

IV TRATAMIENTO

4.1 Tratamiento médico. A los pacientes que tienen piedras en la vesícula debe aconsejarseles que eviten alimentos fritos, grasos, con especias y de alto contenido de colesterol en su dieta, entre ellos figura los huevos, productos de cerdo, alimentos ricos en especias, queso, crema, leche entera.

Durante un ataque de cólico, el tratamiento generalmente consiste en reposo, una dieta líquida o blanda y sedación. Si aparecen vómitos puede necesitarse la hospitalización, la aspiración nasogástrica y líquidos parenterales.

Al efectuarse el tratamiento en medio hospitalario debe:

- Aliviar el dolor y el estado opresivo del paciente.
- Se aplicará antiespasmódico del tipo de la butilhioscina de 6 mgr. por vía endovenosa o papaverina en dosis de 400 mgr. en 24 horas. Según indicación médica, al usar este medicamento vigilar al paciente por que puede producir hipotensión arterial ya que es un potente vasodilatador.
- Corregir el desequilibrio hidroelectrolítico mediante la aplicación de soluciones intravenosas según indicaciones médicas.
- Se aplicará un tubo nasogástrico para succión gástrica continua para evitar vómitos del paciente.
- Se administra antibióticos a pesar que la colecistitis aguda no es de origen bacteriana y que si existe obstrucción del cístico los antibióticos no penetran a la luz vesicular, se usan estos para prevenir la invasión secundaria a órganos vecinos o distantes, es útil la rifampicina en virtud de su alta concentración en la bilis.

La observación clínica de estos pacientes debe ser continua, pues hay dos posibilidades:

1. Si el paciente mejora, deberán esperarse de 24 a 72 horas para si intervención quirúrgica.

2. Si el paciente no mejora o empeora, el tratamiento quirúrgico deberá ser inmediato.

4.2 Tratamiento dietético. La dieta poco después de una crisis vesicular suele limitarse a líquidos con muy poca grasa. Se dá al paciente leche descremada mezclada con complementos en polvo, hiperproteínicas y ricas en carbohidratos.

También puede añadirse, según sean tolerados los siguientes alimentos: frutas cocidas, arroz o tapioca, carnes magras, puré de papa, verduras que no fermenten, pan, café, té. Se evita ingestión de huevos, crema, carne de cerdo, alimentos fritos, quesos y salsas muy grasosas, verduras que fermenten alcohol. Es necesario recordar al sujeto que los alimentos grasos pueden desencadenar ataques, el descanso es parte importante de la recuperación de la crisis.

4.3 Tratamiento quirúrgico. El tratamiento quirúrgico es necesario para curar síntomas crónicos, para eliminar las causas del cólico vesicular y para tratar pacientes de colecistitis aguda.

Sigue existiendo discrepancia en el sentido de que si la colecistitis aguda debe ser intervenida quirúrgicamente en cuanto se diagnostique o si ésta debe "enfriarse" como norma general.

Como norma general está aceptado que en principio la colecistitis aguda debe ser operada en cuanto este se diagnostique, teniendo un promedio no mayor de 12 a 24 horas con tratamiento médico; así como las complicaciones que la colecistitis aguda o crónica pueden tener y son el psicolecistonecrosis, perforación de la misma, coledocolitiasis o pancreatitis, padecimientos muy graves los cuales cursan con abdomen agudo.

De no ser así, la intervención quirúrgica debe esperar seis semanas después del brote agudo, ya que de lo contrario aumenta considerablemente la mortalidad de estos pacientes.

a) Asistencia Preoperatoria.

Además de los estudios radiográficos de la vesícula, se hacen radiografías de tórax y exámenes de orina y heces. Los estudios en sangre pueden incluir pruebas de funcionamiento hepático.

En el caso de advertir concentración baja de protombina suele darse al sujeto preparados de vitamina K y tal vez hacerse transfusiones sanguíneas. Si la concentración es anormalmente baja puede administrarse una transfusión de sangre antes de la cirugía con objeto de proporcionar los elementos necesarios para la coagulación de la sangre.

Los requerimientos nutricionales deben ser respetados, si el paciente no come bien puede ser necesaria la administración de glucosa intravenosa son suplementos de hidrolizado de proteína, lo que ayudará a la recuperación y a prevenir daño hepático.

La preparación para intervención simple de vesícula biliar es la misma que para cualquier laparatomía abdominal.

Antes de la operación son necesarias instrucciones y explicación adecuada por parte de la enfermera respecto a cambio de posición y respiración profunda, como la incisión es en la parte abdominal alta, el paciente suele oponerse a todo movimiento; la neumonía es una posible complicación pos-operatoria que debe evitarse mediante respiración profunda y cambios frecuentes de postura.

Como casi siempre son necesarios drenajes después de la operación, procede informar al paciente de tal hecho con objeto de que sepa todo lo que se espera.

El día antes de la operación se dará al paciente una dieta líquida que ayuda a mantener limpio el intestino, después de media noche el paciente es mantenido en ayuno por operación, la mañana de la operación se coloca tubo nasogástrico para poder eliminar del estómago las secreciones postoperatorias y el aire tragado.

- b) Intervención quirúrgica. La preparación para una colecistectomía sencilla es la misma que en cualquier otro tipo de laparatomía en zona alta de abdomen.

El paciente será colocado en la mesa de operaciones con la zona superior de abdomen un poco elevada por un cojín neumático o una bolsa con arena para facilitar la exposición.

Colecistostomía. En esta cirugía se busca aliviar algunos casos de colecistitis aguda o crónica. Se abre la vesícula, se extraen los cálculos, la bilis o el pus y en el orificio se sutura un tubo para drenaje. Tan pronto regrese el sujeto a su cuarto, la enfermera debe conectar el tubo al botellón de drenaje a un lado de la cama, si no lo hace puede haber derrame de bilis alrededor del tubo y esta pasa a cavidad peritoneal.

Colecistectomía. En esta operación se extirpa la vesícula -- después de ligar el conducto y la arteria císticas; se hace en la mayor parte de los casos de colecistitis aguda o crónica. 9) Se recomienda la colecistectomía para los enfermos de colelitiasis asintomática que son diabéticos, en cualquier enfermo cuya vesícula biliar no se opacifique, en los enfermos con grandes vesículas o cálculos múltiples y en muchos pacientes con una vesícula biliar calcificada.

Es tema de controversia la colecistectomía profiláctica en ausencia de estos factores. En general a los enfermos y ancianos con gran riesgo quirúrgico no se deben someter a colecistectomía profiláctica pero si debe pensarse en enfermos jóvenes.

- c) Asistencia postoperatoria. Tan pronto el paciente se haya recuperado se coloca en posición semi fowler. Si se tiene un dren deberá unirse a un aparato de aspiración, además deben ser fijados los tubos a los apósitos o a la sábana base dejando un tramo suficiente para que el recién operado pueda mover

se sin desalojarlo. Deberá medirse y registrarse la cantidad de drenaje, suele observarse con frecuencia el tubo para descubrir drenaje excesivo y hemorragia, la enfermera deberá -- notificar uno y otro trastorno al médico.

Se le administrará líquidos por vía intravenosa y la aspiración nasogástrica (cabe que se haya introducido una sonda -- poco antes de la operación) para aliviar la distensión que -- puede aparecer.

Puede darse agua y otros líquidos en 24 y 46 horas y en seguida puede darse una dieta blanda, después que se producen los sonidos del intestino.

Es probable que la situación de la incisión subcostal haga -- que el paciente apoye la zona operada respirando superficialmente para impedir el dolor, se necesita la aereación completa de los pulmones para impedir las complicaciones respiratorias, por lo que deben darse analgésicos; según estén ordenados, y se alentará al paciente a cambiar de posición y respirar profundamente así como que tosan a intervalos frecuentes. 10)

Se debe cuidar que la medicación analgésica no sea tan frecuente que disminuya la actividad del paciente y sus respiraciones se vuelvan superficiales y aún deprimidas.

La atención a la posición, el aislamiento, la falta de apresuramiento y una actitud de calma por parte de la enfermera pueden ayudar al paciente a orinar antes de que la vejiga esté dolorosamente distendida. De otro modo, la tensión, el -- malestar físico y la preocupación del paciente por orinar -- dificulta la micción espontánea y será necesario recurrir a la cateterización que pudo haberse evitado.

Para una coleistectomía simple se coloca en la región de la vesícula extirpada uno o dos drenajes de caucho blando para extraer la bilis que puedan acumularse después de la opera--

ción. Si la curación está teñida excesivamente con sangre o bilis debe poner inmediatamente en conocimiento al médico de este hecho.

Para impedir la pérdida completa de bilis puede elevarse el tubo de drenaje o el botellón por arriba del nivel del abdomen de modo que la bilis drene por el aparato sólo si aparece presión en el sistema de conductos.

En un curso normal, el tubo nasogástrico se puede quitar en 24 a 46 horas y se indica la administración de líquidos que gradualmente progresen hasta una dieta general poco grasosa, se saca el drenaje de caucho al tercer o quinto día. Se suele recomendar a los pacientes que tomen una dieta de bajo contenido en grasa indefinidamente.

La bilis reunida debe ser medida y la cifra registrada cada 24 horas, así como el color y el carácter. Después de cinco o seis días de drenaje, pueden pinzarse los tubos durante una hora antes y después de cada comida para que la bilis pase al duodeno y participe en la digestión.

En término de siete a diez días se extraerán los tubos de drenaje de la vesícula o del colédoco. Cabe durante algún tiempo que la bilis siga saliendo por el trayecto de drenaje en gran volumen y sea necesario cambiar frecuentemente los apósitos y proteger la piel de la irritación. Las pastas cutáneas a base de óxido de zinc, aluminio o vaselina, impiden que la bilis digiera la piel. En la enfermedad biliar crónica puede ser necesario dar al paciente su propia bilis, cabe que no haya necesidad de comunicárselo y decirle que es un preparado especial que le será útil para mejorar, la bilis debe ser enfriada, colada y diluída con jugo de uva o manzana.

A todos los pacientes con drenaje biliar es necesario observar todos los días las heces y dejar constancia escrita de su color. A intervalos frecuentes se enviará al laboratorio muestras de orina y heces para examen de medición de pigmentos --

biliares, en esta forma, el cirujano podrá saber si los pigmentos biliares desaparecen de la sangre y de nuevo pasen a su vía normal al duodeno.

Es necesario llevar un registro cuidadoso y completo del ingreso y egreso de líquidos en 24 horas sumando su total.

Los miembros del personal de enfermería deberán hacer esfuerzo especial para impedir que este paciente presente complicaciones pulmonares. Si la enfermera recuerda la cercanía del sitio quirúrgico al diafragma podrá comprender con facilidad por qué el paciente trata de no respirar profundamente, deberá alentarle a que respire profundamente, con frecuencia, deberá ayudar al paciente a cambiar de posición hasta que sea capaz de hacerlo solo, la enfermera puede contar con que se le pedirá ayuda para hacer que el paciente deambule poco después de la cirugía. Esta es otra medida para impedir que haya complicaciones pulmonares.

Cuando camine llevará consigo el botellón de drenaje que puede ser colocado en el bolsillo de la bata de baño o unido de modo que quede a nivel más bajo de la cintura o del colódoco. Al estimular al paciente a que camine lo más pronto posible, disminuye la posibilidad de tromboflebitis y atelectasia pulmonar, complicaciones que extraordinariamente susceptible la persona muy obesa.

- 4.4 Orientación Post-hospitalaria. Por lo regular salvo si aparecen complicaciones, el paciente puede dejar el hospital en un término de 10 a 14 días. No hay orientaciones dietéticas especiales excepto que ingiera una dieta nutritiva y evite el exceso de grasa, generalmente suprimida en 4 a 6 semanas. Cabe que antes de ese momento, en algunas personas las grasas no sean completamente digeridas, lo que podrá provocar flatulencia, sin embargo, el objetivo de la cirugía de vesícula es permitir generalmente la digestión de una dieta normal.

El paciente debe saber que mediciones son necesarias (vitami-

nas, anticolinérgicas, antiespasmódicas) y por que se le administran y también los síntomas que debe comunicar a su médico como son: ictericia, orina oscura, heces pálidas, prurito o signos de inflamación como dolor o fiebre. Algunos pacientes advierten cierta "soltura intestinal" consiste de 1 a 3 evacuaciones diarréicas que depende de un goteo continuo de bilis a nivel de la unión coledocoduodenal después de la colecistectomía, casi siempre tal frecuencia disminuye durante un período de pocas semanas a varios meses, siendo esenciales en estos pacientes visitas reiteradas durante largo tiempo que permiten ventilar problemas y preguntas y proporcionan al facultativo la manera de seguir su evolución 11).

4.5 Complicaciones. Entre las complicaciones más frecuentes de la litiasis vesicular podemos señalar a la colecistitis aguda o la coledocolitiasis, o sea a la emigración de uno o varios cálculos a la vía biliar principal produciendo un cuadro de ictericia obstructiva.

El 5% de los pacientes con litiasis vesicular desarrollan cáncer en la vesícula biliar. Choque séptico y peritonitis debido a la perforación por necrosis de la pared vesicular.

4.6 Pronóstico. La litiasis vesicular es del resorte quirúrgico y por tanto, cuando el diagnóstico se hace oportunamente y el tratamiento se indica a tiempo las complicaciones se evitan y el pronóstico es bueno.

La tasa de mortalidad operatoria por la colecistectomía electiva es mucho menor del 1%. El carcinoma de la vesícula y del conducto biliar tiene un pronóstico extraordinariamente malo.

La cirugía, a menudo con hepatectomía parcial, es el único método curativo actual debe hacerse constar que hasta el 90% de los pacientes con cáncer en la vesícula tienen piedras asociadas lo que apeya aún más las indicaciones de extirpación de todas las vesículas con piedras.

CUADRO No. 1

COLECISTECTOMIAS EFECTUADAS EN EL HOSPITAL DEL ISSSTE EN EL AÑO DE 1985

| Grupo de edad | No. de Personas | Porcentaje |
|--------------------|-----------------|------------|
| Menores de 25 años | 1 | 2.1% |
| de 25 a 30 años | 5 | 10.6% |
| de 31 a 40 años | 11 | 23.4% |
| de 41 a 50 años | 12 | 25.5% |
| de 51 a 60 años | 9 | 19.2% |
| de 61 a 70 años | 7 | 14.8% |
| menores de 71 años | 2 | 4.25% |
| T o t a l | 47 | 99.85% |

| Sexo | No. de Personas | Porcentaje |
|-----------|-----------------|------------|
| Masculino | 8 | 17% |
| Femenino | 39 | 83% |

Fuente: Libro de cirugía efectuados en los quirófanos del Hospital del ISSSTE en el año de 1985.

GRAFICA DEL CUADRO No. 1

