

Impugnaciones EIR

Pregunta 173:

Bibliografía:

Título: Lecciones de cirugía
Autor: Patiño J.F.
Editorial: Editorial Médica Panamericana
Año de edición: 2000
Página : 631

El manejo precoz se orienta a la reanimación rápida y eficaz y a impedir la muerte por desangramiento, mediante la restauración del volumen circulatorio con soluciones salinas y transfusiones y la adopción de medidas destinadas a detener la hemorragia. La expansión excesiva del volumen circulatorio debe ser evitada, por el peligro de aumentar la presión portal e inducir mayor sangrado. Con el objeto de prevenir el aumento excesivo del nivel de la presión portal con las medidas de resucitación y de reexpansión del volumen circulatorio, debe instalarse monitoria de la presión venosa central mediante catéter en la vena cava superior, tratando de que ésta no sobrepase los 10-15 mm Hg.

Una meticulosa historia clínica y un riguroso examen físico, practicados en el curso de la reanimación, permiten establecer la existencia de antecedentes y/o signos de enfermedad hepática crónica (alcoholismo, hepatitis, hepatosplenomegalia, angiomas, ictericia, ascitis, encefalopatía, diátesis hemorrágica). En tal caso la transfusión con sangre fresca y plasma congelado, y la administración de vitamina K están indicadas. La intubación endotraqueal para ventilación mecánica y protección de la vía aérea debe ser considerada en pacientes con sangrado torrencial, en quienes la endoscopia puede ser de muy difícil ejecución.

El lavado gástrico con solución salina helada probablemente no tiene efecto sobre la hemorragia y lleva a la hipotermia; el lavado con solución salina a temperatura ambiente sirve para evacuar los coágulos en preparación para la endoscopia. La succión nasogástrica continua no está indicada y puede estimular el sangrado por lesiones de la frágil mucosa gástrica alterada por la gastropatía hipertensiva.

La evacuación de la sangre contenida en el intestino, que representa una muy alta carga de proteína, es parte importante del tratamiento, especialmente en cirróticos, en quienes puede desencadenar encefalopatía y coma. La administración de pitresina I.V. de por sí puede producir evacuación intestinal, pero los enemas, laxantes y la celulosa están indicados. Si el paciente presenta encefalopatía, se inicia neomicina 1.0 gramo o metronidazol 250 mg por vía oral cada 6 horas.

Pitresina y somatostatina

En nuestra institución, el Centro Médico de la Fundación Santa Fe de Bogotá, la administración de pitresina o de somatostatina (octreótido) debe hacerse de acuerdo con orden establecidos en los protocolos para el *Manejo de la Hemorragia Gastrointestinal Alta* y de la *Hemorragia por Várices Esofágicas* (Patiño 1990, 1992, 1996), arriba mencionados.

La administración de 20 unidades de vasopresina en 200 mL de D/AD o de SSN en infusión por una vena periférica en el curso de 20 minutos, seguida de infusión continua a una tasa de 0.5 U/minuto, usualmente resulta en control efectivo, aunque temporal, de la hemorragia sin más efectos nocivos que los de la infusión intraarterial selectiva (Burnett 1990). En forma concomitante se inicia la infusión de nitroglicerina en dosis de 40 mcg/min, con modificación de la tasa para mantener una presión arterial sistólica no menor de 100 mm Hg. Controlada la hemorragia, la vasopresina y la nitroglicerina son descontinuadas gradualmente en el curso de 12-14 horas. También se ha utilizado la nitroglicerina por vía sublingual, en dosis de 0.6 mg cada 30 minutos (Burnett 1990; Gimson 1986).

Según Zucker y Gollan (1994), la tasa global de eficacia de la vasopresina en la hemorragia varicosa aguda es de 50%, aproximadamente.

Los fármacos sintéticos análogos de la vasopresina, tales como la triglicil-lisina-vasopresina (glypressin), agente utilizado originalmente por Vosmik y asociados en 1973, han sido empleados con resultados promisorios (Westaby 1983).

La somatostatina se administra en un bolo inicial de 250 mcg, seguido de infusión a una tasa de 3 mg cada 12 horas (250 mcg/hora) diluida en 50 ml de 5% dextrosa en agua (Burrroughs 1990). La infusión de somatostatina puede ser muy efectiva en el control temporal del sangrado (90% de los casos), pero la incidencia de resangrado es del orden de 50% (Burnett 1990).

Taponamiento Esofágico

El tubo de balones para taponamiento esofágico debe ser colocado en los casos refractarios a las medidas contempladas en el protocolo para el *Manejo de la Hemorragia Gastrointestinal Alta* (Patiño 1990, 1992), y según el protocolo para la *Colocación y Manejo del Tubo Sengstaken-Blakemore* (Ramírez 1984). Su uso implica personal debidamente familiarizado con este aditamento.

El tubo de Linton-Nachlas, que sólo posee un balón gástrico, es de tres luces: una para inflar el balón, uno para succión esofágica y una para succión gástrica. El tubo de Minnesota es de dos balones y cuatro luces: dos para los balones, una para succión esofágica y una para succión gástrica. No se han demostrado diferencias en el resultado terapéutico entre los diferentes tubos (Burnett 1990).

La disponibilidad de un protocolo escrito (Ramírez 1984) y la debida instrucción del personal de médicos residentes y enfermeras resulta en reducción considerable de las complicaciones potenciales inherentes al uso de estos tubos. Debe recordarse que esta modalidad terapéutica, de acuerdo a los bien conocidos estudios de Conn, resulta en detención de la hemorragia en el 77% de los casos, pero con complicaciones fatales en el 5% y hemorragia recidivante en el 46%, para una mortalidad global de 51% (Conn 1982a, b). Lo anterior... indica que el tubo de Sengstaken-Blakemore puede ser salvador, pero también puede ser mortal.

Los pasos para la colocación y manejo de un tubo de taponamiento son los siguientes, y obedecen a un estricto protocolo (Ramírez 1984; Burnett 1990), el cual debe ser cumplido por una persona experimentada:

1. Considerar intubación endotraqueal y respiración mecánica controlada, según la condición individual del paciente.
2. Usar un tubo nuevo, no reesterilizado, de balones, cuya integridad haya sido comprobada.
3. Evacuar la sangre del estómago mediante lavado con un tubo de calibre grueso, si esto es posible.
4. Introducir el tubo, bien lubricado, por vía nasal.
5. Succionar el estómago utilizando el canal correspondiente del tubo.
6. Comenzar a inflar el balón gástrico con 100 mL de aire, cuidando que el paciente no experimente dolor (puede estar en el esófago y causar perforación!) y asegurar el tubo a la nariz ejerciendo ligera tracción para ubicarlo contra la unión gastroesofágica, con lo cual se obliteran los canales venosos que alimentan las várices esofágicas;