

Título: **Hemorragia digestiva de stress en el post-operatorio de la cirugía arterial reconstructiva del sector aorto-ilíaco.**

Autores: M^a Begoña Freire Pérez *; Manuel Martínez Pérez **.
*Supervisora de Unidad; **Jefe del Servicio

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular
Hospital Clínico Universitario
Santiago de Compostela

Correspondencia: M^a Begoña Freire Pérez
Fernando III el Santo 7-7^o
15706 Santiago
jsierraq@teleline.es

Resumen

La hemorragia digestiva constituye una complicación mayor de la cirugía arterial directa a nivel abdominal. Se estudian 183 pacientes sometidos a cirugía arterial directa en el sector aorto-íliaco, de los cuales 32 tenían antecedentes personales de patología digestiva. Hubo una incidencia de 6.62% de complicaciones hemorrágicas. Se hace hincapié en los cuidados de enfermería precisos para tratar de evitar la aparición de estas complicaciones.

Introducción

Si la hemorragia digestiva post-operatoria supone, en cualquier tipo de cirugía, un grave problema terapéutico, alcanza mayor importancia en la cirugía reconstructiva del sector aorto-ilíaco por las peculiaridades que en ella y en este tipo de pacientes concurren (1,2,3).

La posibilidad de tener que utilizar medicación anticoagulante o antiagregante plaquetaria intra o post-operatoria que podría agravar el cuadro hemorrágico y las alteraciones hemodinámicas que puedan derivar de él, así como su repercusión sobre la reconstrucción arterial, hace que la prevención de esta complicación en estos pacientes sea mucho más necesaria.

Por otra parte, sus características generales y los factores de riesgo que en ellos confluyen como el tabaco, alcohol, dolor crónico intenso, medicación continuada con riesgo de erosión gástrica (antiagregantes plaquetarios, antiinflamatorios, analgésicos etc.) y la intervención quirúrgica en sí, les hacen candidatos a presentar, con mayor probabilidad que otro tipo de pacientes, hemorragia digestiva de stress, que en ocasiones se presenta como una complicación inédita y en otras no es más que una reactivación de lesiones gastroduodenales cicatrizadas o asintomáticas ya conocidas.

El objetivo de este estudio es analizar este problema y valorar su repercusión así como las medidas terapéuticas más oportunas para prevenirlo.

Material y métodos

Se han estudiado retrospectivamente 183 pacientes que fueron sometidos a 200 intervenciones de cirugía arterial reconstructiva del sector aorto-ilíaco, 14 tromboendarterectomías aorto-ilíacas y 186 by-pass aorto-bifemoral con prótesis bifurcada de dacron. En todas las intervenciones la vía de abordaje empleada fue transperitoneal y a todos ellos se le había colocado durante el proceso anestésico una sonda naso-gástrica (SNG).

De estos pacientes, 32 (17,46%) tenían antecedentes de patología digestiva y de ellos 8 (4,36%) habían sido sometidos a cirugía por tal motivo. Tabla I.

En todos los casos con antecedentes digestivos se realizó profilaxis con cimetidina intravenosa desde un día antes de la intervención quirúrgica hasta ocho días después. En los 151 restantes no se tomó ninguna medida profiláctica en este sentido.

Resultados.

En los pacientes con antecedentes digestivos en los que se realizó profilaxis antiulcerosa no se presentó ningún episodio de hemorragia digestiva post-operatoria.

De los 151 pacientes sin antecedentes digestivos en los que no se realizó ningún tipo de profilaxis, 10 (6,62%) presentaron hemorragia digestiva post-operatoria.

De las características de estos 10 pacientes debe mencionarse que todos eran fumadores de 20 cigarrillos/día, 4 tenían intenso dolor en reposo de más de un mes de duración y 2 presentaban necrosis isquémicas en pies. La clínica fue siempre de hemorragia digestiva e hipotensión y el diagnóstico se realizó mediante aspiración de

sangre por SNG, analítica sanguínea (anemia aguda) y confirmación de la lesión gastro-duodenal por endoscopia digestiva. El tratamiento consistió en los 10 casos en administrar cimetidina por vía endovenosa y agentes alcalinos localmente por SNG con control del pH, además de transfusión sanguínea en los casos que lo requería la intensidad de la anemia aguda. En nueve de los diez casos se consiguió el control de la hemorragia. En el paciente al que no se le controló la hemorragia digestiva con tratamiento médico fue necesario recurrir a una intervención quirúrgica consistente en vagotomía y píloroplastia que tampoco consiguió detenerla falleciendo por shock hipovolémico.

Discusión

Del análisis de nuestra serie se desprende que la hemorragia digestiva como complicación post-operatoria presentó una incidencia de 6,62%, acorde con lo reportado en la bibliografía al respecto que la cifra alrededor del 6% (3). Pero a pesar de que su incidencia no es muy elevada, debe destacarse la potencial gravedad de su repercusión, teniendo en cuenta no solo la eventualidad de requerir tratamiento quirúrgico, con el riesgo que en un paciente post-operado supone, sino también la posibilidad de no conseguir el control del cuadro hemorrágico, como ocurrió en uno de nuestros pacientes, situación que lleva al éxitus por shock hipovolémico irreversible.

Hay que considerar también las potenciales complicaciones que puedan surgir desencadenadas por el cuadro hemorrágico digestivo post-operatorio. La hipotensión grave y mantenida podría dar lugar a trombosis de la reconstrucción arterial, insuficiencia renal aguda, alteraciones cardíacas y/o cerebrales que agravarían aún más la situación clínica y ensombrecerían el pronóstico del paciente.

Debe mencionarse también que el estudio endoscópico muestra que en ocasiones la hemorragia gástrica puede no ser debida al desarrollo por stress de una lesión ulcerosa propiamente dicha sino a la lesión producida por el decúbito de la SNG colocada para evitar el transtorno de íleo paralítico post-operatorio. De ahí la importancia que los cuidados de enfermería tienen a este respecto con el fin de prevenir tal eventualidad. La movilización periódica de la SNG, el lavado de la misma y el control de la presión de aspiración son medidas que no deben descuidarse en la vigilancia post-operatoria del paciente operado por vía transperitoneal. La detección precoz del inicio de un proceso hemorrágico gástrico al advertir una coloración rojiza de la aspiración gástrica, debe conllevar el comienzo de medidas locales para cohibirla y la estricta vigilancia para instaurar el tratamiento por vía general si persistiese. En el momento actual la ranitidina mejora los resultados obtenidos con la cimetidina con este fin.

Y aunque no existan estudios que por su diseño (aleatoriedad, doble ciego, etc.) sean estadísticamente significativos para indicar la necesidad de aplicación generalizada de medidas de profilaxis antiulcerosa de stress por vía general en este tipo de pacientes, la impresión clínica es de que al menos en los casos en los que confluyan varios de los factores de riesgo mencionados quizá sea oportuno llevarla a cabo, aunque por el momento no se haya demostrado su estricta necesidad con criterios de coste-beneficio.

En cuanto a las medidas locales de prevención, que tienen más interés desde el punto de vista de la enfermería, creemos que en ellas no existe duda de su efectividad en función de esos criterios de coste-beneficio, dado que la repercusión de un cuadro hemorrágico digestivo supera con creces el esfuerzo económico-laboral de las medidas de profilaxis.

Bibliografía

1.- Castresana de Mesa M, Moreno Molina JA, León Gil C. Et al. Lesiones agudas de la mucosa gastroduodenal por stress. Medicina Intensiva 1977; 1:129-136.

2.- Miller A Th. Stress uceration and gastritis. En Surgical tips. Thomas L Dust Ed. McGraw-Hill. 1989; 367-379

3.- Speranza V. Concepts actuels sur les ulcères de stress. Chirurgie 1982; 108:305-310.

Tabla I

Hemorragias digestivas de stress en la cirugía del sector aorto-ilíaco.
(183 pacientes)

<u>Antecedente</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
Úlcera gástrica	18	9,83
Úlcera duodenal	6	3,27
Gastrectomía subtotal	7	3,82
<u>Vagotomía y píloroplastia</u>	<u>1</u>	<u>0,54</u>
Total	32	17,46