

• OCLUSIÓN INTESTINAL. NORMAS DE CONTROL FARMACOLÓGICO CONDUCTAS TERAPÉUTICAS

Se debe operar cuando

- La condición general del paciente es buena, independiente, activa, con buen control de síntomas.
- Hallazgos de laparotomías previas que nos indican el éxito de la intervención.
- Causa simple y reversible, como por ej.: brida o adherencia única.

No se debe operar cuando:

- Alteración de la motilidad difusa por enfermedad peritoneal difusa (carcinomatosis).
- Caquexia.
- Ascitis que requiere frecuentes paracentesis (cada 10 o 15 días).
- Radioterapia previa abdominal y pelviana.
- Masas intra-abdominales, compromiso hepático, metástasis a distancia, derrame pleural y lesión pulmonar neoplásica.
- Múltiples obstrucciones parciales con hipokinesia.
- ECOG Zubrog 4.
- Albuminemia menor de 2.3.
- En el caso de que se decida la cirugía, se debe disminuir el tercer espacio con una SNG e hidratar. En cambio, si el tratamiento que se elige es médico, hay varias cosas a tener en cuenta.

➤ **Tratamiento**

1. Explique al paciente lo que está ocurriendo. Esto lo tranquilizará por el momento
2. Adecue la dieta, con pequeños volúmenes, sin residuo o poco. Preferentemente comer más en el día y no tanto de noche.
3. Desbloquee el intestino con:
 - Dexametasona 8 a 32 mg por 2 o 3 días. Si tuvo éxito, mantenga 3-6 mg/día.
 - Enema evacuante de fosfato o de Murphy.
 - Supositorio de glicerina o docusato (nigalax).
4. Disminuya la secreción digestiva:
 - Buscapina simple 1 amp. cada 4-6 hs. subcutánea a 2 amp. cada 4 hs.
 - Octeotride 0.010 mg cada 12 u 8 hs. a 0.15 mg cada 4 hs.
5. Alivie el dolor:
 - Si es visceral, permanente, indique opioide débil, tramadol, u opioide fuerte, morfina. Ambos por vía subcutánea.
 - Si el dolor es cólico, indique buscapina 20 mg cada 12-8-4 hs.
6. Indique siempre antieméticos:
 - Haloperidol 0.5 a 5 mg cada 12-8-4 hs.
 - Levomepromazina 12.5 mg a 400 mg cada 24-12 hs. u.
 - Otra fenotiazina.

Recomendaciones generales

Siempre debe excluir dos causas importantes en la génesis de este síntoma:

1. Constipación: Evalúe la historia previa del paciente, frecuencia, volumen, consistencia y si es completo el acto evacuatorio, así como drogas constipantes, masas abdominales y recto lleno.

2. Íleo médico de causa reversible, hipokalemia, hipercalcemia, drogas antiperistálticas. Puede, y frecuentemente es así, instalarse el cuadro oclusivo en forma intermitente, con resoluciones espontáneas, o que se resuelven con medidas evacuatorias y prokinéticas sin dolor, resolviéndose la distensión.

Con el diagnóstico de cáncer, aun cerca del 38% de las obstrucciones responden a causas benignas, bridas, tumor único o un inesperado segundo tumor.

Siempre se pueden tratar las náuseas, y esto es importante, porque es lo que más le molesta al paciente, aunque tenga dos o tres episodios de vómitos en el día. De ser necesario, recuerde indicar simultáneamente dos o tres antieméticos.