

ABORDAJE INTENSIVO DEL PACIENTE CON GASTROENTERITIS HEMORRÁGICA

Rodrigo Cardoso Rabelo,
MV, TEM, FCCS Cert., MSc., DSc.
Intensivet Consultoria Veterinária
ricobveccs@gmail.com

1. Introducción

El parvovirus canino fue descrito en la década del 70, y todavía es uno de los grandes causantes de GEHV (gastroenteritis hemorrágica viral) en los perros. La enfermedad es prevalente en cachorros y transmitida normalmente por la vía feco-oral.

Lo que más avanzó en los últimos 30 años en relación al abordaje del complejo GEHV, fue el diagnóstico, principalmente a nivel intrahospitalar, permitiendo el reconocimiento rápido de la enfermedad y el desarrollo de plan terapéutico más objetivo.

Tendiendo en cuenta que el abordaje médico del paciente portador ha variado poco, debemos buscar nuevas herramientas que permitan mejorar la sobrevida y la calidad de vida del animal afectado.

2. Sintomatología

Prácticamente todos los pacientes portadores de GEHV presentarán diarrea, que frecuentemente se presenta sanguinolenta, semi líquida, acuosa y oscura. También presentarán vómitos, anorexia y dolor abdominal intenso, hipertermia y postración grave. La deshidratación variará de acuerdo a la pérdida de volumen. En los exámenes complementarios se observa leucopenia e hipoproteinemia como hallazgos más comunes, y las alteraciones ácido-básicas e hidro-electrolíticas serán secundarias al shock.

3. Diagnóstico

El diagnóstico puede ser dividido en tres categorías: clínico, virológico, o sexológico. Si quisiéramos generar un panel clínico del paciente portador de GEHV, buscaríamos un cachorro entre 6 semanas y 6 meses, débil, con vómitos y diarrea hemorrágica, con las alteraciones ya descritas en el hemograma. Obviamente, estos son signos que pueden estar presentes en algunos cuadros de origen bacteriano e incluso alimenticio grave. El avance más importante en los últimos 10 años fue la disponibilidad para uso inmediato e intrahospitalario, del diagnóstico virológico, realizado con una muestra fecal, por ELISA. En los casos más avanzados, los tests virológicos pueden ser negativos, y el diagnóstico post-mortem debe ser realizado con muestras de ampolla rectal. De cualquier manera es extremadamente importante intentar el diagnóstico rápido pues contribuirá para el inicio inmediato del tratamiento afectando directamente a la mejora en la sobrevida.

4. Abordaje

Como comentara previamente hasta hace 38 años el abordaje del paciente portador de GEH se basaba en el soporte de reposición de volumen y antibióticos. Este tratamiento base todavía sigue vigente, siendo la fluidoterapia el mayor pilar de la recuperación de estos animales. El surgimiento de antibióticos más potentes también mejoró el arsenal terapéutico. A continuación vendrían los bloqueadores H₂ (ranitidina, cimetidina, famotidina), protectores de mucosa (sucralfato, subsalicilato de bismuto) y los antieméticos (metoclopramida, clorpromazina, proclorperazina y ondansetrona), además por supuesto del control del dolor agudo. La fluidoterapia intravenosa es esencial y debe ser planeada con cautela basándose en las pérdidas diarias y en el peso del paciente. A pesar de la antigua controversia sobre la mejor clase de fluido a ser utilizada, en nuestra rutina utilizamos preferentemente solución de ringer lactato, durante el abordaje primario. La intención es generar una expansión intravascular rápida seguida de una reposición intersticial en las siguientes 1 a 2 horas desde el inicio de la infusión. Si ocurre pasaje de cristaloides desde el vascular al intersticio, los coloides serán esenciales en el mantenimiento de la presión arterial y de la perfusión. Siempre que la albúmina sérica baje de 2,0g/dl, estará indicada la transfusión de plasma fresco congelado, y si el hematocrito estuviera por debajo de 30% estará indicada una

trasfusión de sangre entera. En el caso del shock sugerimos siempre trabajar con una prueba de carga. El objetivo es el pronto restablecimiento de la conciencia, la disminución de la frecuencia cardíaca, la mejora en la calidad de pulso, del tiempo de relleno yugular y de los signos de hidratación. Consideramos que la dosis de shock recomendada por la literatura más antigua (que preconiza una tasa de infusión de 90ml/kg/h) no es adecuada ya que casi siempre ocasionará hipervolemia, hipertensión y aumento exagerado de la presión hidrostática, lo que de ninguna manera es adecuado para el paciente con lesión vascular. En nuestra rutina observamos mejoras en los parámetros con volúmenes no superiores a 40-45ml/kg/h en perros y 20-25ml/kg/h en gatos. La gran diferencia de este abordaje respecto al convencional es que se infunde un mayor volumen en los primeros 3 a 5 minutos y el volumen restante distribuido en las 24 horas. Debemos recordar que el intestino recibe cerca del 15 – 20% del débito cardíaco, y que aún así presenta una gran sensibilidad a la hipoxia, principalmente en la punta de las vellosidades intestinales, las que sufren rápidamente las consecuencias de la hipotensión prolongada generando el aumento de la permeabilidad, la muerte celular y precipitando la translocación bacteriana. De extrema utilidad en la prevención de la translocación bacteriana es el soporte nutricional de los pacientes con GEH. Se debe recordar que la translocación es estimulada directamente por la anorexia prolongada, lo que genera una disminución del flujo sanguíneo mesentérico mínimo, hipoxia y necrosis de las vellosidades. Por lo que el soporte enteral es de extrema importancia para lograr el objetivo de proteger al paciente contra la sepsis. El gran problema de los pacientes con parvovirus, como lo es en los que presentan vómito profuso (pancreatitis), es que no pueden recibir aporte enteral completo en los primeros días. Ahí radica la importancia de conocer la técnica de fluidoterapia microenteral para generar el soporte hemodinámico mínimo de la mucosa de las vellosidades, evitando su muerte y el pasaje de toxinas y bacterias. Para proveer la fluidoterapia microenteral de forma adecuada es necesario introducir una sonda nasogástrica (SNG) lo que permite un control estricto de la tasa de infusión. La solución se prepara con ringer lactato y un compuesto a base de aminoácidos y minerales (Glicopan Energy o Glicopan Pet Vetnil[®]). Cada 240ml de solución ringer lactato, se agregan 10ml de Glicopan energy, o para cada 220ml de RL se agregan 30ml de Glicopan pet. Se sugiere comenzar con una tasa de infusión de 0,1ml/kg/h, duplicando la tasa cada 2 horas si la aspiración nasogástrica fuera negativa. También se utiliza el compuesto Nutralife Vetnil[®]. Además de esta utilidad, la ventaja adicional de la SNG es poder aspirar el contenido gástrico, ofreciendo confort directo al paciente, limitando las náuseas por retención de gases o líquido, evitando el vómito y permitiendo la recuperación más rápida del píloro y la mucosa gástrica. En nuestra rutina colocamos la SNG en todos los pacientes internados que presenten vómito continuado y dificultad en el vaciamiento gástrico. Como observación del autor, es posible notar la disminución del tiempo de hospitalización y de los costos, además de mejorar la sobrevivencia en las unidades de internación. Como gran novedad el abordaje propuesto, está el uso de carbón activado, que es un polvo fino, negro, inodoro e insípido con propiedades astringentes y absorbentes, con gran poder absorbente de gases, exudados y toxinas. Además de realizar lavados gástricos a través de la SNG, sugerimos la realización de enemas con el producto cada 12 horas, con el objetivo de limpiar la porción final del colon, hábitat propicio para infección secundaria. Este producto posee además propiedades hemostáticas y absorbentes de toxinas bacterianas, especialmente cuando utilizamos el producto asociado al mineral zeolita (Enterex - Vetnil). Otra opción nueva es el uso de Interferón Omega Recombinante Felino (rFeIFN-w), el primer interferón veterinario disponible en el mercado. Posee propiedades antivirales, antiproliferativas e inmunomoduladoras. Debe ser utilizado cuanto antes, como tratamiento primario, y siempre que existiera leucopenia grave. La dosis es de 2.5MU/kg/día IV, durante 3 días consecutivos, siempre asociado al tratamiento sintomático.

5. Conclusiones

Aun en los tiempos actuales es posible encontrar varios casos de infección por parvovirus en varios países, y en las más diversas condiciones de cuidado del paciente grave. Es de extrema importancia que el clínico entienda el protocolo y lo respete, no subestimando nunca los signos clínicos del paciente, incluso cuando no haya sospecha inmediata de GEH a virus. Con los nuevos abordajes sugeridos (prueba de carga en el shock, fluidoterapia microenteral, aspiración gástrica por SNG, lavados gástricos y enemas con carbón activado), además del uso correcto de coloides,

antibióticos y otros fármacos de soporte, es posible reducir la mortalidad y la morbilidad de los pacientes con gastroenteritis hemorrágica grave por parvovirus, reduciendo el tiempo de hospitalización y de recuperación enteral completa.

Bibliografía

1. BUONAVOGLIA, C. Infección por parvovirus canino. In: DE MARI, K. **Manual del Interferón Veterinario**. Barcelona: Virbac Salud Animal, 2005. cap. 1, p. 20-31.
2. CHARMICHAEL, L. E. An annotated historical account of canine parvovirus. **J. Vet. Med**, Berlin, v.52, 15 jun. 2005. p. 303-311.
3. FERREIRA, L.F.L.; VIANNA, R.C.A.; RABELO, R.C. Emergências Gastrointestinais. In: RABELO, R.C.; CROWE, D.T. **Fundamentos de Terapia Intensiva Veterinária em Pequenos Animais: conduta no paciente crítico**. 1.ed. Rio de Janeiro: L.F. Livros de Veterinária, 2005. cap. 27, p. 285-298.
4. GARCIA, R. C. N. C. et al. Canine Parvovirus infection in puppies with gastroenteritis in Niterói, Rio de Janeiro, Brazil from 1995 to 1997. **Brazilian Journal of Veterinary Research and Animal Science**, São Paulo, v. 37, n. 2, 2002.

PS.: Un agradecimiento especial a la Dra. Adriana López por la revisión del texto