

# Revista Médica Hondureña

Órgano de la Asociación Médica Hondureña

Director :Dr. VIRGILIO

BANEGAS M.

Redactores:

Dr. MANUEL CACERES VIJIL

Dr. JOAQUÍN REYES SOTO

Dr. CARLOS A. BENDAÑA

Secretario.

Dr. J. COMEZ MÁRQUEZ GIRONES

Administrador:

Dr. MARTIN A. BULNES B.

Año XX [ Tegucigalpa, D. C, Honduras, C. A., Sept. y Oct. de 1950 | 150

## PAGINA DEL DIRECTOR

### Deambulacion Post - Operataria en Cirugía General

Trataré de un tema del cual ya se ha escrito mucho, siendo mi intención hacer recalcar sus bondades y dar a conocer mi experiencia personal de cómo se comporta esta técnica en nuestro país.

Las dos grandes ventajas de la deambulacion postoperatoria en cirugía abdominal son: 1<sup>o</sup>.—Prevenir las complicaciones y 2<sup>o</sup>.—Ayudar a la pronta recuperación del paciente. Existen diversas opiniones, acerca de cuándo debe levantarse el paciente después de la cirugía y los extremos son: desde que se recupera el operado de su anestesia hasta 3 o 4 días después de la intervención. Es indudable que para poner en práctica el método antes mencionado son necesarios ciertos requisitos, entre los cuales tenemos la técnica quirúrgica, la clase de incisión y el material de sutura empleados. Tenemos que recordar que data desde hace un poco más de cincuenta años de que se habló por primera vez de las ventajas que tenía el hecho de hacer mover a los pacientes operados lo más pronto posible, con lo cual se evitaban muchas de las complicaciones post-operatorias, sin embargo ha sido muy difícil que este método se generalice por la incredulidad y antagonismo de los cirujanos, fue necesario que se demostrara con hechos las ventajas, para que fuera tomando auge entre los que se dedican a la cirugía.—En Honduras, no estoy muy bien informado desde cuándo empezó a usarse, pero no fue así no hasta hace cinco años que se ha puesto en práctica por algunos de nuestros cirujanos. Hace menos de diez años que en nuestros hospitales llamaba la atención que un paciente por uno u otro motivo se levantara el día o la noche de las primeras 24 horas de operado a tomar agua o a los servicios sanitarios sin que le pasara nada al paciente. No más tenemos que observar que los niños, que son muy difíciles de mantener inmóviles en su >cama, se mué-

ven libremente en su cama y se levantan si no se les vigila de cerca y sin embargo su post-operatorio no tiene ninguna complicación.

Emil Ríes de Chicago, hizo su primer informe sobre el levantamiento precoz de los operados: en 1899 y desde entonces son muchos los cirujanos de todo el mundo que han dado a conocer sus experiencias, revisando tales informes se ha llegado a encontrar las ventajas siguientes: Supresión de purgantes, los enfermos tienen espontáneamente sus deyecciones, menor mortalidad, menos complicaciones gastrointestinales como son las náuseas y vómitos, distensión abdominal y mejor asimilación de los alimentos, disminución de las complicaciones pulmonares y circulatorias, menos debilidad general, más rápida recuperación del paciente, mayor rapidez y mejor cicatrización de las heridas, menos adherencias post-operatorias y economía para Hospitales y pacientes pues el número de días de hospitalización disminuyen.

En una forma general podemos decir que lo principal en Cirugía, es no someter al paciente a la inmovilización en su cama. Si se quiere no ser muy extremista en levantar a los operados inmediatamente después de que se recupere de los efectos de la anestesia, es conveniente influir en el ánimo de los mismos los ejercicios en cama, darse vuelta a cualquiera de los lados, sesiones de flexión y extensión de las piernas, sentarse para tomar los alimentos, ejercicios repetidos de respiraciones profundas, estas pequeñas indicaciones evitan una gran cantidad de complicaciones entre las cuales podemos mencionar la flebotrombosis, las congestiones pulmonares, neumonitis, las dilataciones gastrointestinales, etc.

Contra la deambulación post-operatoria se ha dicho que: el descanso en cama disminuye la actividad de las partes del cuerpo afectadas por la intervención, lo que ayuda a una mejor cicatrización, pero sucede que, por otra parte, con el reposo absoluto las grandes funciones del organismo se alteran y por consiguiente el estado general decae grandemente repercutiendo sobre los tejidos traumatizados, los que no tienen entonces suficiente vitalidad. Ries decía: Si se puede evitar al paciente que permanezca en el Hospital algunos días más ¿No lo haría Ud? Si Ud. puede economizarle dinero al paciente y evitarle incomodidades, ¿No vale la pena hacerlo? Todo lo que podamos hacer por aliviar los sufrimientos humanos, es nuestro deber, y es para eso justamente que somos médicos!

Ahora bien, el pronto levantamiento de los operados no puede ser llevado a cabo sino tuviéramos a mano los grandes medios de que se vale la cirugía moderna, entre ellos mencionaremos, la anestesia que ha llegado a ser eficaz y segura, la asepsia y antisepsia, las técnicas quirúrgicas cada día más depuradas por los grandes de la cirugía, el uso de materiales de sutura no absorbibles en cuyo empleo están de acuerdo casi todos los cirujanos. Halstead empezó con la seda, Kocher con el lino, Babcock el hilo de plata

y se le adjudica a Ochsner el uso del hilo de algodón. A todo esto se agrega el mejor conocimiento del balance de los líquidos del organismo y del metabolismo de los electrolitos, la administración de transfusiones de sangre, de los preparados de aminoácidos y del plasma han ayudado a combatir la deshidratación que tantas muertes ocasionó el desconocimiento absoluto de ellas; el wangensteen para la succión y consiguiente descompresión del tracto gastrointestinal y el uso de las sulfonamidas y antibióticos que han venido a jugar un gran papel en el post-operatorio.

EL estado post-operatorio del enfermo podemos considerarlo como un síndrome de las Laparotomías, que consiste en cambios patológicos de las grandes funciones orgánicas debidas al traumatismo quirúrgico. Estos cambios son la consecuencia del traumatismo de los tejidos, el miedo y el dolor desarrollan una serie de reflejos que afectan el estado general, la inmovilización del diafragma y músculos respiratorios, los trastornos vasomotores y la motilbilógicos como resultado de la citólisis en el área de intervención afectando la actividad glandular y metabólica. Acentúa este cuadro la inactividad que trae las complicaciones post-operatorias.

Las funciones del organismo, tanto en estado de salud como sin ella, dependen de una eficiente respiración, circulación, digestión y eliminación de las materias de deshecho. Es bien conocido que todas estas funciones están temporalmente afectadas como resultado de la operación, de la anestesia y la inmovilización prolongada en la cama que intensifica estos disturbios orgánicos.

Así tenemos que la incompleta respiración trae como consecuencia la atelectasia, anoxemia, congestiones, neumonitis etc., la circulación, trae el shock, trombosis venosas, flebitis y embolias; la digestión, dilataciones gastro intestinales, dolor, ileus paralíticos, deshidratación y absorción de productos tóxicos. Todos estos factores con atonía muscular dependiente de la inactividad prolonga el período de convalecencia.

Está demostrando que cuando a un enfermo se le da actividad, el dolor disminuye, se siente más comfortable, el cuerpo funciona naturalmente y las cicatrices se verifican mejor y más pronto, las complicaciones disminuyen y el paciente retorna a su estado normal en un tiempo mucho más corto.

La mayor parte de los intervenidos quirúrgicamente no mueren de la operación, sino de sus computaciones. Las autopsias han demostrado mucho más patología en otros órganos que en los operados. Hablemos hipotéticamente de un colecistectomizado: el paciente recibe pre-operatoriamente poco o nada de aumentos; enemas evacuantes, el día de la intervención está en ayunas, esto deja al paciente en un estado de menor resistencia, supongámonos que la intervención en su técnica fue un éxito, sin embargo deja un estado previo al shock, después es llevado a su cama en donde es cubierto con gran número de forzadas, sobreviene la diaforesis profusa, lo limitado de la ingestión de alimentos y líquidos pone al paciente en un cuadro de deshidratación, agréguese las in-

dicaciones de narcóticos, lo que hace que el intervenido esté quieto, las mucosidades se colectan en los bronquios y no pueden ser expulsadas, al día siguiente se presenta tos con fiebre para lo que se prescribe sedantes, aparece dolor en el costado y el paciente muere de una complicación. Todo lo anteriormente expresado puede evitarse grandemente poniendo en práctica la deambulacion precoz y los ejercicios en cama inmediatamente después de recuperarse de la anestesia.

Nosotros hemos estado hablando de actividad, sin embargo, debemos decir que es necesario mantener un balance entre el descanso y el ejercicio, el primero es conveniente después de toda operación; no hay que ser extremista, pues ambas cosas en el extremo son malas, es conveniente mantener el balance de estos dos factores para conseguir el funcionamiento normal de los órganos vitales.

Hemos hecho ver en una forma general las ventajas de la deambulacion precoz, no hay que considerarla como la panacea de la cirugía, puesto que no se obtendrán los resultados apuntados sin la contribución de una escrupulosa técnica, incluyendo asepsia, incisiones anatómicas, usar el material de sutura indicado, prevenir las infecciones, mantener el balance de agua y de los electrolitos, lo mismo que la administración de glucosa, aminoácidos, plasma y sangre; la descompresión gastrointestinal cuando existen vómitos, si a todo esto se le guarda especial atención y se le indica al paciente una moderada actividad, los resultados post-operatorios son un éxito.

Cuando un paciente presenta tos, debe prescribirse que haga todo lo posible por expulsar las mucosidades y para toser la mejor posición es la de pie, pues acostado la expulsión de la materia es mucho más difícil, tosiendo de pie es la mejor profilaxis de las complicaciones pulmonares post-operatorias, coadyuvando para evitarlas: 1°—Incisiones abdominales que no afecten de modo directo o indirecto los músculos de la respiración, 2°—Evitar la distensión gastrointestinal, 3°—Mantener un estado de hidratación, 4°—Mejorar la circulación por la actividad dejando que el paciente camine. Todas estas medidas son imperativas si se desea prevenir las complicaciones pulmonares después de una operación.

Entre las complicaciones circulatorias, una de las más graves es la trombosis y la inactividad con el reposo en cama trae consigo una disminución de la corriente sanguínea y un aumento en el tiempo de coagulación de la sangre, lo que es debido a una natural respuesta del traumatismo de la operación y como consecuencia del miedo, la nerviosidad, la hemorragia y un aumento de fibrinógeno en la sangre, este último demostrado que coincide con un aumento en el tiempo de sedimentación, (tiempo que está aumentado después de una operación), son las causas de la flebotrombosis.

Las fatales embolias pulmonares tienen su origen en las trombosis de las venas profundas de las extremidades; estas terribles complicaciones pueden evitarse con el ejercicio de las extremidades, y lo mejor es caminar. La evidencia de los experimentos es indiscutible: Varios autores han inyectado sustancias radiopacas en el sistema venoso superficial de las extremidades inferiores, aproximadamente a los 35 a 45 segundos el sistema venoso profundo está completamente lleno, y si se mantiene el paciente en cama en absoluto reposo sin tener movimientos en sus extremidades, la sustancia radio-opaca permanecerá en el sistema venoso de las extremidades por 15 o más minutos, pero si al paciente se le hace mover y tanto mejor caminar, la sustancia antes mencionada desaparece rápidamente de las piernas. En resumen, estas complicaciones se evitan grandemente con la deambulación precoz, lo mismo que se evita la medicación anticoagulante prescrita post-operatoriamente.

Entre las complicaciones gastrointestinales, tenemos como principal y frecuente, la distensión abdominal, complicación que da muchas molestias a los pacientes, enfermeras y cirujanos, especialmente si se acompaña de vómitos. Algunos cirujanos tienen el concepto de que la distensión gastro-intestinal es una consecuencia inmediata de toda operación abdominal, y no es así, se puede evitar tomando algunas precauciones tanto técnicas durante la operación como en el post-operatorio. Las mismas medidas que hemos mencionado para prevenir las complicaciones pulmonares se aplican a las gastrointestinales, agregando solamente el mínimo de traumatismo que debemos dar a los órganos de la cavidad abdominal y el valor inmenso que tiene la succión continua por medio de la sonda de Levin colocada en el estómago o duodeno. Ya hemos mencionado más arriba como con la deambulación viene el apetito, la pronta regulación de los alimentos y las deyecciones espontáneas.

Otra de las complicaciones, es la rotura de la herida operatoria con la evisceración consecutiva; los que se muestran escépticos a la deambulación precoz, una de las cosas que más discuten es, que con levantar el paciente se aumentan grandemente las posibilidades de las evisceraciones y hernias post-operatorias. En los Estados Unidos de Norteamérica y según las estadísticas de los diferentes autores, el promedio de evisceraciones post-operatorias es de uno % y siempre es considerada como una complicación grave de mortalidad entre 20 a 30 %; sin embargo comparada con las estadísticas en las que se ha puesto en práctica la deambulación precoz, la incidencia de evisceraciones han disminuido. De tal manera que el miedo de este accidente relacionada con la deambulación, es mal fundada; sucediendo que las evisceraciones se toman como un factor primario, siendo en realidad secundario y como consecuencia de complicaciones pulmonares que siempre se acompañan de tos\*, las distensiones gastrointestinales, las malas incisiones, material de sutura inadecuado y la prolongada estadía en ca-

ma, lo que trae una depresión de la circulación en la herida operatoria retrasando la cicatrización.

Es importante hacer recordar que a los enfermos sometidos a la deambulación precoz es necesario mantenerlos, como en general se hace, en un balance de líquidos y de electrolitos, porque la deshidrotación es una de las causas que paga mejor tributo a la muerte. Es bien conocido que un individuo normal, sin necesidad de haberlo sometido a ninguna intervención, necesita dos y medio litros de agua, que es la cantidad que normalmente se excreta por los diversos sistemas en 24 horas. De manera que cuando existe vómitos, diarreas, sudoraciones profusas, etc., la cantidad de líquidos debe aumentarse proporcionalmente a estas pérdidas, llegando hasta 4 y 5 litros.

Algunas veces se acostumbra a suministrar más de un litro de solución salina con o sin glucosa, lo que viene a hacer un exceso de administración de cloruro de sodio con el consiguiente peligro de sobrecargar el trabajo del riñón y producir cambios degenerativos en los diversos órganos. La excesiva cantidad de cloruro de sodio en el organismo causa edema en varios tejidos y principalmente en los traumatizados durante la operación. A pesar de que un individuo normal puede metabolizar de 35 a 40 gramos de cloruro de sodio en 24 horas, lo que se necesita diariamente son de uno a dos gramos, pero sucede que el paciente intervenido es un enfermo y siendo menos tolerante al cloruro de sodio, lo retiene más fácilmente. De manera que la mejor distribución de los líquidos a administrar es la siguiente: un litro solución salina, un litro solución glucosa al 5% en agua y un litro de aminoácidos (Amigen), este último puede sustituirse por sangre o plasma cuando es necesario.

El factor psicológico es uno de los más importantes obstáculos que se encuentran para poner en uso la deambulación post-operatoria. El miedo de los pacientes, el de las enfermeras y sobre todo el miedo del cirujano es el punto más difícil de vencer para poner en práctica el método de que nos hemos ocupado. Por consiguiente debe instruirse a los pacientes antes de la operación de las ventajas que le proporcionan si él no permanece en absoluta reposo debiendo animársele después de la operación para que practique los ejercicios necesarios y asegurarle que el dolor disminuye si se levanta, cosa perfectamente demostrada. Igualmente las enfermeras deben conocer los principios de la deambulación precoz para que ellas mismas animen al paciente a practicarla. En cuanto a los cirujanos, podemos decir por propia experiencia, que el miedo se quita poniendo en práctica este método paulatinamente y a medida que uno va viendo las ventajas que se obtiene con ello va teniendo más seguridad y más fe en el tratamiento post-operatorio llevado como lo hemos expuesto en estas líneas.

Las contraindicaciones de la deambulación precoz después de la cirugía, son poquísimas, y entre ellas encontramos el Shock, en esa clase de pacientes este método no puede aplicarse, igual-

mente está contraindicado en aquellos que por gravedad del caso, la muerte es inminente.

Debemos hacer mención que la fiebre, las infecciones locales de la herida operatoria y la peritonitis no deben ser causas para proscribir la deambulaci3n.

Finalmente podemos agregar otras ventajas m1s: la disminuci3n en el uso de sedantes y narc3ticos, as3 hemos observado que no necesitamos prescribir morfina despu3s de las primeras 24 horas, el uso escas3simo de enemas, y por consiguiente el establecimiento espont1neo de las evacuaciones intestinales, la alimentaci3n normal se establece en menos tiempo y las cateterizaciones son menos frecuentes.

Personalmente hemos sometido al tratamiento post-operatorio antes mencionado a las 190 intervenciones abdominales, haciendo que el paciente se mueva libremente en la cama inmediatamente despu3s que se recupera de la anestesia y 24 horas despu3s de operado los hemos levantado, observando todas las ventajas que arriba hemos expuesto; no hemos tenido una sola evisceraci3n, encontramos en nuestra estadística una infecci3n fuerte de la herida operatoria despu3s de una colecistectomía con incisi3n oblicua, examinando cuatro meses m1s tarde se le encontr3 una herida post-operatoria, no se nos ha presentado ninguna complicaci3n pulmonar ni circulatoria, en cuanto a las gastrointestinales s3lo hemos tenido nausea, v3mitos leves pero nunca ileus paral3tico grave o dilataciones g1sticas agudas.

A pesar de que se cree que nuestro pueblo (obreros y campesinos) es gente debilitada, debido a lo pobre alimentaci3n y que no puede compararse en resistencia con la poblaci3n de otros pa3ses y tomando en cuenta que la mayor parte de las operaciones arriba apuntadas fueron verificadas en el Hospital de Caridad "San Felipe", concluimos que en Honduras puede perfectamente implantarse este sistema rutinariamente.