos los alimentos corrientes enlatados y congelados, el sabor de los alimentos sin sal puede ser mejorado por empleo de substitutos como jugo de limón, oregano y tomillo.

Es necesario comentar con el médico el empleo de los substitutos comerciales, pues los que contienen amoníaco pueden desencadenar coma hepático, se emplearan en abundancia leche y productos lácteos hiposódicos en polvo, si este régimen no corrige la acumulación de agua, la restricción de sal debe acentuarse y se administraran diuréticos.

Otro modo de aminorar el edema y la ascitis es inducir la diuresis, lo cual entraña disminuir el ingreso de sodio a niveles de 9 a 22 mEq. al día (de 200 a 500 mgs.), restricción de líquidos, si el sodio es bajo administrar un diurético por vía bucal como la clorotiacida (Diuril),

y tal vez inyecciones de un diurético mercurial como el mecaptomerín (Thiomerín), también puede administrarse la espirinolactona (aldactone), un agente bloqueador de la aldosterona, para reforzar la acción de los diuréticos - señalados y evitar la pérdida innecesaria de potasio.

Si estos medicamentos fracasan es necesario recurrir a - un diurético mas potente como la furosemida (lasix). Despues de administrar los diuréticos anteriores cabe recurrir al ácido atacrinico (Edecrin), estos últimos medicamentos deben usarse con cuidado pues su empleo por mucho tiempo puede indicar deplesión intensa de sodio (hiponatremia), el cloruro de amonio y la acetazolamida (diamox) estan contraindicados, por la posibilidad de desencadenar coma hepático. La pérdida ponderal diaria no debe exceder de 227 gr.

PARECENTESIS

El cúmulo de líquido ascítico a menudo aminora ó desaparece en respuesta al programa de diuréticos. Para conservar las proteínas corporales del enfermo, se evita hasta

52

donde sea posible, hacer la paracentesis abdominal. Sin embargo, si el abdomen muestra gran distension con liquido que estorbe a la respiracion o a la ingestion de alimentos, y no hay signos de que aminore la ascitis como resultado de la dieta hiposodica, los diuréticos y la espirinolactona, esta justificada la extraccion mecanica de liquido. En cada aspiracion se extraen de dos a tres litros (no más), para aliviar los sintomas agudos; extraer grandes volúmenes de liquido puede originar hipotension oliguria e hiponatremia, si se extrae un volumen mucho mayor del señalado, el liquido de ascitis tenderá a formarse de nuevo, a base del liquido extracelular que extraiga de todo el organismo.

CUIDADOS DE ENFERMERIA

El personal de enfermería es encargado de preparar al paciente, brindándole la información y la orientación que necesita y tranquilizándolo, debe asegurar que el paciente evacue la vejiga antes de la paracentesis, de lo contrario puede perforarse con el trócar, si el paciente no puede orinar la enfermera realizará medidas para estimular la mición (tales como: abrir la regadera ó llave y dejar correr el agua, colocar bolsa de agua tibia sobre la vejiga, etc), si esto no da resultado se avisará al médico, quien podrá ordenar un cateterismo.

Entre el equipo necesario se encuentra: Un trócar y cánula estériles, de 10 a 12 cm. de largo y un cjo de 4 mm. aproximadamente; medicación anestésica, una pequeña jeringa y agujas de 25 ó 26 para anestesiar piel, antes de hacer la incisión; un bisturí, catgut ú otro material de sutura apropiado, pequeñas pinzas ó forcéps, tijeras, tubo de hule estéril (que se conecta directamente al trócar), guantes, campo, campo hendido, gasas, soluciones antisépticas, un recipiente limpio para recibir el líquido extraído (de preferencia una botella graduada).

El médico introduce el trocar con todas las precauciones estériles por una herida de transfixión en la línea media debajo del ombligo, y se extrae el líquido por el tubo para ser llevado al receptáculo, a fin de utilizar la gravedad que facilita el drenaje se coloca al paciente sentado ya sea en una silla ó en la orilla de su cama ó de su mesa, con los pies apoyados en una silla ó - escalerilla.

El personal de enfermería debe observar el color de la piel, pulso y respiraciones y tensión arterial, si aparecen síntomas ó signos de alarma avisar inmediatamente al médico. Al terminar el método el paciente vuelve a su posición original, acostado, se protegerá el sitio de punción con apósitos secos, vigilar el apósito en busca de líquido ó signos de infección de la herida, observar en busca de signos de coma inminente, se registrará en el expediente clínico la fecha y la hora en que se efectuó la paracentésis, características del líquido, descripción de muestras obtenidas (exámen de cedimiento celular, densidad, concentración de proteínas y contenido bacteriano), nombre del médico que la realizó, nombre de la enfermera que colaboró, además todas las reacciones del paciente al tratamiento.