

CAPITULO VIII

PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LA CIRUGÍA

El paciente recibido en el hospital con un sangramiento que logra controlarse no debe ser dado de alta hospitalaria sin habersele dado solución definitiva de forma tal que se evite un sangramiento mayor en el futuro. De ahí que se plantee que se tratar de resolverlo por esclerosis de las várices y, en su defecto preparar al paciente para ser intervenido en un plazo de 4 a 6 semanas. En este período se mejorará, fundamentalmente: el estado nutricional (llave del éxito), la anemia, la ascitis, la posible coagulopatía (normalizarla). Además se vigilará la función renal, el corazón, el pulmón, la sepsis y la inmunología.

Estado nutricional

La preparación nutricional del paciente con hepatopatía tiene particularidades específicas. Una buena preparación del mismo, con un espacio de tiempo de 2 a 6 semanas, es la llave del éxito.

El cálculo del estado nutricional se hace en el laboratorio por la cifra de albúmina y en la valoración clínica por los indicadores clásicos:

- pliegue cutáneo del tríceps
- curva de peso y estatura
- circunferencia del antebrazo y muslo
- dinamometría

La preparación se hace con dieta y, en caso necesario, con hiperalimentación parenteral, que a todas luces parece ser que en el preoperatorio inmediato (2 semanas antes) tiene mayores resultados.

Las necesidades calóricas se aportan fundamentalmente con carbohidratos y grasa, y es adecuado suministrar de 40 a 45 calorías por Kg de peso por día, aunque hay autores que consideran suficientes 25 cal/Kg/24 h.

El aporte de 500 ml de una solución grasa al 10% diariamente puede ser suficiente, proporciona unas 550 cal. por día e impide el déficit de ácidos grasos

esenciales. Recordar que, como norma, debe limitarse al 50% la ingesta calórica no proteica del individuo.

La Dextrosa es la fuente calórica tradicional. Para la nutrición endovenosa es común la Dextrosa al 25 ó 30% en solución acuosa.

Dos litros de Dextrosa al 25% por día aportan 1700 calorías.

Las proteínas se aportan en forma de aminoácidos sintéticos. Las necesidades de un sujeto son de 1 a 1,5 g de aminoácidos por Kg por día. En el cirrótico se aporta del 50 al 60% de este cálculo, es decir, unos 40 gm/día.

Prescripción típica para 1 día

| | | |
|----------------------|---------|----------|
| Solución grasa 10% | 500 mL | 550 cal |
| Dextrosa 50% (500 g) | 1000 mL | 1700 cal |
| Aminoácidos a 8,5% | 500 mL | 42,5 gm |
| Sodio | 70 mEq | |
| Potasio | 60 mEq | |
| Calcio | 10 mEq | |
| Magnesio | 10 mEq | |
| Fosfato | 30 mEq | |
| Cloruro | 70 mEq | |
| Acetato | 135 mEq | |
| Zinc | 6 mg | |
| Cobre | 1 mg | |
| Cromo | 0,01 mg | |
| Manganeso | 0,4 mg | |
| Multivitaminas | 5 ml | |

Debe darse durante no menos de 7 a 10 días antes de la operación.

Antes de la intervención se reclasificará el paciente de acuerdo con la escala seleccionada -el autor prefiere la de Child modificada- para definir si ha progresado.

La anemia

Durante su preparación al paciente una vez estabilizado, para mejorar su anemia se utilizarán las transfusiones de glóbulos lavados.

La ascitis

Su valoración preoperatoria es básica: puede hacerse clínicamente o por ultrasonido. Sus causas son bien conocidas:

- hipertensión portal propiamente dicha
- disminución de la presión oncótica de los coloides del plasma por menor síntesis hepática de albúmina
- escape de linfa rica en proteínas por bloqueo de los linfáticos y sinusoides hepáticos.
- hiperaldosteronismo secundario, en parte debido a disminución del metabolismo hepático de la aldosterona.
- además de los factores renales que afectan la estimulación del sistema renina-angiotensina que contribuye a disminuir el volumen intravascular efectivo y la avidéz por la retención de sodio.

Se tratará con:

- Restricción de ClNa hasta un mínimo de 1 g al día (por debajo de 10 mEq/l x día)
- Espironolactoma, antagonista de la aldosterona y ahorrador de potasio, a dosis de 100 a 400 mg/día.
- Puede usarse adicionalmente un diurético más potente como furosemida 40 mg/día.
- Corregir las deficiencias de potasio, fosfato y magnesio (sobre todo en los alcohólicos)

La coagulopatía

Se debe prestar atención a las pruebas de coagulación en estos pacientes. Las concentraciones menores de vitamina K dependientes de los factores de la coagulación (II, VII, IX y X) resultan de la menor síntesis hepática de proteínas y la mayor actividad proteolítica del plasma.

-Hay actividad fibrinolítica, así como una leve actividad de coagulación intravascular diseminada, reducción de otros factores de la coagulación, excepto el VIII.

La resultante es un tiempo de protrombina prolongado, baja concentración plasmática de fibrinógeno, tiempo parcial de protrombina normal o aumentado y tiempo de trombina prolongado.

Puede haber trombocitopenia por hiperesplenismo, deficiencia de ácido fólico y

supresión de la médula por la ingestión de alcohol.

Tratamiento preoperatorio

1. Vit. K₁, 10 mg IM/día y K en dosis fraccionada en 3 días o una sola dosis.
2. Plasma congelado reciente, es la piedra angular para aportar factores. Friedman recomienda en casos rebeldes la plasmaféresis combinada.
3. En un tiempo se usó el ácido Epsilon AminoCaproico, pero es aceptado que debe evitarse a causa de su propensión a episodios trombóticos.
4. Transfusión de plaquetas, cuando su cifra está por debajo de 52,000 por mm³, en forma de ocho o diez unidades.
5. La desmopresina se dice que acorta el tiempo de hemorragia en cirróticos, pero aún no se tiene prueba clínica importante sobre ella.

Vigilancia de la función renal

Estudiar la creatinina sérica, el nitrógeno uréico y depuración de la creatinina.

Recordar que puede presentarse el síndrome hepatorenal, dado por:

- Azoemia
- Oliguria
- Hipoanatemia
- Hipertensión rebelde a la expansión de volumen

Estas personas tiene un déficit de prostaglandinas E2 en orina.

Corazón

A causa de sus problemas hemodinámicos, estos pacientes pueden hacer un fallo cardíaco por disminución de su reserva, de ahí el estudio preoperatorio y el monitoreo transoperatorio; si existe historia de enfermedad cardíaca debe medirse su riesgo y evaluar el riesgo añadido.

Pulmón

Los pacientes portadores de várices esofágicas sangrantes son propensos a hacer complicaciones respiratorias severas, como se ve en la broncoaspiración en pacientes con sonda de balón Sengstaken o en los pacientes con trastornos funcionales del esófago producto de la esclerosis. No obstante, pueden caminar

hacia el distress los politransfundidos o los pacientes en shock.

Sepsis

Estos enfermos pueden ser muy lábiles a las infecciones, ya que pueden tener una depresión inmunológica, de ahí que se valore la utilización de antibioticoterapia profiláctica de acuerdo con factores de riesgo, así como el uso de inmunomoduladores.

Inmunología

Si fuese necesario se aportarían inmunomoduladores con esquemas terapéuticos preoperatorio y postoperatorio.

Recordar que están descritas las peritonitis primarias bacterianas en este tipo de paciente.