

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

República de Guatemala, Centro América.

# Pre y Postoperatorio en Cirugía General

TESIS:

PRESENTADA A LA JUNTA DIRECTIVA  
DE LA  
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS  
DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE  
GUATEMALA

POR

CARLOS LAVARREDA REYES

EN EL ACTO DE SU INVESTIDURA DE

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, OCTUBRE DE 1961



## *PLAN DE TESIS*

- I) Introducción.
- II) Material y Método.
- III) Cuidados Pre y Postoperatorios en General.
- IV) Cuidados Pre y Postoperatorios en Particular.
  - A) En Cirugía de las Amígdalas;
  - B) En Cirugía del Tiroides;
  - C) En Cirugía del Esófago;
  - D) En Cirugía del Corazón;
  - E) En Cirugía del Diafragma;
  - F) En Cirugía del Estómago.
  - G) En Cirugía de Vesícula y Vías Biliares;
  - H) En Cirugía del Intestino Delgado;
  - I) En Cirugía del Intestino Grueso;
  - J) En Cirugía Herniaria;
  - K) En Cirugía Ginecológica y sus Anexos.
  - L) En Cirugía de Venas Varicosas.
- V) Resumen y Comentario.
- VI) Conclusiones.
- VII) Referencias.

## I) INTRODUCCION

En los últimos años la baja constante de la mortalidad y morbilidad en las intervenciones se debe, en gran parte al conocimiento y aplicación de los principios del Pre y Postoperatorio. Estos principios tienden a hacer la intervención más segura, siendo oportuno recordar el gran aforismo de Lord Moynihan, quien dijo: "La Cirugía se ha vuelto lo suficientemente segura para los enfermos; ahora se debe hacer a los enfermos lo suficientemente seguros para la Cirugía".

Por ejemplo, y para iniciar la exposición hago notar que antes se rehuía operar a gente de edad avanzada o demasiado jóvenes y actualmente, gracias a dichos cuidados, la edad pasó a ser nada más un factor a considerar.

La observancia juiciosa de esos cuidados y principios, puede decirse, caracterizan al moderno Cirujano, y es mi interés tratar de sistematizarlos para su mejor conocimiento y divulgación.

## II) MATERIAL Y METODO

Se revisaron 526 operaciones practicadas en el primer servicio de cirugía de mujeres del hospital general. La mayoría fueron practicadas durante los años de 1959 y 1960 y comprenden amigdalectomías, tiroidectomías, gastrectomías, hernioplastias, cirugía ginecológica y venectomías. La cirugía de esófago, corazón, diafragma, intestino delgado y grueso, comprende las practicadas desde 1951 hasta la fecha.

Se revisó en cada una la historia, el examen físico, tanto exámenes regulares como especiales, cuidados preoperatorios, registro operatorio, Postoperatorio, complicaciones y control postoperatorio ("follow up").

Las variaciones que se encuentren en los resultados deben ser considerados a la luz del poco número de casos revisados y a que todos los pacientes fueron del sexo femenino.

El control postoperatorio ("follow up") se ha llevado con regularidad y es de justicia hacer observar que en un 90% las enfermas han asistido a las citas. Esto es valioso y apreciable dado el standard cultural y económico de las operadas que acuden a un hospital gratuito como es el Hospital General de Guatemala.

### III) CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS EN GENERAL

Es piedra fundamental en esa unidad clínica que constituye todo paciente (quirúrgico en este caso), iniciar el cuidado preoperatorio con la hechura de una historia clínica detallada, completa y precisa, siguiendo las normas tradicionales de las clínicas y complementándola con los requerimientos individuales de cada enfermo, e interpretadas según la habilidad y talento de cada examinador. Con cesidades y considero conveniente reproducir a continuación el sistema empleado en el primer servicio de cirugía de mujeres del Hospital General. (Ver hojas adjuntas).

En casi todos los hospitalares del mundo y en el servicio de donde hemos obtenido el presente material existe un grupo de exámenes complementarios que se ha dado en llamar exámenes de rutina y constituyen naturalmente un cuidado preoperatorio básico tales son: El examen completo de orina, de heces, tiempo de coagulación y tiempo de sangría, dosificación de proteínas y relación A. G., de compatibilidad y agrupación sanguínea, numeración de glóbulos rojos, de glóbulos blancos, hemograma, dosificación de hemoglobina, hematocrito, eritrosedimentación, V.D.R.L., electrocardiograma, rayos X de tórax y dosificaciones de urea, cloruros, glucosa, creatinina y N.N.P. Naturalmente que otros análisis bioquímicos, cultivos y pruebas funcional-

## EXAMEN FÍSICO

NOMBRE: \_\_\_\_\_

EDAD: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_ PESO: \_\_\_\_\_ ALTURA: \_\_\_\_\_ TEMP. \_\_\_\_\_ PULSO: \_\_\_\_\_ RESP. \_\_\_\_\_

SÍMBOLOS: ✓ = NORMAL 0 = AUSENTE X = ANORMAL (SERÁN DESCRITOS EN EL DORSO DE ESTA PÁGINA)

HÁBITO	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PIEL	<input type="checkbox"/> CALIENTE	<input type="checkbox"/> HÚMEDA	<input type="checkbox"/> PIGMENTADA	<input type="checkbox"/> LESIONES	<input type="checkbox"/> PELO
CABEZA	<input type="checkbox"/> TAMAÑO	<input type="checkbox"/> FORMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CARA	<input type="checkbox"/>
OJOS	<input type="checkbox"/> VISIÓN	<input type="checkbox"/> PROMINENCIA	<input type="checkbox"/> CONJUNTIVA	<input type="checkbox"/> ESCLERÓTICA	<input type="checkbox"/> CAMPOS
PUPILAS	<input type="checkbox"/> IGUALES	<input type="checkbox"/> REDONDAS	<input type="checkbox"/> REAC. A LUZ Y DIST.	<input type="checkbox"/> MUSC. EXTRAOCUL.	<input type="checkbox"/> FONDO
OÍDOS	<input type="checkbox"/> AUDICIÓN	<input type="checkbox"/> SECRECIÓN	<input type="checkbox"/> TÍMPANOS	<input type="checkbox"/> MASTOIDES	<input type="checkbox"/>
NARIZ	<input type="checkbox"/> OBSTRUCCIÓN	<input type="checkbox"/> SECRECIÓN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> OLOR	<input type="checkbox"/>
BOCA	<input type="checkbox"/> MUCOSA	<input type="checkbox"/> LABIOS	<input type="checkbox"/> ÁNGULOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> LÍNEA GINGIVAL
LENGUA	<input type="checkbox"/> SUPERFICIE	<input type="checkbox"/> LÍNEA MEDIA	<input type="checkbox"/> TEMBLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> HABLADO
DIENTES	<input type="checkbox"/> FUNCIÓN ADEC.	<input type="checkbox"/> SUPERIORES	<input type="checkbox"/> INFERIORES	<input type="checkbox"/> PATOLOG. DENTAL	<input type="checkbox"/> PIORREA
GARGANTA	<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> EXUDADO	<input type="checkbox"/> FARINGE	<input type="checkbox"/> PALADAR	<input type="checkbox"/> VOZ
AMÍGDALAS	<input type="checkbox"/> PRESENTES	<input type="checkbox"/> TAMAÑO	<input type="checkbox"/> SUPERFICIE	<input type="checkbox"/> CRIPTAS	<input type="checkbox"/> EXUDADO
CUELLO	<input type="checkbox"/> INSPECCIÓN	<input type="checkbox"/> MOVILIDAD	<input type="checkbox"/> PALPACIÓN	<input type="checkbox"/> TIROIDES	<input type="checkbox"/> TRÁQUEA
GANGLIOS	<input type="checkbox"/> CERVICALES	<input type="checkbox"/> AXILARES	<input type="checkbox"/> INGUINALES	<input type="checkbox"/> EPITROC.	<input type="checkbox"/> SUPRACLAVIC.
TORAX	<input type="checkbox"/> FORMA	<input type="checkbox"/> SIMETRÍA	<input type="checkbox"/> EXPANSIÓN	<input type="checkbox"/>	MEDIDAS CARDIACAS
PECHOS	<input type="checkbox"/> DESARROLLO	<input type="checkbox"/> CONSISTENCIA	<input type="checkbox"/> MASAS	<input type="checkbox"/> PEZONES	
CORAZÓN	<input type="checkbox"/> VÉRTICE, ¿SE VE?	<input type="checkbox"/> ¿SE SIENTE?	<input type="checkbox"/> THRILLS	A <sub>2</sub>	P <sub>2</sub>
SONIDOS	<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> CALIDAD	<input type="checkbox"/> SOPLOS	P. S. /	
PULSACIONES	<input type="checkbox"/> IGUALES	<input type="checkbox"/> SINCRONIZADAS	<input type="checkbox"/>	1	
PULMONES	<input type="checkbox"/> RESONANTES	<input type="checkbox"/> SONIDOS	<input type="checkbox"/> ESTERTORES	2	
	<input type="checkbox"/> POSICIÓN DEL	<input type="checkbox"/> EXCURSIÓN DEL	<input type="checkbox"/> FRÉMITO TACTIL	3	
	<input type="checkbox"/> DIAFRAGMA	<input type="checkbox"/> DIAFRAGMA	<input type="checkbox"/> FRÉMITO VOCAL	4	
ABDOMEN	<input type="checkbox"/> CONTORNO	<input type="checkbox"/> CICATRICES	<input type="checkbox"/> BLANDO	<input type="checkbox"/> TÍMPANICO	<input type="checkbox"/> PERISTALTISMO
	<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> ESPASMO	<input type="checkbox"/> MASAS	<input type="checkbox"/> MATIDÉZ HEPAT.	<input type="checkbox"/> BORDE HEP.
	<input type="checkbox"/> BAZO	<input type="checkbox"/> RIÑÓN DERECHO	<input type="checkbox"/> RIÑÓN IZQUIERDO	<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> HERNIA
VAGINA	<input type="checkbox"/> LABIOS	<input type="checkbox"/> CLÍTORIS	<input type="checkbox"/> MUCOSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> PARED ANT.	<input type="checkbox"/> PARED POST.	<input type="checkbox"/> PERINEO	<input type="checkbox"/> FLUJO	<input type="checkbox"/>
ÚTERO	<input type="checkbox"/> CUELLO	<input type="checkbox"/> FONDO	<input type="checkbox"/> HACIA ATRÁS	<input type="checkbox"/> HACIA ADELANTE	<input type="checkbox"/> MOVILIDAD
FONDOS DE SACO	<input type="checkbox"/> OVARIOS	<input type="checkbox"/> MASAS	<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RECTO	<input type="checkbox"/> HEMORROIDES	<input type="checkbox"/> TONO DEL ESPINT.	<input type="checkbox"/> DOLOR	<input type="checkbox"/> MASAS	<input type="checkbox"/> PRÓSTATA
GENIT. MASC.	<input type="checkbox"/> PENE	<input type="checkbox"/> ESCROTO	<input type="checkbox"/> TESTÍCULOS	<input type="checkbox"/> EPIDÍDIMO	<input type="checkbox"/> CORDONES
EXTREM. SUP.	<input type="checkbox"/> FUERTES	<input type="checkbox"/> COORDIN.	<input type="checkbox"/> TEMBLOR	<input type="checkbox"/> HUESOS	<input type="checkbox"/> ARTICUL.
CIRCUL.	<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> HUMERALES	<input type="checkbox"/> RADIALES	<input type="checkbox"/> SUDOR	<input type="checkbox"/> DEDOS EN BAQUETA
EXTREM. INF.	<input type="checkbox"/> FUERTES	<input type="checkbox"/> COORDIN.	<input type="checkbox"/> TEMBLOR	<input type="checkbox"/> HUESOS	<input type="checkbox"/> ARTICUL.
CIRCUL.	<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> VENAS	<input type="checkbox"/> EDEMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> FEMORALES	<input type="checkbox"/> POPLÍTEAS	<input type="checkbox"/> PEDIA	<input type="checkbox"/> TIBIAL. POST.	<input type="checkbox"/>
REFLEJOS	<input type="checkbox"/> TRICEPS	<input type="checkbox"/> ROTULIANO	<input type="checkbox"/> AQUILES	<input type="checkbox"/> PLANTAR	<input type="checkbox"/> CLONUS DEL PIE
	<input type="checkbox"/> KERNIG	<input type="checkbox"/> ROMBERG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> CLONUS DE LA RODILLA
MENTAL-EMOCIÓN	<input type="checkbox"/> INTELIGENTE	<input type="checkbox"/> COLABORADOR	<input type="checkbox"/> ORIENTADO	<input type="checkbox"/> ESTABLE	<input type="checkbox"/> EMOCIONAL

LOS HALLAZGOS ANORMALES SE ANOTARÁN AL REVERSO

FIRMA \_\_\_\_\_

les se han realizado en los casos especiales, determinados por el cuerpo de cirujanos del servicio o siguiendo la indicación de los especialistas consultados. En este sentido considero que ha sido un valioso cuidado preoperatorio el concurso de los especialistas (Cardiólogo, Psiquiatra, Urólogo, Dermatólogo, Internista, etc. etc.), que han hecho con sus recomendaciones más completo el panorama clínico y funcional de cada paciente quirúrgico.

Desde luego el control del peso como medida preoperatoria se ha observado. Nadie desconoce que el paciente obeso acarrea más riesgo quirúrgico que el paciente delgado y de ahí que se asegure muy corrientemente y en términos domésticos que "la grasa es enemiga de los cirujanos". El paciente obeso en nuestro servicio es puesto en manos del dietólogo quien recomienda lo adecuado a cada paciente a manera de llevarlo lo más posible al peso que debe tener de acuerdo con la estatura, edad, tipo de padecimiento, etc. etc. A guisa de información transcribo las diferentes dietas de 800, 1000, 1200 y 1500 calorías por día que se han empleado en cada caso particular:

La dieta de 800 calorías en el desayuno contiene:  $\frac{1}{2}$  taza de fruta fresca, 1 huevo,  $\frac{1}{2}$  rodaja de pan, 1 cucharadita de mantequilla, 1 vaso de leche descremada y té o café. En el almuerzo se da una porción pequeña de carne,  $\frac{1}{4}$  de taza de verduras (alcachofas, ejotes, remolachas, cebollas, güicoy, ayote). La comida consistirá en 1 porción de carne, pescado o ave,  $\frac{1}{3}$  de taza de verdura,  $\frac{1}{3}$  de taza de ensalada,  $\frac{1}{4}$  de taza de fruta y 1 vaso de leche descremada.

La dieta de 1000 calorías contiene al día los siguientes alimentos: Leche descremada medio litro, carne sin grasa cinco onzas, pollo o pescado cinco onzas, un huevo, una rodaja de pan, frutas tres porciones, legumbres del 5% (espárragos, ejotes, coliflor, güisquil) una taza y una cucharadita de mantequilla.

La dieta de 1200 calorías contiene al día:  $\frac{1}{2}$  litro de leche descremada, cinco onzas de carne sin grasa, un huevo, dos rodajas de pan, tres porciones de fruta, una taza de

verduras al 5% y una de verduras al 10 por ciento, una papa de regular tamaño, dos cucharaditas de mantequilla.

Por último la dieta de 1500 calorías contiene para cada día  $\frac{1}{2}$  litro de leche, cinco onzas de carne sin grasa o pollo, un huevo, tres rodajas de pan, tres porciones de fruta, una taza de legumbres al 5 por ciento y una al 10 por ciento, una papa de regular tamaño y una cucharadita de mantequilla.

El paciente obeso se expone con más facilidad a las trombosis, embolias, infecciones, hematomas, dehiscencias, atelectasia pulmonar y a los desfallecimientos cardíacos, etc. etc. y los principios de la askisiterapia (Movilización precoz) son más difíciles de cumplir en un paciente delgado.

El paciente delgado no debe entenderse así como tal, sino que el criterio clínico debe consistir en que el candidato a la cirugía debe tener o estar lo más próximo posible a su peso ideal. En todo caso el paciente hipotrófico, desnutrido, caquético o hipoprotinémico (en shock crónico), se le han dictado las medidas terapéuticas de recuperación (transfusiones, hidratación, reposición de electrolitos, vitaminas, dieta balanceada o rica ya sea en proteínas, en hidratos de carbono, en grasas, según el tipo de deficiencia conceptuada clínicamente y según el cuadro bioquímico de las dosificaciones).

En nuestro medio hospitalario la anemia es una situación común en el candidato a la cirugía. Esta situación cuyas raíces raciales y económico-culturales son profundas y difíciles de resolver a corto plazo, no son un problema a discutir en el presente trabajo. La norma del servicio ha consistido en no operar a un paciente con menos de 80% de hemoglobina. Se ha logrado ésto a base de transfusiones preoperatorias, conociendo desde luego los riesgos que implica esta prescripción terapéutica, disminuidos dichos riesgos con la disposición últimamente adoptada de que sea el practicante interno del servicio el encargado de poner y vigilar el curso de las transfusiones y no dejarlas al en-

cargo de enfermeras, auxiliares y empíricas como antes se hacia. Naturalmente que el banco de sangre con su equipo médico y técnico asume la responsabilidad académica, armonizando y conjugando su eficiencia con las necesidades del servicio quirúrgico. La cantidad de sangre de cada transfusión y la frecuencia de las mismas tiene que hacerse inteligentemente para evitar los trastornos de la volemia con sus corolarios dinámicos del vencimiento del ventrículo izquierdo y el edema pulmonar, así como las sobrecargas del riñón en todos y en cada uno de sus aspectos. Estos riesgos transfusionales los han puesto al día las experiencias y estudios de Peden, Maxwell, Ohin y Moyer. Así mismo Walters de la clínica Mayo ha establecido que la oligemia es la mejor indicación de la transfusión sanguínea. Recordamos que en nuestro servicio a los pacientes hipoproteinémicos y anémicos no les damos inicialmente hidrolizados de proteínas, porque estas proteínas se emplearían para sintetizar hemoglobina y no para corregir la hipoproteinemia; de ahí que en estos casos es indicado hacer primero transfusiones para corregir el déficit de hemoglobina y después dar los hidrolizados de proteína para tratar la hipoproteinemia.

En verdad con las transfusiones preoperatorias en los casos requeridos la respuesta ha sido favorable, y los accidentes y complicaciones, por así decirlo, despreciables. Un trabajo específico sobre problemas de transfusión preoperatoria definiría pormenorizadamente estos problemas.

El paciente cardíaco no está al margen de la cirugía como antes se creía. Las únicas contraindicaciones absolutas para la cirugía en este terreno son: La insuficiencia cardiaca aguda y el infarto del miocardio, aunque en clínicas especializadas se han reportado casos y con éxito de operaciones cardiovasculares en pacientes no compensados por razones de emergencia desde luego.

En nuestro servicio el cardiólogo consultante determina los exámenes pertinentes: electrocardiograma, presión venosa, velocidad sanguínea, radiografías de tórax en dife-

rentes posiciones, etc. Complementados a veces con trago de bario, etc. e instituye los tratamientos correspondientes (Reposo, oxígeno, digitálicos, diuréticos, dieta hiposódica, balance de líquidos y electrolitos, control de peso, mediciones de orina, test de densidad y concentración urinarias, etc.), así mismo dando indicaciones a manera de recomendación para el tipo de anestesia que debe emplearse.

En principio un paciente cardíaco compensado debe estimarse en general para la cirugía como un buen candidato.

En cuanto al estado pulmonar de los enfermos desde luego las radiografías del tórax, los cultivos de esputo, los lavados gástricos, la consulta a especialistas cuyos recursos más precisos son la broncoscopia, la broncografía, la tele-radiografía y las tomografías así como las mediciones de la capacidad vital han sido recursos preoperatorios valiosos. Para mejor ilustración respecto a hallazgos pulmonares en el preoperatorio de nuestro servicio, se recomienda la revisión de la tesis del Dr. Ladislao Quinteros (Ver Bibliografía). Vale la pena observar que el resfriado común o estado gripal hace posponer la operación hasta su resolución completa y usualmente estas enfermas se envían a su casa para evitar pequeñas epidemias en el servicio.

La deficiencia de vitaminas también muy frecuentes en nuestro medio hospitalario se les corrige preoperatoriamente. La Vitamina C a dosis de 200 mgs. diarios por vía intravenosa o intramuscular es valiosa en los mecanismos oxidoreductores celulares y en la integración del cemento intercelular; el Complejo B a la dosis de 2 c. c. diarios I.V. o I.M. y la oral (Cápsulas) es igualmente útil sobre todo para asegurar un buen metabolismo de la glucosa merced a uno de sus factores (la Tiamina); La Vitamina K a la dosis usual de 10 mgs. diarios por vía I.M. o I.V. corrige problemas de coagulación (es factor en la síntesis de la protrombina). Nunca hemos operado pacientes con menos del 50% de protrombina. La vitamina D ha sido usada escasamente cuando la indicación es referida (patología Osea

Concomitante); y la Vitamina A últimamente asociada a las drogas antitiroideas siguiendo las experiencias de clínicas de tiroides más especializadas, que han encontrado que el eutiroidismo es logrado más fácilmente cuando esta asociación se prescribe. Conclusiones propias y deducciones comparativas en este sentido se establecerán oportunamente, cuando la experiencia se solidifique.

El uso de los antibióticos o quimioterápicos preoperatorios también se ha hecho en casos especiales (Cirugía del Cíolon, vías Biliares inyectadas, árbol urinario contaminado etc.). En el preoperatorio en este sentido no hemos tenido que lamentar problemas intestinales derivados del anulamiento de la flora normal del Cíolon como consecuencias de la administración de los antibióticos y el crecimiento anormal de hongos.

Es importante observar como cuidado muy especial y trascendente el hecho de que la anestesia debe ser dada por un médico especializado o por técnicos o técnicas debidamente entrenados pero supervisadas por el médico anestesiólogo. En nuestro Hospital General por razones económicas el departamento de anestesiología no ha podido organizarse y las anestesias están a cargo de enfermeras graduadas que han recibido pequeños cursos de entrenamiento o estudiantes de medicina que por simpatía hacia la anestesia se han hecho por así decirlo, autodidactas en esta rama. Sin dejar de reconocer la buena voluntad, habilidad y capacidad de practicantes y de enfermeras, señalamos que en este sentido, el Hospital General adolece de grandes deficiencias y que el riesgo quirúrgico por este defecto se mantiene vigente y se agrava.

Muchísimas muertes en pacientes quirúrgicos han obedecido a fallas de la anestesia contándose muchos paros cardíacos y paros respiratorios que pudieron y debieron haberse evitado.

Todo ésto hace concluir que una gran medida preoperatoria que disminuye el riesgo quirúrgico y garantiza el éxito de un enfermo será la integración del equipo o "team"

de trabajo, que armonizando los aportes individuales, conduzcan a la integridad funcional de una Unidad de Trabajo. En nuestro servicio puede decirse, sin temor a exagerar, que se ha formado una Escuela quirúrgica cuyas normas, procedimientos, postulados y técnicas, etc., se han uniformado y disciplinado lo suficiente, pero con la esperanza de superarlos más, para beneficio del enfermo.

**PREOPERATORIO INMEDIATO:** El día anterior a la operación se especifica cual es el área operatoria, la cual es debidamente rasurada y lavada con agua y jabón. Usualmente como los enfermos van a ser operados a la mañana siguiente se les puede permitir una cena ligera, (jugo, té, café, gelatina, galletas), pero desde luego nada por boca después de las 21 horas. Se agrega una enema de un litro de agua simple a las 20 horas el cual se repite al día siguiente a las 6 horas. A las 21 horas un Nembutal de 10 cgrs. pero al día siguiente se repite el mismo Nembutal de 10 cgrs. a las 6 horas. Una hora antes de ser llevados a la sala de operaciones se les inyecta un cgr. de morfina y 0.5 mgr. de atropina por vía I.M.

En casos especiales en vez de morfina se puede usar el Demerol a la dosis de 50, 75 o 100 mgs. por vía I.M.

Cuando el paciente va a recibir raquianestesia generalmente se suprime el nembutal de las 6 horas del día operatorio.

Igualmente el uso de promazinas o clorpromazinas (Fenergan, Largactil, etc.), se prescriben por vía I.M. o I.V. directamente o diluidos en suero, en casos especialmente necesitados de tal terapéutica.

Inmediatamente antes de ser trasladados el enfermo a la sala de operaciones se controla la presión, el pulso, la temperatura y las respiraciones. Se vacía la vejiga urinaria y de acuerdo con indicación especial puede dejarse o no la sonda permanente. Cualquier otro tipo de drenaje, cateter o sonda que haya sido prescrito (por ejemplo, la sonda de Levine nasogástrica, previa a la cirugía del estómago), son revisados.

Considero oportuna insertar el formato de una hoja que contiene el preoperatorio y postoperatorio y que es llenada por el practicante interno. (Ver hoja adjunta).

Entre otros cuidados del servicio, a manera de una tradición, se ha establecido el rito del lavado de las manos de todos los que van a participar en el acto operatorio, con un esmero singular. Se procede al lavado hasta los codos con cepillo y jabón simple durante 10 minutos, desaguándose cuando menos una vez las manos y los antebrazos durante ese mismo período. El cepillado debe ser uniforme y no olvidar los espacios interdigitales y los surcos subungueales durante el procedimiento. Algun cirujano del servicio —con exceso de rigor y de celo técnicos—, ha hecho hincapié de que en el cepillado debe dársele un poco más de preferencia a los índices y pulgares que son los dedos más empleados durante el acto operatorio. Después de desaguarse las manos con agua cruda se ha empleado el alcohol ordinario en manos y antebrazos.

Cuando se utiliza un jabón cuya base sea el hexaclorofeno (Phisohex), el cepillado tarda únicamente 3 minutos y no se necesita de alcohol después del desaguado con agua cruda para no suprimir la cutícula que dicho jabón deja en la piel del cirujano. Estimo que igualmente la forma correcta de emplear la toalla para el secado de las manos y de los antebrazos, así como los cuidados técnicos de ponerse la gabacha, los guantes, la asepsia de la piel, la colocación de los campos operatorios, la vigilancia de la enfermera instrumentista y de los asistentes (generalmente estudiantes en vía de aprendizaje), también son cuidados preoperatorios. A propósito se ha vuelto un hábito en el servicio que quien hace la asepsia y coloca los campos requeridos, solo tiene guantes puestos y no gabacha, para que con más libertad pueda aproximarse al enfermo y a la mesa de operaciones sin riesgo de contaminación; la gabacha se la pone después de cumplido este cuidado.

En términos generales también entra dentro de los cuidados preoperatorios el que el anestesista sea una perso-

ña idónea y capacitada que sepa asumir la responsabilidad específica.

Durante la operación se ha tenido siempre el cuidado de llevar el control del número de compresas, cuadrados, rodillos, etc. etc., que son contadas antes de iniciar el cierre de laparatomía o toracotomía. Se ha acostumbrado llevar esa cuenta en una pizarra de escolares o bien en tableros que tienen filas de clavos o de ganchos numerados en donde se van colgando cada uno de los cuadrados o compresas, etc. que se han usado durante la operación, facilitando el control del conteo.

Cualquier gasa o compresa o drenaje (de hule, Penrose, de Mikulicz, etc. etc.), es cuidadosamente anotado en la papeleta con la indicación precisa de ser retirado en determinado tiempo postoperatorio.

Toda herida operatoria es siempre cubierta con un apósito estéril fijado con esparadrapo.

**POSTOPERATORIO:** Terminado el acto operatorio el anestesista informa al cirujano del último control de los signos vitales.

El cirujano dicta las órdenes postoperatorias cuyo formato está explicado en el reverso de la hoja correspondiente al preoperatorio inmediato. Como ahí puede apreciarse el cirujano inicia sus órdenes respecto a los controles vitales adaptándose a la situación del enfermo. Cada media hora, cada cuarto de hora, cada hora etc. etc. En seguida prescribe un analgésico (morfina, Demerol, derivados del piramidón, etc. etc.), a la frecuencia deseable. Luego prescribe qué cantidad y qué clase de infusión I.V. requiere (soluciones dextrosadas, isotónicas, hipertónicas, salinas, Hartmann, etc. etc.), igualmente si requiere antibióticos, vitaminas, si lleva drenajes, si lleva succión gástrica, cateteres, vendaje de miembros, requerimientos de oxígeno, cateterismos vesicales, etc. etc.

Usualmente el enfermo es colocado en decubito dorsal con la cabeza de lado y debajo de ésta una sábana plegada sobre sí misma para recoger saliva, flemas o vómitos, pro-

PERIMENTO SOBRE UN SERVICIO  
ESTADISTICAS HOSPITALARIAS

HOSPITAL GENERAL

HIST. CLINICA NO.

Forma M-XIII

Guatemala, C. A.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ OBS. \_\_\_\_\_

FECHA \_\_\_\_\_ de 196 \_\_\_\_\_ HORA \_\_\_\_\_

**ORDENES DEL PRE- OPERATORIO**

1. NADA POR LA BOCA DESPUES DE LA MEDIA NOCHE.

2. NEMBUTAL \_\_\_\_\_ CÁPSULAS A \_\_\_\_\_ HORAS Y MAÑANA a \_\_\_\_\_ HORAS

3. ENEMA EVACUADOR A \_\_\_\_\_ HORAS Y MAÑANA a \_\_\_\_\_ HORAS

4. LAVAR CON JABÓN Y RASURAR EL ÁREA QUE A CONTINUACIÓN SE DESCRIBE: \_\_\_\_\_

5. VACIAR LA VEJIGA AL SER LLAMADA A LA SALA DE OPERACIONES.

A - DEJAR LA SONDA EN PERMANENCIA.

6. INYECCIÓN \_\_\_\_\_ HORAS ANTES DE IR A LA SALA DE OPERACIONES.

A - MORFINA \_\_\_\_\_ CMG.

B - ATROPINA \_\_\_\_\_ CMG.

C - DEMEROL \_\_\_\_\_ CMG.

D - \_\_\_\_\_

7. OTRA \_\_\_\_\_

## ORDENES DEL POST-OPERATORIO

1o. TOMAR PULSO, PRESIÓN ARTERIAL Y RESPIRACIÓN, CADA \_\_\_\_\_ HORAS, DURA

\_\_\_\_\_ HORAS Y LUEGO CADA \_\_\_\_\_ HORAS.

2o. MOVER E HIPERVENTILAR CADA \_\_\_\_\_ HORAS.

3o. SEDANTES Y ANALGÉSICOS

A - MORFINA \_\_\_\_\_ CMG. CADA \_\_\_\_\_ HORAS PRN

B - ATROPINA \_\_\_\_\_ CMG. CADA \_\_\_\_\_ HORAS PRN

C - DEMEROL \_\_\_\_\_ CMG. CADA \_\_\_\_\_ HORAS PRN

D - \_\_\_\_\_ CADA \_\_\_\_\_ HORAS PRN

4o. NADA POR LA BOCA DURANTE \_\_\_\_\_

5o. FLUIDOS POR LA VÍA ENDOVENOSA:

A - GLUCOSA AL 5% \_\_\_\_\_ CC

B - GLUCOSA AL 10% \_\_\_\_\_ CC

C - GLUCOSA AL 30% \_\_\_\_\_ CC

D - SALINA NORMAL \_\_\_\_\_ CC

6o. TRANSFUSIÓN \_\_\_\_\_ CC

7o. VITAMINAS:

A - VIT "K" \_\_\_\_\_ MGM I \_\_\_\_\_

B - VIT "C" \_\_\_\_\_ MGM I \_\_\_\_\_

C - COMPLEJO "B" \_\_\_\_\_ CC I \_\_\_\_\_

8o. SENTARLA A \_\_\_\_\_

9o. ANTIBIÓTICOS:

A - PENICILINA \_\_\_\_\_ U. CADA \_\_\_\_\_ HORAS

B - ESTREPTOMICINA \_\_\_\_\_ GR. CADA \_\_\_\_\_ HORAS

C - \_\_\_\_\_ CADA \_\_\_\_\_ HORAS

10o. OTRA

FLUIDOS ADMINISTRADOS DURANTE LA OPERACION (SANGRE, ETC.)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## HOJA DE BALANCE FLUIDO

**SERVICIO:**

SOLAMENTE SERÁ INCLUIDA AL RÉCORD OPERATORIO SI ESTÁ FIRMADA POR EL MÉDICO TRATANTE.

**FIRMA**

## MÉDICO TRATANTE

INGESTA			EXCRETA				
POR BOCA	INTRAVENO. EN CLISIS		VÓMITOS	POR ASPIRA GASTR.Ó INT.	ORINA	ASIENTOS	NOTAS
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
<b>TOTAL</b>							
<b>GRAN TOTAL DE INGESTA</b>			<b>GRAN TOTAL DE EXCRETA</b>				

gresivamente si es que se presentan. El cuidado del paciente dormido o semidormido que vomita es obvio, así como la vigilancia de la cánula de Mayo. La enfermera encargada conecta los drenajes a los aparatos o frascos correspondientes. Arropa al enfermo lo justamente necesario y continúa la vigilancia estricta y el cumplimiento de las órdenes postoperatorias. Cada orden cumplida y cada manifestación del operado son reportadas por escrito en una hoja especial del expediente clínico, propia de la enfermera, quien firma la orden cumplida.

Cuando se requiere oxígeno en el postoperatorio inmediato se administra húmedo en solución con alcohol al 33% generalmente de 3 a 5 litros por minuto ya sea por medio de máscara o preferentemente con cateter nasal (sonda de Nelaton). La sonda de Nelaton introducida por las fosas nasales debe penetrar una longitud igual a la existente entre el trago y la raíz de la nariz. Como siempre y con todo drenaje o cateter la vigilancia de la *permeabilidad* de los mismos es imperativa.

En las laparatomías los enfermos encuentran mucho confort con el uso de la venda de Sculteto (con bandas laterales que se imbrican durante su colocación).

En todos los enfermos se lleva el control de la ingesta y excreta, en una hoja apropiada cuyo formato transcribo. (Ver hoja). Al día siguiente durante la visita se hace el balance hidroelectrolítico y se dispone si el enfermo debe recibir alimentación por vía oral, parenteral o combinada. No debe olvidarse que en el balance mencionado la sangre —si se ha puesto transfusión—, no cuenta como factor de ingesta.

El diálogo con la operada de parte del cirujano siempre se realiza, preguntándole sus condiciones, dolencias, etc. etc., procurando ser cordial, respetuoso y breve, tratando de valorar y estimar las respuestas y la información de la operada. Naturalmente que los signos vitales, la vigilancia de la curación si está o no manchada, etc. etc., son nuevamente controlados.

Acostumbramos no cambiar curación a la enferma si no hasta el tercer día postoperatorio, recordando que el día de la operación no es el primer día que se toma en cuenta. El cambio de curación debe hacerse con todos los cuidados de asepsia, poniéndose guantes, colocando antiséptico en la herida operatoria, etc. etc., pero cuando la curación sea manchada con sangre, pus, bilis, orina, contenido intestinal, etc. etc., debe cambiarse desde el día de la operación y en días sucesivos cuantas veces sea necesaria pues este cuidado postoperatorio alivia y da comodidad a la enferma.

Tal como dice el cirujano Charles Clavel de Lyon en Francia (en su libro: "Estrategia y Táctica en cirugía abdominal de Urgencia"), el cirujano "debe auscultar el abdomen de sus operados como el cardiólogo ausculta el corazón".

Esta rutina se cumple con esmero en el servicio y se hace con un estetoscopio corriente, teniendo cuidado de no confundir falsos ruidos (rose de vendas o de ropa) con los auténticos borborígmios del intestino. Debe auscultarse preferentemente en la fosa iliaca izquierda aunque también puede hacerse en cualquier otra región abdominal y para percatarse de que existen o no tales ruidos conviene esperar aun 5 minutos de auscultación. No olvidar que cuando haya aspiraciones gástricas o intestinales los ruidos son más perezosos o más tardios en aparecer.

Por disciplina docente se insiste en que los estudiantes investiguen desde el primer día postoperatorio los signos que pueden revelar flebotrombosis (Homan's, Pyr, Pratt, Alejandro, etc. etc.).

A las pacientes se les hace askisiterapia precoz con movimientos activos y pasivos, se les hace respirar profundamente cuando menos cada 6 u 8 horas, se les invita a toser o se les ayuda con golpes en la espalda con el talón de la mano, o bien drenajes posturales etc. etc. a manera de evitar complicaciones pulmonares, de las cuales la más frecuente es la atelectasia cuya patogenia es un tapón de moco en un bronquio o bronquiolo.

La enferma semisentada y ya consciente colabora mejor en este sentido.

Desde el primer día postoperatorio puede iniciarse la dieta líquida generalmente a base de té o agua hervida o bien la dieta blanda. Se tiene la tendencia de incrementar lo más pronto que sea posible la ingesta por vía oral.

Según el tipo de operación, la edad, el estado cardiovascular, el peso, etc., etc., puede o no disponerse levantar a los enfermos el primer día postoperatorio a la silla por algunos minutos, una o dos veces al día y aún que dé algunos pasos o que vaya al baño cuando por circunstancias especiales les es difícil orinar estando acostadas.

Desde el primer día postoperatorio se les hace, salvo contraindicación, un baño de esponja a las enfermas agregándose una "toilette" sencilla máxime que el servicio es para mujeres. Este cuidado un buen efecto psicológico individual y para las demás enfermas candidatas a operación. En las pacientes de edad avanzada o desnutridas, el cuidado postoperatorio profiláctico de las escaras sacras y de cualquier saliente ósea sometida a presión, consiste en friccionar con alcohol dichas regiones y en los cambios de posición frecuentes a la enferma.

En la mayoría de los casos al amanecer del tercer día se les pone una enema de un litro de agua simple o bien agregando una o dos cucharadas de jabón líquido o de agua oxigenada que favorecen la mejor limpieza del intestino grueso.

Los puntos de la piel se retiran generalmente entre el séptimo y noveno día, y los puntos de contención o profundos se dejan entre dos y tres semanas, pero nunca más allá de veintiún días por ser académicamente innecesarios.

Las enfermas abandonan el Hospital cuando se les quitan los puntos de afrontamiento de la piel, ocasión en la cual el interno del Hospital le prescribe por escrito nuevos cuidados si se necesitan y le fija el día de regreso para seguimiento postoperatorio ("Follow up").

Casi siempre las enfermas abandonan sus labores uno o dos meses y se les recomienda no hacer esfuerzos durante tres meses a partir del día de la operación para evitar hernias incisionales. El uso de rajas elásticas de género (Scuteto) queda a discreción del cirujano.

Cuando se levanta a los enfermos de la cama se les recomienda que usen los mismos zapatos con los cuales llegaron al Hospital y no a la usanza antigua que aceptaba el uso de panturillas o mocasines preparados específicamente para el postoperatorio. La razón de ésto es obvia.

Finalmente es de lamentar que en el Hospital General no se haya establecido anexo a la sala de operaciones la sección de recuperación. En el servicio se ha tratado de corregir este defecto manteniendo dos pequeños cuartos de aislamiento para las enfermas más delicadas que requieran acentuar los cuidados postoperatorios de recuperación.

En fin la visita diaria del staff quirúrgico continúa el cuidado postoperatorio de común acuerdo ajustándose a las necesidades individuales de cada paciente. Considero oportuno señalar que desde un punto de vista muy amplio, pero verídico, constituye también un tipo singular de cuidado pre y postoperatorio el hecho ya establecido desde hace muchos años en el primer servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General, la existencia y desarrollo de actividades académicas de diferentes tipos, que tienden a mantener un standard académico de los cirujanos que lógicamente dará como corolario el mejor cuidado de los enfermos.

#### IV) PREOPERATORIO Y POSTOPERATORIO EN PARTICULAR

##### A) EN CIRUGIA DE LAS AMIGDALAS:

Se practicó el control general anotado en el capítulo correspondiente a los cuidados preoperatorios generales: Examen físico, numeraciones globulares, recuentos diferenciales, placas de tórax etc. etc. y desde luego tratándose de que en la mayoría de los casos había amigdalitis cróni-

ca como indicación operatoria, el control de la sedimentación fue riguroso. Demás está decir que en los pacientes con antecedentes reumáticos, cardíacos o renales los cuidados específicos dictados por el cardiólogo (electrocardiogramas, terapéuticas de compensación cardíaca, corrección de insuficiencia coronaria, etc. etc.), fueron satisfechos; así mismo en los casos de patología renal, hipertensión arterial, etc. etc.

Cuando en la historia clínica hubo intolerancia manifiesta por los antibióticos, o por algún tipo de anestésico local, ésto fue tenido en mente al planear la operación.

Los antibióticos pre y postoperatorios (de preferencia penicilina) se administraron en los casos especiales, cuya indicación la dió el internista o el cardiólogo. Además los cultivos de nariz y garganta, rayos X de senos frontales, maxilares o etmoidales también se realizan.

El *Preoperatorio inmediato* consistió:

1º—Ingreso de la paciente el día anterior por la noche o bien el mismo día de la operación en ayunas, de buena hora.

2º—Enema de un litro de agua simple por la noche y al día siguiente por la mañana.

3º—Un nembutal de 10 cgrs. por ejemplo a las 7 A. M.

4º—Una hora antes de la operación morfina un cgr. y atropina 0.25 a 0.5 mg. I.M. A veces la morfina se substituye por 50, 75 o 100 mg. de Demerol por vía I.M.

5º—La paciente en la sala de operaciones está sentada en posición cómoda. Se procura tener una buena iluminación.

6º—Cocainización (nebulizador) de la orofaringe por tres veces con intervalo de tres a cinco minutos cada aplicación. Entonces se procede a la amigdalectomía.

7º—Se tiene en mente la probable intoxicación por la novocaína y sus derivados en su triada sintomática y a propósito se tiene como cuidado operatorio los recursos corres-

pondientes, así: a) Para la cianosis: oxígeno; b) para el delirio: el pentotal, y c) para la hipotensión, la efedrina.

#### POSTOPERATORIO INMEDIATO

- 1º—Controles vitales cada treinta minutos por 4, 6 u 8 horas.
- 2º—Nada por boca por 6 a 8 horas.
- 3º—Posición semisentada.
- 4º—Collar de hielo permanente.
- 5º—Como analgésico, derivados del piramidón o de la pirazolona (commel, demalgonil, cibalgina), aunque también ha sido necesario el demerol en el 54% de los casos.
- 6º—Vitamina C 200 mgs; Vitamina K 10 mgs.
- 7º—Vigilar por hemorragia.
- 8º—Después de las 6 u 8 horas se le puede dar helado, agua fría, leche fría o gelatina. Se le recomienda a la enferma que los tragos sean lo justamente grandes para que se inicie la flexibilidad de los músculos de la orofaringe.

#### POSTOPERATORIO MEDIATO

- 1º—Si se han dejado torundas en las celdas amigdalinas se retiran al tiempo indicado por el cirujano (1, 2, 3 o 4 horas).
- 2º—Al día siguiente durante la visita se revisa bajo luz directa el estado de las celdas amigdalinas.
- 3º—Si todo está bien se le dá de alta con las siguientes indicaciones por escrito:
  - a) Reposo en cama por tres días;
  - b) Dieta libre hasta donde lo soporte;
  - c) Analgésico derivado del piramidón; el más recomendado ha sido el ganol, el cual se les explica deben deshacerlo con el dorso de una cuchara: este polvo sobre la lengua es deglutiido con un trago de agua fría, tibia o al tiem-

po. Generalmente lo harán 10 minutos antes de cada comida para evitar el dolor durante las ingestas, pero pueden repetirlo una, dos o tres veces más en casos necesarios. No se recomienda el ácido acetilsalicílico por aumentar el tiempo de coagulación y correrse el riesgo de una hemorragia.

- d) Si hay halitosis puede hacer buchadas poniendo en medio vaso de agua tibia una cucharadita de agua oxigenada.
  - e) Al amanecer del cuarto día tomará un laxante suave, se les ha indicado dos cucharadas grandes de leche de magnesia, lo cual facilita la evacuación de pequeña cantidad de sangre que eventualmente pudo haberse tragado durante la operación.
  - f) Ese día puede tomar un baño general e iniciar sus actividades.
  - g) Control postoperatorio ocho días después.
- 4º—Nota: En las hemorragias postoperatorias se sigue la siguiente conducta:
- a) En las primeras ocho horas si hay hemorragia se puede emplear el taponamiento o bien la hemostasis directa por compresión contorlunda o bien la ligadura simple o por transfixión de los vasos sanguíneos;
  - b) Despues de las ocho horas la hemostasis es más recomendable solo por compresión.

#### B) EN CIRUGIA DEL TIROIDES

Esta cirugía verdaderamente apasionante en su manejo y con la fortuna de tener suficientes casos a tratar en el servicio, ha sido motivo de cuidados pre y postoperatorios esmerados. Todo el aspecto general de la clínica, de la semiología y de los exámenes complementarios se han cumplido, así como las consultas a los especialistas, especialmente a cardiólogos, psiquiatras e internistas para me-

jor armonizar el criterio. En todos los casos de hipertiroidismo se ha hecho el metabolismo basal simple, y el metabolismo basal tomado bajo pentotal (prueba de Bartels), que al suprimir por la acción del anestésico los factores emocionales del enfermo hacen mucho más exacta la cifra que corresponde al paciente hipertiroidoide.

Otras dosificaciones como el P.B.I. ("Protein Bound Iodine") así como las presas de yodo radioactivo no han sido hechas rutinariamente por defectos materiales del laboratorio anexo. La dosificación del colesterol (elevado en el hipotiroidismo y disminuido en el hipertiroidismo) no han constituido en nuestro servicio un índice de mucho rigor para calificar la hiper o hipofunción tiroidea, pero si quiero advertir con énfasis que el test de Bartels nos ha dado cifras muy aproximadas para el juicio clínico del paciente tiroideo.

#### PREOPERATORIO:

1º—Para estas enfermas, el mayor aislamiento posible en locales semiprivados.

2º—Se les permite levantarse únicamente una hora por la mañana y una hora por la tarde.

3º—Se les hace una sedacción psicológica por parte del Staff del servicio echando mano de los recursos que son la amistad bien dirigida, la inspiración de la confianza en los cirujanos, a la ilustración de casos semejantes que han sido tratados con éxito e inclusive hacer que conozcan y platicuen con otras pacientes ya curadas; etc., etc., contribuye a realizar la tranquilidad emocional.

4º—Como sedantes se han empleado los barbitúricos en dosis parciales de 10 cgrs. que se pueden dar cada 6, 8 o 12 horas (Fenobarbital). Asimismo hemos asociado a este barbitúrico los bromuros cuya fórmula ha sido la siguiente: Bromuro de Sodio: 2 gm. Bromuro de Potasio 4 gm., Jarabe de lechuga 30 c. c. y poción simple 120 c. c. a la dosis de una cucharada grande cada dos, tres, cuatro horas. Excepcionalmente se han empleado los me-

probamatos (Ecuanyl, Miltown) así como las fenotiazinas y las promazinas.

5º—La dieta abundante en calorías y balanceada calculando no menos de 2000 calorías diarias y complementándolas con Vitaminas C y factores del complejo B.

6º—Ultimamente se ha asociado la Vitamina A a la dosis de una perla diaria de 50,000 unidades, tratando de hacer experiencia aunque las conclusiones no las tenemos todavía de que dicha vitamina asociada a los antitiroideos contribuyen a la baja más rápida del metabolismo basal. Los resultados no concluyentes hasta la fecha parecen confirmarlo así.

7º—Como drogas antitiroideas se han usado: el Metiltiouracilo (comprimidos de 50 mgs. cada uno) cada cuatro, seis, ocho horas al día hasta completar la dosis diaria de 200, 400 y 600 miligramos; el Propiltiouracilo (comprimidos de 50 mgs. cada cuatro, seis, ocho horas) hasta una dosis diaria de 150,300 e inclusive 500 a 800 mgs. diarios, y últimamente el Tapazole (metilmercaptomidazole) y el Favistán cuya estructura química es la misma pero según algunas publicaciones acelera más que el Tapazole el descenso del metabolismo. Ultimamente el Tapazole ha sido el más usado en el servicio (Administrándose en el 60% en los dos años revisados); en comprimidos de 5 mg. se dan cada 4 o 6 horas en dosis totales iniciales diarias de 40 a 60 mgs. De acuerdo con las necesidades cada 8, 10 o 12 días puede aumentarse a 80, 100, 120, 140, 160 mgs. etc. según la respuesta del enfermo. Solo un caso de dermatitis alérgica fue observado. Cedió con la suspensión de la droga y la administración de fenergan. Localmente en la piel en este caso se colocó linimento de calamina.

La idea terapéutica ha consistido en dar durante todo el tiempo del preoperatorio primero el antitiroideo y 6, 8 o 10 días antes de la operación, el Lugol.

Además, cuando se estima que ya el paciente está eutiroideo la política clínica ha consistido en continuar la dro-

ga antitiroidea por lo menos dos semanas más, pues se ha estimado que es preferible llevar a la sala de operaciones a un paciente un poco hipotiroideo.

8º—Ya en esta condición se le administra Lugol cuya fórmula es la siguiente: Yoduro de sodio 2 gm., yoduro de potasio 4 gm. y agua destilada 100 c. c. Se dan de X, XV gotas tres veces al dia por 6, 8 o 10 días estimándose que el efecto máximo de Lugol se inicia al cuarto dia de administrado.

9º—En los bocios simples solo se administra el Lugol en la forma explicada en el punto 8º.

10—Cada semana se hace el control del peso y la numeración y recuento diferencial de la serie blanca por el riesgo de la agranulocitosis.

Dos veces diarias se hace el control del pulso: este es un signo valiosísimo en la estimación de la mejoría del hipertiroidismo, pues las comparaciones de su diagrama contrasta con el diagrama plano del eutiroidismo.

11.—Todo el personal auxiliar está advertido de no decirle al paciente la fecha de la operación. Desde el principio al paciente se le ha ilustrado respecto a la conveniencia de saber que se le va a operar pero que no se le diría cuando va a ser intervenido. Ultimamente se han empleando como sedantes y tranquilizadores una ampolla de fenerágán de 25 mg. en 500 c. c. de solución de dextrosa al 5% desde el amanecer del día de la operación. Además se les hace realidad la "mentira piadosa" de que se les va a hacer un control de metabolismo bajo anestesia que por eso en su propia cama van a recibir una ampolla I.V. necesaria para dicho examen. Esta inyección es de pentotal y el paciente es llevado a la sala de operaciones ya dormido, lo cual suprime muchos estímulos emocionales que no comentó por ser obvios.

12.—Se continúa la anestesia y se intuba a la enferma. Durante este tiempo el control del pulso, presión y de ritmo cardíaco son rigurosos y hechos con mucha frecuencia. Durante la intubación o con una anestesia aún

superficial, si el pulso se mantiene elevado, esperamos y nunca operamos a un paciente si después de vencidos estos obstáculos la taquicardia persiste en 120 o más por minuto.

13—Uno que otro enfermo ha sido regresado al servicio sin operarlo cuando las condiciones cardiovasculares por la agresión de la anestesia han demostrado que el hipertiroidismo no ha sido totalmente controlado.

14.—En este caso las medidas ya enumeradas continúan.

15—El control de los tímpanos y de las cuerdas vocales por un otorrinolaringólogo debe ser establecido, pues si un tímpano está perforado el escape de oxígeno eleva el metabolismo falseando el resultado. Y dilucidará la responsabilidad del cirujano en cuanto a una paresia o parálisis de una cuerda vocal.

#### POSTOPERATORIO

1º—Controles vitales cada 15 - 30 minutos durante el tiempo que se estime conveniente. No olvidemos que el riesgo de las crisis hipertiroides existe desde que se está haciendo la operación hasta las 24 horas. Algunos agresan hasta las 30 o 36 horas. Que las crisis de Tetanía existen desde las 8 horas de practicada la operación hasta los 18 días.

2º—Como analgésico en las hipertiroides el ideal es la morfina: 1 cg. por vía I.M. cada 4 o 6 horas; sin embargo se ha administrado el demerol a las dosis usuales.

3º—Los pacientes hipertiroides son hábiles desde el punto de vista cardiovascular; por eso es que somos muy respetuosos en la administración de fluidos por vía I.V., aunque según los requerimientos hemos administrado de medio a un litro de dextrosa al 10% muy lentamente.

4º—La transfusión si ha habido sangramiento abundante, shock hemorrágico, etc., etc.

5º—En proctoclisis: 500 c.c. de solución salina normal con 200 o 300 gotas de Lugol (fórmula anterior) lentamente.

6º—Vitamina C 200 mgs. y complejo B dos c.c. por vía I.M. o I.V.

7º—Mantener permeables las vías aéreas aspirando flemas constantemente.

8º—El equipo de Traqueostomía está preparado a la cabecera del enfermo y como dice el doctor Frank H. Lamey: "La Traqueostomía debe hacerse en estos casos precisamente cuando surge la duda de si se hace o no se hace". Cuando se hace la traqueostomía el cuidado de la cánula de Chrys-Haver consiste:

- a) Cada 15 o 30 minutos se extrae con la mano el mandril y se sumerge en agua caliente o tibia y se sacude agitándolo para quitarle el agua y el moco y se vuelve a introducir.
- b) Sobre el orificio de la cánula se coloca una gasa húmeda cuyos efectos son lógicos.
- c) Se le explica al paciente que esta operación es temporal y que no le dejará ninguna secuela sobre todo en el timbre de su lenguaje y se le hace la prueba de que así será, tapándole la cánula con la yema de un dedo.
- d) Desde el tercer día se principia a hacer el cierre de la cánula con un taponcito de corcho o con un algodón durante 2 horas sí y 1 o 2 horas no, según la tolerancia. Esto puede hacerse durante dos o tres días en que se retira la cánula totalmente, aunque es una buena regla previa al retiro de la cánula el hecho de que un paciente tolere la traqueostomía tapada con el corcho sin ninguna dificultad, durante una noche.

9º—A las 24 horas se aflojan todos los garfios de Michel que afrontan la piel. A las 48 horas se retiran alternos y a las 72 horas se retiran todos los restantes.

10—Cuando se dejan drenajes se retiran a las 24 o 48 horas y si se han dejado dos drenajes se puede retirar uno a las 24 horas y el otro al día siguiente.

11—Desde el día siguiente y durante 2 o 3 días más las enfermas hacen inhalaciones con el vaporizador de Vil-

biss No. 148, eléctricos empleando cualquiera de las fórmulas siguientes:

- a) Mentol 2 gm., cloroformo 2 gm. y tintura de eucaliptol 100 c. c.
- b) Mentol 1 gm., eucaliptol 1 gm., bálsamo del Perú 1 gm., alcohol a 85 grados 10 c.c., tintura de benjui 30 c.c. y agua de laurel cerezo 70 c.c.

Estas inhalaciones obran un efecto valiosísimo en las traqueitis postoperatorias y las enfermas tienen individualmente su vaporizador para emplearlo con la frecuencia que sus necesidades la demanden.

12—Cuando se presentan manifestaciones de tetania se administran las sales de calcio.

La más espectacular es el cloruro de calcio: 1 gr. en solución al 10% por vía I.V. cada 6, 8, 12 o 24 horas. El gluconato de calcio en la misma dosificación, concentración y frecuencia, que aunque es menos dramático su efecto ofrece menos riesgo su administración (no olvidar que el cloruro de calcio extravasado ocasiona una escara). También hemos empleado el lactato de calcio una o dos cucharaditas cada 4 o 6 horas, habiéndose administrado esta solución aún durante muchos meses y en casos durante más de un año, para controlar calambres y parestesias, sin ningún efecto secundario.

La administración de vitamina D se ha asociado en algunas ocasiones, aunque sólo con el lactato el control ha sido eficiente. En los casos de tetania postoperatoria se les aconseja suprimir de la dieta la leche y sus derivados, pues la idea fisiológica de la patogenia consiste en que es el exceso de fósforo el que produce la manifestación clínica.

13—Usualmente son dadas de alta al cuarto día.

14—La política respecto a los hematomas o seromas consiste en puncionarlas con jeringa y aguja pero hasta que estén definitivamente aparentes y bien colectados, pues la punción precoz en un error diagnóstico puede exponer a la infección o bien si no están bien colectados pro-

vocar ciertas depresiones antiestéticas del área puncionada. La punción de uno de estos puede repetirse si el caso lo amerita.

15—Se les aconseja tener el cuello descubierto pues la luz y el aire parecen contribuir a una cicatrización más perfecta.

16—Se les cita al control periódico postoperatorio y al mes se les hace un nuevo control de metabolismo.

17—Nos ha dejado sorprendidos el cambio total de la personalidad, así como el aumento de peso, el control del pulso, etc., etc., a tal extremo que más de alguna enferma ha hecho observar que: "cree haber nacido de nuevo después de la operación".

No obstante, algunas manifestaciones psíquicas y emocionales de las que fueron hipertiroides, aún persisten en muchas; y la estimación que se ha hecho de estos matices de la personalidad está regida por el concepto de los psiquiatras del Hospital Monte Sinaí de Nueva York, quienes creen que las alteraciones de la personalidad son preexistentes y predisponentes del hipertiroidismo. Dicho en otras palabras: aunque el hipertiroidismo esté curado, la desviación básica de la personalidad existe y persiste.

18—Las paresias o parálisis postoperatorias de las cuerdas vocales que ocasionan hipofonia, aferia o disfonia se han curado: a veces espontáneamente; a veces aconsejándoles que hagan ejercicios de canto a domicilio o bien con la administración de tiamina 100 mg. diarios I.M. sola o asociada al sulfato de estricnina en dosis progresivas y regresivas desde 0.5 a 5 mg., sucesivamente.

#### C EN CIRUGIA DEL ESOFAGO

La cirugía del esófago ha sido escasa en el servicio. No está demás decir que las intervenciones han sido por cáncer, por acalasia y por perforaciones traumáticas. En este último caso la triada sintomática ha sido elocuente para el diagnóstico así: a) dolor agudo en el epigastrio; b) disnea y c) enfisema del cuello.

En los otros tipos de patología la realización de los estudios radiológicos con trago de bario, las endoscopías (esofagoscopia), y todos los demás exámenes complementarios han hecho posible la certidumbre del problema.

#### PREOPERATORIO

1º—Realización de todos los exámenes de orden general mencionados en el capítulo correspondiente, sumados a los exámenes complementarios hemodinámicos y funcionales recomendados por algún consultante.

2º—La noche anterior: La preparación del área operatoria, el barbitúrico, el enema, repetido al día siguiente lo mismo que el barbitúrico y la morfina atropina una hora antes de la operación se realizarán como normas generales del paciente quirúrgico.

3º—Al abrir el tórax y para evitar la neuralgia intercostal postoperatoria siempre se novocainizan los nervios intercostales con 2 a 3 c.c. de novocaina al 0.5 o al 1% dos o tres nervios arriba y dos a tres nervios abajo del espacio abierto.

4º—Para prevenir la atelectasia postoperatoria con el riesgo de su corolario, la neumonía, el cirujano indica al anestesista la necesidad periódica de expandir el pulmón con presión positiva favoreciendo esta maniobra con un masaje suave de las áreas atelectasiadas del pulmón que hace el cirujano con los guantes siempre húmedos.

5º—Al cerrar el tórax puede o no dejarse drenaje a juicio del cirujano:

- a) Si no deja drenaje el cirujano con una sonda de Nelaton cuyo extremo distal está metido dentro de un recipiente con agua, pide al anestesista la presión positiva que expanda totalmente el pulmón (se observan las burbujas de gas en la superficie del recipiente) y al estar cumplida dicha expansión, se retira la sonda de Nelaton al mismo tiempo que la última puntada de la pleura parietal concluye el orificio, impi-

diendo la entrada de aire al hemitórax abierto. Un pequeño neumotórax residual se reabsorbe solo.

- b) Si se coloca drenaje se debe aprovechar una sonda de Nelaton gruesa o bien una sonda rectal a la cual se le pueden hacer uno o dos orificios adicionales que se introducen a nivel de la línea axilar posterior por una contra abertura uno o dos espacios intercostales por abajo del espacio de la toracotomía. Este último cuidado tiene por objeto que al retirar la sonda existe una especie de válvula que impide el ingreso del aire. La condición de hacerse la emergencia de la sonda en la línea axilar posterior es para que el drenaje sea mejor aprovechado ya que el paciente usualmente está reclinado y lógicamente las colecciones pleurales tienen que buscar los puntos poste-

res y declives del tórax. No debe estar colocado más atrás de la línea axilar posterior porque de ser así, el enfermo se acostaría sobre su propio drenaje, obstruyéndolo. El drenaje es conectado inmediatamente de llegar el enfermo a su cama ya sea a la bomba de Stedman (cuya aspiración es realizada por un mecanismo eléctrico. (Ver figura 1).

O bien al sello de agua cuya presión negativa se rea-

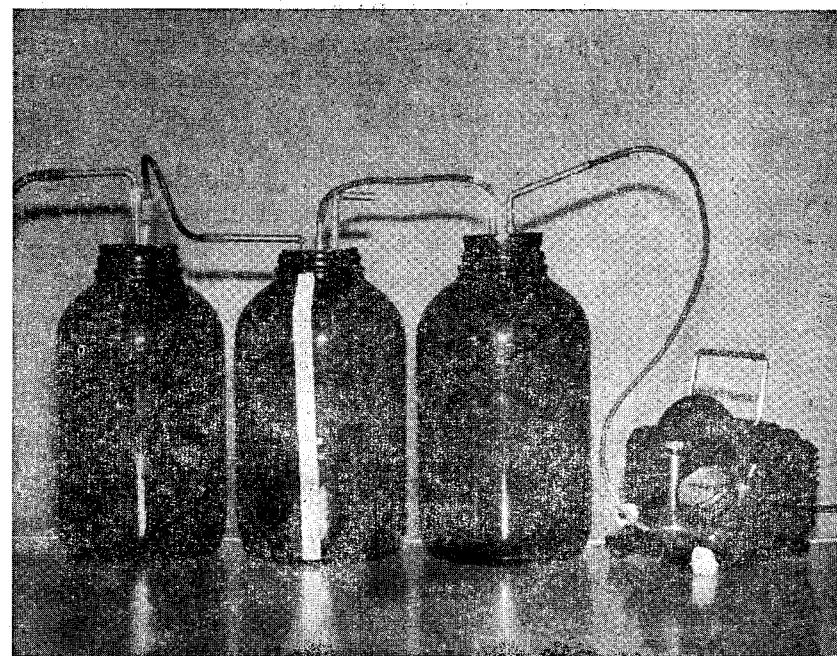


Figura No. 1

#### POSTOPERATORIO

1º—Controles vitales con la frecuencia y durante el tiempo que a juicio del cirujano se requiera.

2º—Conectar el drenaje, si se ha dejado, al procedimiento elegido del sello de agua o la bomba de Stedman.

3º—Posición semisentada o de Fowler en cuanto el enfermo despierte.

4º—Como analgésico la morfina o el demerol a las dosis corrientes.

5º—Oxígeno si es necesario.

6º—Antibióticos si se estiman convenientes.

7º—Vitamina C y complejo B, siempre.

8º—Fluidos I.V. o transfusión de acuerdo con el caso.

9º—Cuando se ha hecho anastomosis del esófago se ha acostumbrado dejar una sonda de Levine proximal al área de sutura para evitar que se acumulen flemas y saliva, que en un terreno edematizado por el "stress" quirúrgico y sin duda alguna el espasmo correspondiente derivado podría poner en tensión el área operada. Esto es más

lógico que atravesar todo el esófago incluyendo el área de la anastomosis y hasta el estómago con dicha sonda de Levine, pues el roce del cuerpo extraño podría dar isquemia del área suturada y predispone a la necrosis y disrupción de la sutura. Ha podido emplearse también para prevenir la distensión gástrica una gastrostomía o bien en casos especiales para iniciar o complementar la alimentación oral el uso de una yeyunostomía. La sonda cuyo extremo distal se ha colocado proximal al área operada del esófago se retira usualmente a las 24 horas.

10—Hace unos 10 o 12 años en el servicio se iniciaban los líquidos por boca en la cirugía del esófago hasta el quinto día pero últimamente se inicia a las 24 horas con una onza de agua hervida cada hora.

Al día siguiente puede alentarse con atole ralo; al tercer día con leche y así sucesivamente. Generalmente entre el séptimo y décimo día el paciente tiene una dieta libre.

11—A las 24 horas se le toma una placa del tórax pudiendo hacerse en varias posiciones si el caso lo requiere, ya sea llevando al enfermo al servicio de rayos X o bien con el aparato portátil en su propia cama. Si ya no hay derrame, o es mínimo, o la expansión pulmonar es completa, se puede retirar el drenaje.

12—Desde el segundo día el paciente es invitado a toser con frecuencia para expulsar flemas y tapones bronquiales y desde ese mismo día aunque el pulmón ya esté expandido (y de ésto se está seguro por el estudio radiológico del párrafo anterior), se mantiene vigente la expansión de los alveolos (prevención de atelectasia), merced a ejercicios de inspiración y espiración forzadas, proponiendo al enfermo que inflé una vejiga de hule, bolsa de papel, o que haga el traslado del agua de un frasco al otro merced al impulso de su propia aspiración según el esquema representado en el esquema número dos.

Al espirar por el tubo número uno el agua tiene que pasar del frasco A al frasco B. Estos ejercicios los hace cada 30 minutos o cada hora durante el día.

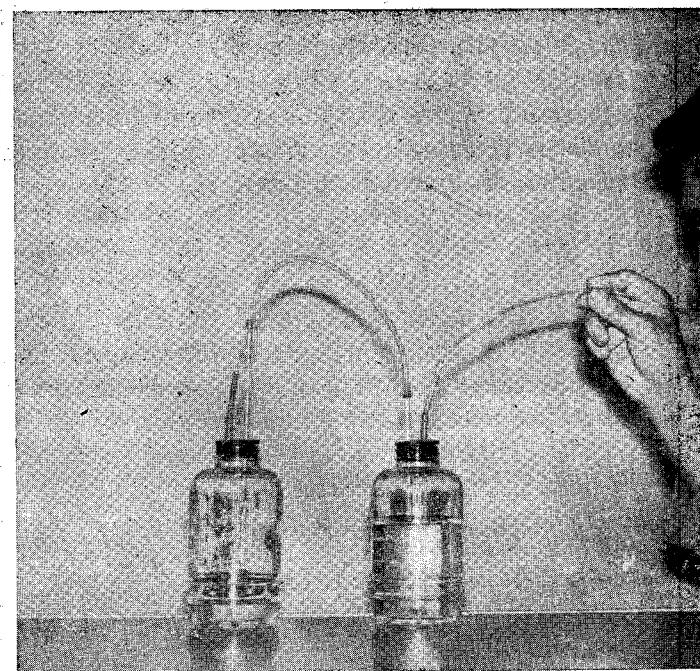


Figura No. 2

13—Los puntos de la piel son retirados entre el séptimo y el noveno día.

14—Se le da de alta ese mismo día y se le cita a control.

15—Estudios radiológicos posteriores del esófago y del tórax podrán determinar o no la adopción de nuevas medidas terapéuticas.

#### D) EN CIRUGIA DEL DIAFRAGMA

La cirugía del diafragma ha sido igualmente escasa en el servicio. En los últimos 10 años solo se practicaron 5 intervenciones. Puede decirse en estos casos que la cirugía del diafragma ha sido la cirugía de las hernias diafrag-

máticas, cuya etiología, variedad, sintomatología, etc. etc., no es el tema a discutir en este trabajo.

En cuanto a los cuidados pre y postoperatorios nada puede agregarse en cuanto a lo ya referido de los cuidados de toracotomía en la cirugía del esófago. En consecuencia el capítulo anterior es aplicable al presente.

#### E) EN CIRUGIA DEL CORAZON

1º—En este tipo de cirugía se hace aun más imperativa la integración del equipo médico (internista, cardiólogo, anestesista, laboratorista, etc. etc.) que armonizan sus juicios respecto al problema máximo actualmente en que los recursos de la circulación extracorporea (corazón y pulmón artificiales) han sistematizado muchas de sus técnicas provocando un admirable avance en la cirugía cardiovascular.

2º—Es así como llevando la preferencia de opinión, el cardiólogo hace todos los exámenes complementarios de rigor (Rayos X, electrocardiograma, presiones venosas, velocidades sanguíneas, medición de capacidad vital, medida de concentración de gases en sangre arterial y venosa, en las diversas cámaras cardíacas etc. etc.) y dicta todas aquellas medidas pertinentes de orden médico que preparan al paciente para este tipo de cirugía: compensar insuficiencias, mejorar circulación coronaria, apagar actividades reumáticas, vencer endocarditis bacterianas, corroborar la cicatrización de infartos, etc. etc. Todas estas medidas han sido empleadas en un tiempo variable que osciló entre 15 y 280 días.

3º—Todos los cuidados Pre y Postoperatorios de la toracotomía fueron iguales a los expuestos en el capítulo de la cirugía del esófago. Así como la medicación preanestésica y los cuidados de la sedación del enfermo. En este último sentido la tranquilidad y persuación del enfermo se ha podido lograr haciendo que el candidato a la cirugía conozca y plique con otros enfermos ya operados y curados por la misma lesión, o patología semejantes.

4º—El cardiólogo continúa el cuidado postoperatorio; prescribiendo digital, diuréticos, líquidos por vía parenteral, electrolitos, transfusión, antibióticos, etc. etc. Los controles bioquímicos y los ionogramas se harán cuando el caso lo requiera.

5º—El paciente generalmente se levanta al tercer dia y la marcha se inicia progresivamente según la edad, grado de lesión cardiaca, tiempo de padecimiento, etc. etc.

6º—Son dadas de alta eventualmente al noveno dia.

7º—Como en toda toracotomía si se hacen derrames pleurales el vaciamiento por punción (toracentesis) es lo indicado con la frecuencia que el caso lo demande y según la respuesta clínica y los datos de control radiológico. Si hay infección como en todo caso en que son aplicados los antibióticos se harán de acuerdo con el cultivo y la sensibilidad al germen encontrado, y se suspenden hasta 24 o 48 horas de apirexia.

8º—Estos enfermos se han puesto en manos del cardiólogo quien ha seguido su "follow up" durante años, prescribiéndoles generalmente digitálicos, diuréticos, dieta hiposódica, vigilancia en no aumentar de peso, limitación o no en la actividad física y mental, control de focos sépticos etc. etc. haciendo periódicamente exámenes complementarios adecuados.

9º—El dolor referido en la herida operatoria y como en toda toracotomía se ha conjurado con analgésicos corrientes (ácido acetil salicílico, pirasolona, cibalgina) pero en cuestión de semanas generalmente ha desaparecido.

#### F) EN CIRUGIA DEL ESTOMAGO

El criterio del servicio respecto a la cirugía del estómago es considerarla como una cirugía benigna y las etapas de orden técnico, preoperatorio y postoperatorio, así como los resultados demostrados en el control tardío de los enfermos intervenidos, afortunadamente nos da la satisfacción de manifestar que los resultados han sido buenos.

## PREOPERATORIO

1º—Se cumplen todos los requisitos de orden general expuestos en el capítulo correspondiente, agregándose desde luego —y valga la repetición—, aquellos exámenes más especializados como son gastroscopías, biopsias a través de gastroscopios, peritoneoscopías, biopsias a través de endoscopías, estudios radiológicos con medio doble de contraste, estudios citológicos (Papanicolaou), etc. etc., se han realizado para completar el estudio del enfermo.

2º—El enfermo es hidratado correctamente con soluciones dextrosadas, en solución salina normal (mixtas), vitaminas del complejo B, y vitamina C; supresión de focos sépticos, correcciones de insuficiencias cardiacas, transfusiones sanguíneas y ejercicios respiratorios (de 10 a 15 inspiraciones y espiraciones profundas controladas por la enfermera o el practicante interno tres veces al día durante el preoperatorio inmediato.

3º—En lo que se refiere a la mejoría del Estado General y al alza de las proteínas séricas; vale la pena hacer observar que estas medidas preoperatorias no logran su culminación como algunos cirujanos lo desean y es precisamente donde nuestro servicio considera sobre todo en aquellos casos de tumores malignos del estómago o de estenosis del piloro más o menos prolongada que se debe llegar hasta cierto límite de mejoría del estado general, y que es precisamente la propia operación la que por corolario va a hacer derivar la completa mejoría de dicho estado general, de la hemoglobina, de las proteínas, etc. etc.

4º—La noche antes de la operación se acostumbra hacer un lavado del estómago (hecho por el interno del servicio) con la siguiente fórmula:

Ácido clorhídrico: 8.5 c. c.

Aqua destilada: 1000 c. c.

Con el objeto de esterilizar hasta donde sea posible (valor antiséptico del ácido clorhídrico) el estómago.

5º—Con este objeto se introduce a través de una fosa nasal una sonda de Levine, a través de la cual se hace el lavado indicado en el punto 4º, y dejando ya dicha sonda debidamente colocada y conectada al aparato de succión continua, que realiza la aspiración gástrica para que en el momento operatorio el estómago esté vacío.

Es oportuno mencionar como es que acostumbramos introducir la sonda de Levine:

- a) Está previamente entre hielo (para que se ponga más rígida y favorezca su tránsito).
- b) Paciente semisentado con una toalla a manera de barbero y un riñón en la mano por si vomitara. El paciente es instruido respecto a lo que se le va a hacer.
- c) El interno con guantes lubrica la sonda (K-Y o Cáspér) y se toma como referencia de la longitud de introducción, la distancia medida con la misma sonda del vértice del apéndice xifoides a la raíz de la nariz y hasta el trago. No olvidar que también pueden emplearse las marcas que tiene la propia sonda y que determina la distancia aproximada al cardias, a la cavidad gástrica y al piloro.
- d) Se inicia la introducción por una fosa nasal; se invita al paciente para que respire tranquila y profundamente y a que no se llame náusea; el hecho de que el enfermo tome algunos tragos de agua fría facilita durante la deglución de dicho trago la introducción de la sonda finalmente se fija la ronda de Levine con un esparadrapo en el dorso de la nariz.
- e) Ratificada la permeabilidad de la sonda y su existencia en el estómago por el reconocimiento del contenido gástrico o bien por el pH (vuelve rojo el papel azul de tornasol), se conecta el aparato de succión.
- f) Nosotros empleamos usualmente el aparato de Fritz (siguiendo los principios de Wangensteen) el cual puede verse en la figura No. 3. También se emplean la bomba de Stedman u otras bombas de aspiración de mecanismo eléctrico (Burdick, Gomco).

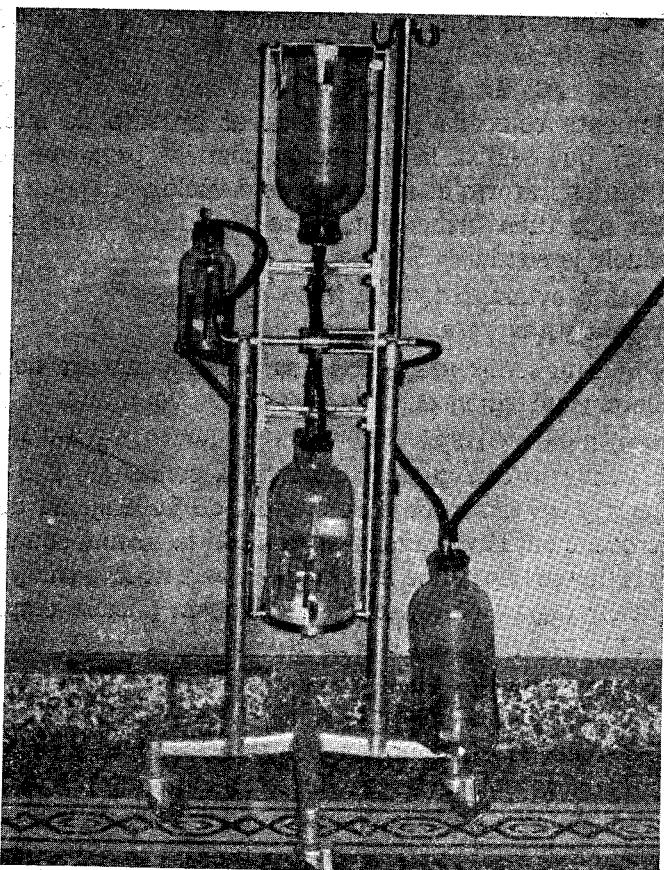


Figura No. 3

6º—La transfusión preoperatoria es de rigor indicarla para el acto operatorio.

7º—Los pacientes que tienen estenosis del piloro se les prepara así: durante cinco días se les hace aspiración gástrica continua, tiempo durante el cual la alimentación se hace por vía parenteral. Durante este tiempo se considera que el edema del piloro se ha disminuido o suprimido, y

al sexto día en que se retira la succión se hace un nuevo control radiológico que aclarará el diagnóstico respecto a esa región (si la estenosis es debida a edema o a alguna razón neoplásica por ejemplo).

Esta conducta nos ha sido muy práctica y muy valiosa.

#### POSTOPERATORIO

1º—La succión gástrica con la sonda de Levine proximal al área de la boca anastomótica es controlada por el mismo cirujano durante el acto operatorio y ésta es continuada rutinariamente por 24, 36 o 48 horas.

2º—Para retirar la succión gástrica utilizamos el siguiente test, no hecho antes de 24 horas: Se cierra la sonda durante 3 horas y luego se abre durante media hora. Si la cantidad aspirada durante esta media hora es de 120 c.c. o menos, la sonda se retira; en caso contrario, la succión continúa y se repetirá la prueba 12 o 24 horas más tarde.

3º—La sonda nasogástrica molesta a los enfermos; les produce alivio el administrar aceite gomelonado en cada fosa nasal II a III gotas 3 veces al día. Mucha atención nos merece la vigilancia de aquellos enfermos que manifiestan una intolerancia tremenda por la sonda y si por causa de ella se inician alteraciones de la voz, sugiriendo la existencia del principio de necrosis de los aritenoides, la sonda debe ser retirada inmediatamente pues es una complicación grave. En estos casos la gastrostomía podría tener indicación o bien la yeyunostomía para sus fines específicos.

4º—Desde el siguiente día se inicia la dieta postgastrectomía que es inmediata y tarda nueve días. La transcribo a continuación:

## DIETA POST-GASTRECTOMIA

Primeras 24 Hrs.: Nada hasta que se ordene.

Primer día: 1 onza de agua cada hora.

Segundo día: 2 onzas de agua alternando con 2 onzas de atole de cereal hecho con agua, azúcar y sal, cada hora.

Tercer día: 3 onzas de agua o atole alternadamente, lo mismo que el 2o. día.

Cuarto día: 4 onzas cada 2 horas de leche, leche malteada o atole. Agua ad lib.

Quinto día: 6 onzas cada 3 horas de lo mismo que en el 4o. día más 2 galletas.

Sexto día: 6 onzas cada 3 horas de lo mismo que en el 5o. día, más sopa de crema.

Séptimo día: 6 onzas cada 3 horas de lo mismo que en el 6o. día más tostada, mantequilla, papa horneada, helado.

Octavo día: 6 onzas cada 3 horas, igual que en el 7o. día.

Noveno día: Dieta gástrica III o IV de acuerdo con la condición del paciente.

5º—A propósito cuando a los enfermos se les da de alta el 10o. día, se le da por escrito una dieta que tarda dos meses y que es la siguiente:

## DIETA BLANDA DE SEIS COMIDAS DIARIAS.

### Alimentos permitidos:

Leche: Por lo menos medio litro.

Huevos: Tibios o duros, revueltos, estrellados en agua, en torta (omelet).

Carnes: Carne tierna de res, ternera, carnero, hígado, aves, pescado, tocino bien frito.

Quesos: Requesón, queso americano, queso de crema.

Cereales: Refinados (cocidos y preparados; puré de avena (mosh); arroz, tallarines, macarrón y spaghetti.

Pan: Refinado (blanco, de graham); galletas de soda, salatinas, tostadas, melba, roscón, zweiback.

Verduras: Zanahorias tiernas cocidas, remolachas, espirrados y güicoyes; toda otra verdura puede comerla cocida en puré (arbejas, ejotes, espinaca o cualquiera otra hoja verde); jugo de tomate.

Frutas: Bananos maduros, cualquiera de las siguientes frutas siempre que estén cocidas o enlatadas; duraznos, albaricoques sin cáscara, peras, cerezas Royal Ann, manzanas al horno, sin cáscara, puré de manzanas, sin cáscara; puré de ciruelas en lata; puré de ciruelas cocidas. Jugo de fruta colado y diluido a partes iguales con agua, si no lo tolera puro.

Postres: Flan, junket, pudín de tapioca o cualquiera otra cosa siempre que no lleve nueces, pasas o frutas secas. Jell-O, batida de fruta, helado simple, sorbete, torta sencilla (cake) galletas simples.

Sopas: Sopa de crema colada (ligeramente sazonada); tostadas de leche.

Bebidas: Cocoa ralo; bebidas sin cafeína; Postum; (si el médico lo ordena, puede tomar té o café diluidos a partes iguales con leche).

Mantequilla y Crema: la que desee.

Azúcar: con moderación.

**DEBE EVITAR:** Comidas duras o fibrosas, cereales enteros, pan integral, pan negro.

Cosas que tengan cáscara y semilla como: pasas, nueces, dátiles, ciruelas crudas, etc.

Cosas fritas por ejemplo: papalinas, churros, carnes fritas, frituras, etc.

Cosas muy calientes o heladas (al paciente se le indica que debe dejar que el helado se diluya en la boca antes de tragarlo).

Quesos muy fuertes, carnes y pescados ahumados o curados (como jamón, chorizos, salchichón de hígado, carne salitrada, bacalao, etc.).

Comidas muy ricas o muy condimentadas; pimienta, chile, mostaza, encurtidos, catsup (salsa de tomate), sopas de carne, bouillons, sopas enlatadas, salsas.

Repollo, rábanos, brécoli, pepinos, cebollas, frijoles, chiles pimientos, coliflor.

Verduras y frutas crudas (exceptuando los bananos).

Postres muy ricos, pasteles, tortas o galletas con pasas, nueces o dátiles.

Café, té, aguas gaseosas y bebidas alcohólicas.

#### EJEMPLO DE DIETA DIARIA

DESAYUNO	ALMUERZO	COMIDA
Jugo de naranja	Carne, ave o pescado	Carne o sustituto
Cereal refinado, crema, azúcar		Papa o sustituto
Huevo	Papa	Puré de verdura
Tostada, mantequilla	Puré de verdura	Pan, mantequilla
leche	Pan, mantequilla	Fruta cocida o enlatada
Café sin cafeína	Postre	
	Leche	Leche
10 A. M.	2 P.M.	8 P.M.
Leche o fruta con leche	Flan, pudín o leche	Leche, galletas

6º—Después de dos meses el enfermo puede tener la dieta libre.

7º—Usualmente al segundo dia el enfermo recibe fluidos por vía I.V., reposición de electrolitos de acuerdo con el cálculo que se haga individualmente y según los reportes del ionograma si es que ha habido mérito para realizarlo. Lo mismo puede decirse del requerimiento de transfusión sanguínea.

8º—La Vitamina C y el complejo B, son de rigor. Lo mismo las medidas para la ventilación pulmonar y la asistoterapia precoz. Los antibióticos serán a juicio del cirujano.

9º—Al segundo dia se les levanta a los enfermos gástricectomizados aunque sea en una silla. Vale observar como una experiencia del servicio: que los enfermos viejos soportan mucho mejor que los jóvenes la cirugía gástrica.

10—Al 7º o 9º día se le quitan los puntos de afrontamiento de la piel y los puntos de contención casi siempre puestos en estos enfermos se retiran hasta los 21 días. Se quitan hasta los 21 días porque durante este tiempo hay posibilidades de deshiscencia o eventración; en cambio después de los 21 días no hay ni deshiscencia ni eventración, lo que podría haber es una hernia incisional, la cual no tiene las exigencias de reparación inmediata como en las otras dos complicaciones.

Vale la pena hacer observar dentro de estos cuidados postoperatorios, *un signo y un síntoma* muy fieles que indican la deshiscencia o eventración:

- El signo: La salida o escurrimiento de agua como lavado de carne, por la herida;
- El síntoma: la sensación de que algo se le desgarra por dentro del abdomen.

11—Cuando ocurre una deshiscencia o eventración la corrección quirúrgica inmediata se impone, y los cuidados en este caso son los siguientes:

- a) Sedar al enfermo con morfina o Demerol por vía I.M. o I.V., a las dosis usuales.
- b) Cubrir la herida operatoria con un apósito estéril y vendarlo.
- c) Combatir el shock con soluciones glucosas I.V. y transfusión sanguínea.
- d) Antibioticoterapia.
- e) Hacer la corrección quirúrgica en un plano o en varios planos según la experiencia del cirujano. Los puntos profundos se retiran siempre hasta los 21 días.

12—El dolor se trata con morfina o demerol, luego se pasa a los derivados del piramidón, pirasolona, etc., etc.

13—La náusea puede ser tratada a base de piridoxina (Nauseol, gravol) por vía I.M. o I.V. o bien a base de las promazinas (largactil).

14—El paciente es dado de alta al 10º día y se le cita a control periódico.

15—El control radiológico de la boca anastomática se hace al mes de la operación.

16—Los controles del peso, de las proteínas, de la hemoglobina, de la digestibilidad, etc., etc., se han realizado postoperatoriamente con todo cuidado.

17—La pérdida de peso ocasionada por la pérdida de elementos nitrogenados y predominancia del catabolismo en la fisiología del enfermo, la hemos mejorado o corregido administrando productos anabólicos (que retienen elementos nitrogenados), cuya estructura química es derivada de los núcleos del ciclopentanofenantreno y parientes bioquímicos de la noretandrolona (similares a la testosterona). A manera de ejemplo referimos un tipo de tratamiento: Nilevar (Casa Searle) comprimidos de 10 mg., tomar 3 comprimidos diarios por 3 días de cada mes durante tres meses.

18—La anemia hipocrómica la hemos corregido o mejorado con la administración de preparados de hierro (gluconato, cloruro o citrato de hierro amoniacial verde, sulfatos (siempre de preferencia las sales ferrosas, por ejem-

ple: Molirón (Wyeth) X a XV gotas en agua después de cada comida principal.

19—El síndrome de ("Dumping"), vaciamiento rápido del estómago observando en sus diferentes matices de intensidad, a veces se ha curado espontáneamente y en otras ocasiones se ha curado o mejorado recomendándole al enfermo que coma acostado, a la usanza del antiguo hábito romano.

20—Cuando los enfermos han manifestado como literalmente dice: "Que no cuecen bien los alimentos", ha ayudado notablemente la administración de la siguiente fórmula:

Acido Clorhídrico oficial (F.E.U.): 10 c.c.

Elixir de Pepsina: 60 c.c.

Se mezcla una o dos cucharaditas en un vaso de agua azucarada y el enfermo durante las comidas principales y durante el tiempo de cada comida a medida que ingiere, se toma dicha mezcla con pajilla o sin ella, es decir, tratando evitar el daño que hace el ácido clorhídrico en el esmalte dentario cuando hoy o no hay prótesis.

21—En el postoperatorio inmediato puede ofrecerse a veces el problema del edema de la boca anastomática en cuyo caso la aspiración gástrica continua es el tratamiento de elección con la consiguiente reposición de fluidos y electrolitos por vía parenteral. En nuestro servicio se considera que dicho edema de la boca anastomática puede tardar hasta 15 días, tiempo durante el cual las medidas conservadoras de orden médico se hacen cumplir. Si después de dos semanas persiste el cierre de la boca anastomática se estima que la fibrosis se ha establecido y la reintervención operatoria se impone: hacer una nueva gastroenteroanastomosis deshaciendo la primaria, o bien haciendo una nueva boca sobre la ya existente que se estenosó.

22—El hipo postgastrectomía debe ser tratado etiológicamente, para hacer, como se debe, una terapéutica co-

rrecta. Con ese fin se deben corregir una o varias de las cuatro siguientes causas del hipo:

- a) Retención en el remanente gástrico por edema de la boca anastomótica y la consiguiente irritación del freno dada la distención de dicho remanente. El tratamiento lógico será la aspiración.
- b) El desequilibrio hidroelectrolítico. El tratamiento es obvio.
- c) Razones de orden emocional o de orden psíquico. El tratamiento consistirá en la administración de meprobamatos o de promazinas.
- d) El absceso subfrénico un poco más tardío y cuyo tratamiento es el drenaje.

23—Algunos pacientes observados no han podido definitivamente después de la gastrectomía recuperar su peso correspondiente a su edad y estatura o aún el peso preoperatorio. No obstante llevar una dieta equilibrada, y favorecer el anabolismo con preparados adecuados ya diagnos de comentario en párrafo anterior —repito—, el peso no se recupera, pero la estabilidad fisiológica del paciente es satisfactoria y por lo tanto ninguna medida terapéutica que reincida en esa recuperación debe emplear.

24—La disruptión del muñón duodenal es estimada como una complicación severa. Cuando este suceso se advierte por la boca de una fistula se dirá que el paciente es afortunado, pues si el derrame violento del muñón duodenal se hace a la gran cavidad peritoneal el cuadro clínico de la peritonitis inminente es gravísimo. Cuando la fistula externa anuncia la disruptión del muñón, nuestra conducta y cuidado postoperatorio ha consistido en introducir por la fistula una sonda de Nelaton de calibre adecuado y la instalación de la aspiración negativa por medio de uno de los aparatos ya mencionados (Fitz, Wangenstein, Stedman, Gomco). Esta aspiración puede continuar hasta por dos semanas y aún tres, pero si aún persiste, estará indicada la intervención quirúrgica para el cierre completo de dicho muñón duodenal. Durante el pe-

ríodo de la aspiración continua se proteje la piel del riesgo irritativo y digestivo del contenido duodenal y para el efecto se puede proteger la piel vecina con un fragmento de tela de salud o con pasta de Lazzar. Intermittentemente se observará en los casos afortunados cómo es que la cantidad drenada se va haciendo cada vez menor hasta que reducida a cero se deduce que la fistula ha cerrado. Nos consta cómo en el último año un caso con esta complicación así fué tratado con todo éxito.

25—El "Follow up" o control postoperatorio ha sido efectivo en nuestro servicio como consta en el archivo correspondiente desde hace diez años y la revisión de los mismos nos hace ratificar el criterio de que la cirugía gástrica la estimamos como una cirugía benigna.

#### G) EN LA CIRUGIA DE LA VESICULA Y DE LAS VIAS BILIARES

Con viene hacer observar que en nuestro medio la cirugía de las vías biliares es muy frecuente y aproximadamente del 70 al 80% de la cirugía hecha en el servicio es precisamente sobre las vías biliares, contribuyendo indudablemente el factor de que es un servicio de mujeres.

##### PREOPERATORIO:

1º—Se realizan todas las medidas de orden general enumeradas en el capítulo correspondiente de esta tesis.

2º—Dentro de los exámenes complementarios vale recordar que para tener una estimación de la fragilidad capilar de los enfermos ocasionada por la lesión hepática consecutiva, se les practica la prueba de Ivy hecha por el practicante externo o interno, de la manera siguiente:

- a) En la cara anterior del antebrazo y en el área elegida se frota con alcohol y luego con éter sulfúrico;
- b) En el brazo, el manguito del esfigmomanómetro se hace subir a 70 m.m. de presión;

- c) Con el bisturi Bard-Parker número doce (puntiagudo) se delimita la punta de dicho bisturí con un fragmento de algodón o esparadrapo a manera que queden de 2 a 4 m.m. de punta descubierta, la cual es hundida en el área de piel que se eligió.
- d) Cada 30 segundos y con papel secante se recoge la sangre que brota de la herida que normalmente debe dejar de aparecer a los 240 segundos (4 minutos). Si continúa la hemorragia por más de este tiempo se considera que la fragilidad capilar está aumentada.

30.—El aporte de vitamina C, K y del complejo B, son de rigor a las dosis terapéuticas ya señaladas.

40.—Generalmente y en los casos corrientes se procura favorecer las reservas de glicógeno hepático durante dos o tres días inmediatos anteriores a la operación para lo cual se administran soluciones dextrosadas hipertónicas al 10% (si el enfermo ingiere poco líquido) o bien soluciones dextrosadas al 30% en dosis de 250 c.c. diarios cuando el enfermo ingiere suficientes líquidos en cuyo caso en poca cantidad de fluidos se dé un aporte considerable de glucosa (75 gm. de glucosa con sólo 250 c.c. de agua).

50.—En los pacientes ictericos la conducta consiste en hacer el tratamiento de rigor para dichos pacientes ictericos, a sabiendas desde luego que la ictericia es obstructiva, controlando el índice icterico cada 3er. día. Si dos controles de índice icterico permanecen iguales o bien la bilirrubina se hace progresivamente ascendente, la indicación operatoria está obligada sin retardo. Pero si dichos controles descienden, se continúa el tratamiento médico hasta que el paciente esté anictérico en cuyo caso ya se le somete a la intervención. Nuestra guía a este propósito es el siguiente: el índice icterico normal es de 1 a 10 unidades; de 15 a 16 unidades la ictericia es subclínica; y de 16 unidades en adelante la ictericia es clínica.

60.—Un enfermo con ictericia obstructiva y con un tratamiento médico correcto no debe retrasarse en llevarlo a la sala de operaciones más de dos semanas, pues se

estima que en este periodo los daños hepáticos son serios y agravan el cuadro clínico.

70.—Respecto a los problemas de colecistitis agudas con o sin empiema la conducta del servicio consiste en que las medidas de orden médico correspondientes pueden ser al mismo tiempo que curativas, ser medidas preoperatorias, en caso de que la situación infecciosa sea grave y, haga imperativa la intervención quirúrgica.

Estas medidas son: Reposo en cama, bolsa de hielo en el hipocondrio derecho, analgésicos (morfina, demerol, piramidón, cibalgina, etc.), antiespasmódicos (papaverina, atropina), antibióticos de pequeño o amplio espectro según la severidad del cuadro clínico; aspiración gástrica y reposición de fluidos y electrolitos; vitaminas como ya se mencionó; controles vitales; y controles de índice icterico, recuentos globulares y hemoglobina, sedimentación, placa vacia de abdomen, biligrafina por vía I.V., etc., etc.

Si el cuadro clínico entra en franca resolución puede esperarse hasta dos o tres semanas para intervenir a la enferma, "enfriando" el proceso como acostumbra decirse a manera de corregir los índices clínicos, bioquímicos y hematológicos. Por el contrario si la agravación del proceso continúa no obstante tales medidas, la intervención de emergencia en vías biliares se realiza.

80.—Aunque no sea una medida que ajuste precisamente en este problema de pre y post-operatorio, pero vale la pena observar que si la intervención quirúrgica se apura, el cirujano puede decidir entre la colicistectomía o bien la colecistostomía (operación sumamente más benigna, y posteriormente: 4 o 6 meses después proceder a la operación definitiva. En este caso particular en que acostumbramos colocar como drenaje de la vesícula una sonda de Pezzer, el cuidado de esta sonda corresponde sencillamente al de mantener su permeabilidad y que el material drenado se recoja para comodidad del enfermo en un frasquito adecuado o en una bolsa de plástico tal como se describirá más adelante con los tubos que drenan el coledoco.

En algunas ocasiones este drenaje se ha desprendido espontáneamente, quedando a veces, o no, una fistula residual. Este incidente no acarrea problemas a los enfermos y la operación electiva se plantea para la fecha indicada.

#### POSTOPERATORIO

1º—Resuelta y decidida la operación en las vías biliares es importante recordar, porque así se observa en el servicio, el consejo del doctor Lahey quien decía: Que eran requisitos para una buena operación de esta naturaleza:

- a) Buena luz.
- b) Buena incisión.
- c) Buena hemostasis.
- d) Buena exposición.

2º—Es axiomático entre nosotros el hecho de que toda colecistectomía debe ser drenada, en atención a que existen canalículos biliares accesorios que desembocan directamente en la vesícula y que cicatrizan entre el 5º y el 7º día.

El Penrose que puede emerger por la misma incisión de la laparatomía o bien por una contraincisión en puñalada, se puede usar con gasa o sin gasa en su interior (es más lógico usarlo con gasa para aprovechar la capilaridad). Si se saca por contraincisión, ésta debe ser lo suficientemente justa para que no extrangule el cigarrillo y no obstruya el drenaje. El cigarrillo es preferible utilizarlo ancho. Se maneja así: al tercer día que se cambia curación a la enferma se observa: si ha drenado poco (bilis o sangre) se retira al 5º día; si ha drenado mucho, se retira al 7º día. Si el drenaje de bilis continúa más allá del 7º día el origen es diferente. Cuando se cambia curación al 3er. día acostumbramos retorcer el cigarrillo y retirarlo uno a dos centímetros a manera de que adquiera su extremo interno nueva área de contacto y pueda drenar mejor. Cuando al mismo tiempo existe coledo-

costomía esta última maniobra puede favorecer una posible adherencia del Penrose con el tubo de drenaje coledociano, lo que favorece el curso postoperatorio, pues cada drenaje cumple su función y no hay riesgo de que al retirar el Penrose pueda arrastrarse el drenaje del coledoco.

Reitero el hecho de que si un enfermo requiere desde el mismo día el cambio de apósito, debe hacerse y repetirse el cambio cuantas veces sea necesario, pero en general el cambio de curación al 3er. día es el ordinario, pues no debe olvidarse que cada uno de estos actos expone en menor o mayor grado a la infección de la herida.

3º—Después de toda colecistectomía el enfermo no toma nada por vía oral por 24 horas.

4º—En algunas ocasiones se instala succión gástrica continua durante 24 horas, previniendo estómago paralítico o bien los vómitos con la consiguiente deshidratación.

5º—Como analgésico se recomienda la morfina o el demerol a las dosis usuales.

6º—Como antinauseoso se recomienda el gravol (piridoxina) o bien la promacina (largactil).

7º—La administración postoperatoria de vitaminas C, K y complejo B a las dosis usuales son siempre de rigor.

8º—Los antibióticos quedan a juicio del cirujano.

9º—La movilización; el mantenimiento expedito de las vías respiratorias, la cateterización de la vejiga urinaria; la administración de soluciones dextrosadas o de otros electrolitos así como la transfusión de sangre, etc., etc., entran dentro de los cuidados generales de postoperatorio enumerados en el capítulo correspondiente.

10—Al día siguiente como ya lo dijimos, y valga la repetición, se debe auscultar el abdomen. En el servicio consideramos, y con buenos resultados que la askisiterapia y la instauración progresiva de la dieta son los mejores medios terapéuticos para favorecer la mobilidad intestinal. Muy raras veces utilizamos fármacos con este objeto y cuando se da el caso de prescribirlos, se hace de la manera siguiente: Se inyecta por vía I.M. una ampolla de

prostigmina cuya acción electiva es en la musculatura del intestino delgado y media hora más tarde y por vía I.M. una ampolla de pitresín cuya acción electiva es en el intestino grueso. Esta acción lógica y sucesiva sanciona como normal la prescripción.

Pero lo más frecuente es que se emplee la sonda rectal en cuyo caso y no debe olvidarse que sólo puede ponerse cuando ya hay ruidos intestinales presentes, pues si no se ha iniciado el peristaltismo el efecto de la sonda es inverso, pues favorece el ingreso de gases en lugar de la expulsión. En todo caso cuando la puesta de la sonda está indicada, debe de ponerse dentro de un sello de agua el extremo libre. La sonda estará puesta por período de 15 a 30 minutos cada dos o tres horas según los requerimientos.

11—Al segundo día de la operación se inicia la alimentación por vía oral y nos ha dado un excelente resultado el prescribir exclusivamente durante 24 horas: Una o dos cucharadas de té o agua hervida cada hora. Muchas veces requieren más fluidos por vía I.M.

12—Desde este segundo día y algunas veces son las mismas pacientes quienes lo demandan se les puede levantar en silla o bien solo sentarlas a la orilla de la cama, pero las más de las veces esta acción se realiza hasta el 3er. día. Esta conducta ha resuelto frecuentemente el que las enfermas puedan orinar espontáneamente ya que estando acostadas, para muchas, es imposible realizarlo.

13—Al amanecer del 3er. día postoperatorio se les pone una enema de un litro de agua simple y pocas veces para favorecer el lavado del colon se le agrega a dicha agua, 2 cucharadas de agua oxigenada o bien 2 cucharadas de jabón líquido (enema jabonoso). Esta medida proporciona un evidente bienestar a las operadas.

14—Frecuentemente las enfermas colecistectomizadas ofrecen al primero y al segundo día elevaciones térmicas de uno a uno y medio grados centígrados (cuya etiología es tan variada que no entraremos a discutir), y casi siempre al 3er. día de operadas se observa el descenso del estado

febril (indudablemente se ha iniciado o encarrilado el establecimiento de la hemostasis).

15—A propósito de hemostasis, el criterio del servicio consiste en considerar de acuerdo con el concepto de su creador el Dr. Cannon que tarda 40 días para equilibrarse después de una intervención quirúrgica. Este criterio solidifica la opinión en el sentido de que si una paciente requiere otra intervención, lo correcto es aconsejarle que espere ese lapso de tiempo que será cuando esté en mejores condiciones fisiológicas para soportarlas.

16—Desde el 3er. día el paciente puede tomar líquidos ad libitum y una dieta blanda escasa en grasas. Gradualmente la cantidad de alimentos se hace progresiva y cuando se le da de alta entre el 7o. y 9o. días existen dos criterios respecto a la dieta: Unos aconsejan dieta libre y efectivamente nos consta de que hay muchas pacientes que la sobrellevan sin ninguna dificultad; y otros aconsejan que haya cierta restricción de grasas especialmente aquellos alimentos que contienen abundante colesterol (frijoles, lentejas, garbanzos, arbejas, aguacate, habas, manías, tiste, etc. etc.) que igualmente a muchas operadas les ha dado facilidad y bienestar en su digestión. En resumen lo conveniente es dar un consejo ecléctico y será la respuesta digestiva del enfermo lo que decidirá o no la restricción dietética.

17—Los puntos superficiales se retiran entre el 7o. y el 9o. día y los puntos profundos de contención como ya se dijo, hasta cumplir 21 días.

18—Al retirar los puntos (del 7o. al 9o. día) se le da de alta a la paciente y se le cita para control.

19—En cuanto se refiere a reanudar la actividad sexual se les prescribe un mes de reposo.

20—En cuanto se refiere a iniciar su trabajo ordinario, se les prescribe dos de reposo.

21—De acuerdo con el criterio de Rodney Maingot tenemos en mente la siguiente situación: En los primeros seis meses postoperatorios pueden existir algunos trastornos funcionales digestivas (llenura, eructos, estreñimiento o dia-

rrea, intolerancia por algún alimento, graso de preferencia, etc., etc.) que se corrigen con la administración de sales biliares (Desicol o Hepadesicol "Parke Davis") una o dos cápsulas después de cada comida) o bien asociados a algunas enzimas sintéticas por ejemplo Stamyl "Winthrop" o Enzytrol "American Medecin" 1 o 2 grageas después de cada comida).

Pero también hemos observado que enfermos imposibilitados económicamente y que no han podido darse esa ayuda para su digestión tales trastornos también han desaparecido en el lapso mencionado. Lógicamente, si la enferma ha sido correctamente operada y no hay otra patología asociada, los cólicos desaparecen radicalmente con la operación.

22—En cuanto se refiere a los cuidados per- y postoperatorios de la *Coledocostomía* es importante lo siguiente:

- a) El diámetro del tubo de Kerh es escogido proporcionalmente al diámetro del colédoco que se va a drenar. Las ramas perpendiculares se cortan oblicuamente; y a nivel, pero opuestamente al lugar de inserción de la rama larga el ayudante pellisca con una pinza para que el cirujano corte un fragmento triangular del tubo hasta abrir su luz. El tubo queda así:

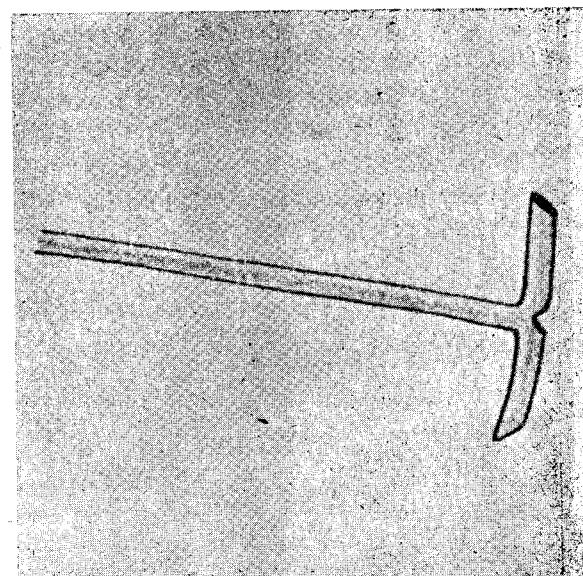


Figura No. 4

- b) Nunca introducimos un Kerh al colédoco, si antes no nos hemos senciorado con jeringa y suero, que el tubo está permeable por todas sus aberturas.
- c) Las ramas perpendiculares del Kerh tenemos cuidado de que no sean muy largas. Esta condición y la muesca triangular señalada en la figura anterior favorecen lo siguiente: que solo quede drenado el colédoco (si la rama proximal fuera larga podría cateterizarse un hepático; si la rama distal fuera larga podría irse hasta el duodeno; si las dos ramas fueran largas podrían acodarse ya introducidas en el colédoco).

Favorecen la introducción del tubo.

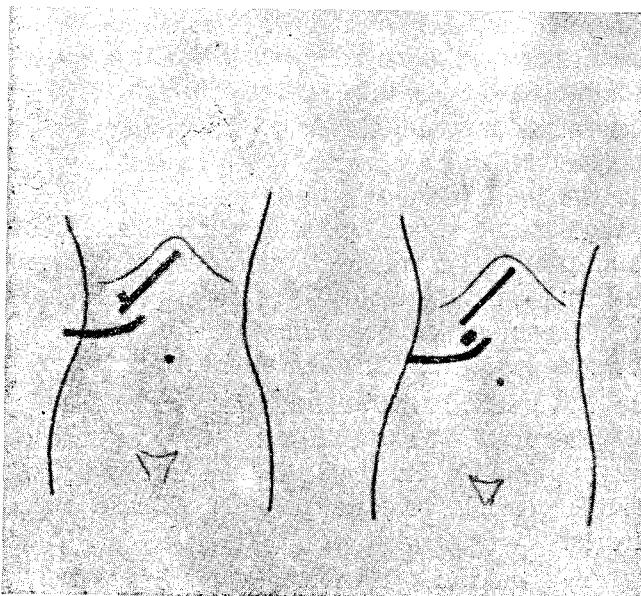
Favorecen la extracción del tubo, por razones obvias y porque la muesca triangular hace un pliegue de flexión (rodilla, propicia para introducirlo y para retirarlo).

Y, siendo lo justamente largas las ramas (no es necesario el exceso de longitud) hay menos superficie

expuesta a que la bilis precipitada, obstruya parcial o totalmente el tubo. Esta última ventaja la propicia también la muesca triangular ya referida: es una ventana más para el drenaje.

Introducido el tubo, la movilizamos hacia arriba y hacia abajo (que se juegue dentro del colédoco) así comprobamos que está bien puesto y que ninguna de sus ramas se ha acodado.

- d) Cerrada la herida coledociana (Se sobreentiende que este cuidado del tubo es per-operatorio), procedemos a inyectar suero a través del Kerh con dos objetos:  
1º—Para cerciorarnos de que el cierre es hermético —no hay escape de suero, que luego sería de bilis—, en cuyo caso, una nueva puntada corrige el defecto; y  
2º—Para movilizar —puede suceder— un coágulo sanguíneo del interior del tubo.
- e) La salida del Kerh en relación con el Penrose, que recordamos se deja en toda colesistectomía (en el lecho



6 A

6 B

vesicular y hasta la fosita de Morrison), la hacemos siempre por una contraabertura en puñalada en el flanco derecho del abdomen. Algunos, familiarizados con la incisión longitudinal sacan el penrose por herida de la laparotomía y el Kerh por el flanco derecho del abdomen así: (5 A).

Los familiarizados con las incisiones transversas (oblicuas o transversas puras), sacan el Penrose por el extremo o casi por el extremo derecho de la herida; y el Kerh por la contraincisión en puñalada así: (6 A).

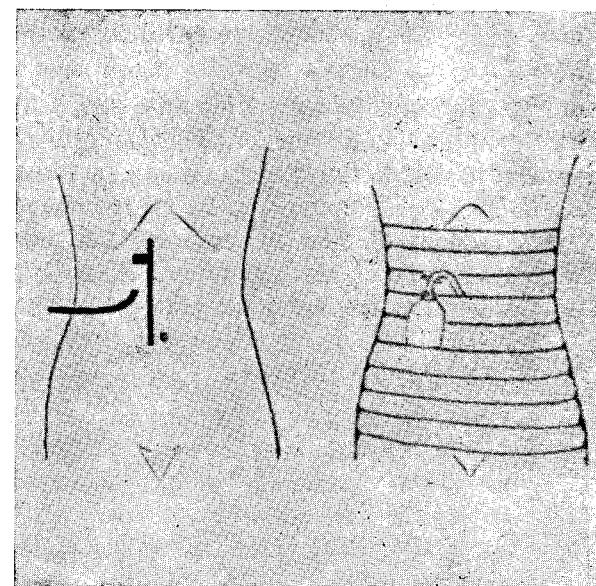


Figura 5 A

Figura 6 B.

Finalmente también hemos procedido a sacar el Penrose y el Kerh, fuera de la incisión de la laparotomía. En una incisión oblicua subcostal (de Kocher), quedaría así: (5 B).

A este último procedimiento puede atribuirse la ventaja de que la cicatrización de la herida operatoria en sí se hace mejor, al no tener involucrado ningún cuerpo extraño (drenajes).

- f) La emergencia del Kerh la hacemos en el flanco derecho del abdomen, pero no muy hacia afuera, más bien hacia adentro, pero siempre en el flanco derecho del abdomen. La razón es simple: el paciente en decubito dorsal o aún ligeramente de lado, no tiene el peligro de acostarse sobre su propio tubo, y la colocación del frasco colector de bilis es más fácil y cómoda. Finalmente una puntada simple o de McMillan con sutura de algodón, en la contraincisión, que abraza al mismo tiempo al Kerh, a unos 2 cms. de su emergencia cutánea, asegura la estabilidad del drenaje.
- g) La enferma se vende —generalmente empleamos la venda de Sculteto—; aconsejamos para recibir la bilis un frasco aplanado en dos de sus caras (de un octavo de alcohol por ejemplo), o un frasco de plástico (que pesa menos), al que se le hace una jareta de esparadrapo, que mediante un imperdible se fija a la venda. La paciente se ofrece así con su frasco colector: (6 B).

Observemos en la figura anterior, que el drenaje hace una pequeña curva, un pequeño sifón o resistencia a la salida de la bilis. Esto es intencional, con el objeto de evitar descompresiones bruscas del hígado, ya que la interferencia del drenaje a medio camino de las vías biliares, burla la resistencia fisiológica que cumple el esfínter de Oddi. La colangiomanometría aclara las dudas respecto a cifras precisas de presiones y de resistencia.

La mayoría de los pacientes sobrellevan el drenaje en la forma apuntada: Así pasan el día y así duermen. Cuando ya no requieren la venda, un cinchito simple de género les sirve para fijar el imperdible y hemos observado cómo el interés por la comodidad y seguridad en algunas enfermas, les ha hecho fabricar el cinturón con su bolsa de género adjunta, en donde colocan su frasco colector de bilis, a semejanza de una cantimplora.

Algunas veces, en los primeros días postoperatorios, hemos conectado al tubo de Kerh, un tubo de polietileno que termina en un frasco cualquiera —sirve de colector—, debajo de la cama. Algunas enfermas han continuado con este procedimiento durante todo el período en que el drenaje se requiere, aduciendo que así, nunca se rebalsa el frasco por la noche, y que al dormir en decúbito lateral, no hay el riesgo de vaciar el frasco en sus ropas. Esto es cierto. Pero a decir verdad: creemos que colocando el frasco colector de bilis debajo de la cama hay más riesgo de que un movimiento involuntario pueda desprender el tubo del coledoco, pues el tubo es largo, accesible, y el servicio de una persona ajena (no enfermera estando ya en su casa), al arreglarle las ropas de cama, por ejemplo, podrían tirarlo. Además, estando así, la enferma como sabe que no hay riesgo de que la bilis se le derrame, está confiada subconscientemente, y un movimiento brusco podría desprenderlo. (Incidente ya observado por nosotros).

Creemos que es preferible tener el frasco colector en la bolsa del cinturón, o en el cinturón mismo con el imperdible; el control postoperatorio de muchas pacientes coledocostomizadas, nos ha inducido a recomendarlo así. Se acostumbran fácilmente, vacían su frasco a cierta hora, y aún, algunas despiertan también a determinada hora para volver a vaciarlo y evitar el derrame, sin que tales cuidados las fatiguen.

Hay finalmente algunas bolsas de plástico con su pequeño cinturón de hule fácilmente adaptable a la cintura del enfermo y que hacen muy llevadero el drenaje de las vías biliares, pues por su boca superior se conecta con el tubo de Kerh y un tapón móvil de la boca inferior les sirve de drenaje.

El control de ingesta y excreta llevado en todas nuestras operadas hace que las cantidades de bilis sean rigurosamente anotadas en la columna correspondiente, especificando la cantidad total de cada 24 horas.

Hemos observado —pocas veces— que en la primera noche postoperatoria, el drenaje es ínfimo o nulo. Sabiendo certamente que el tubo fué bien colocado y que no ha habido ninguna violencia externa que lo desprendiera, no nos aflige esa manifestación. Procedemos a esperar el drenaje, cuando pasa ese estado inhibitorio del hígado —provocado por la operación en sí, la anestesia y las interferencias fisiológicas consiguientes. Algunas veces hemos procedido a hacer un lavado del tubo, para descartar la posibilidad de algún coágulo sanguíneo obstructor.

El tubo de Kerh continúa permanentemente abierto. Estimamos en el servicio, que el espasmo del esfínter de Oddie, *tarda más o menos 12 días* (siguiendo las comprobaciones experimentales de Walters de la Clínica Mayo), y es a partir de entonces, cuando procedemos hacer las *pruebas de cierre* del tubo: Una hora el primer día; dos horas el segundo día; veinticuatro horas el tercer día. Si al cerrar el tubo no hay dolor, náusea, calofrío, vómito, o “malestar” del epigastrio, se estima que el coledoco está permeable y que el curso de la bilis se hace al intestino sin dificultad mecánica (cálculo, pancreatitis), y sin dificultad fisiológica (espasmo del esfínter de Oddie). Somos aún más elásticos en el manejo del Kerh después de tales pruebas y según cada caso particular recomendamos que por varios días cierren el tubo por ejemplo: Una hora después de cada comida; otros días que la cierren dos horas después de cada comida; o bien que cierre el tubo durante todo el día (para aprovechar la bilis en la digestión) y que lo abran durante la noche (cuando no hay requerimiento digestivo de bilis). Finalmente se puede emplear como test de tolerancia para la permeabilidad del coledoco que el tubo de Kerh esté cerrado constantemente hasta por ocho o quince días. Vuelvo a repetir que estas pruebas son recomendadas de acuerdo con el juicio clínico

ajustado a la patología y a los requerimientos del enfermo.

Si todas estas pruebas se realizan sin novedad podemos ya recomendar el colangiograma a través del tubo, así como la colangiomanometría y los cultivos de bilis. El colangiograma lo hemos hecho con un preparado a base de yodo, el Urokón al 30% generalmente aunque hay también y puede ser aprovechado al 50 o 70%. Algunas veces los radiólogos lo han hecho con bilígrafina (ampolla de 20 mgs. al 50%). Recomendamos a la paciente, cerrar el Kerh durante 24 horas antes del colangiograma y que llegue al servicio de rayos X con el tubo cerrado. De esa manera el radiólogo tiene un tubo repleto de bilis, sin aire; y al inyectar el medio de contraste puede evitar —si se aprovecha la condición— en no tener imágenes falsas (burbujas de gas), en sus radiografías.

Pocas enfermas han demostrado dolor —a veces intenso—, después del colangiograma. Generalmente son aquellas donde el tránsito coledociano no es bueno (litiasis residual, pancreatitis crónica, exacerbación del espasmo esfínteriano, etc. etc.) o bien obedece a defectos de técnica: brusquedad en la inyección del medio de contraste; inyección fría del mismo o inyección de una cantidad excesiva, en relación al calibre de las vías biliares.

Para corregir esto último, sería conveniente que alguien, enterado de la anatomía del paciente, lo explicara al técnico o inyectara el mismo medio de contraste, calentándolo de ser posible en baño de maría.

Nunca hemos tenido por inyección del medio de contraste —aunque se sospeche que ha sido brusca— salida del tubo de Kerh del coledoco.

El dolor referido lo hemos tratado con reposo, bolsa caliente, papaverina (0.04 gm.) y aún Demerol (50 a 100 mgs.), Intramusculares.

Fuera del dolor ninguna otra complicación hemos tenido que lamentar.

En los casos en que el tubo de Kerh debe permanecer colocado por un tiempo más o menos largo (en pancreatitis crónica, plastias del colédoco, en reintervenciones sobre vías biliares, para aprovechar el tubo para hacer tratamientos de Pribram, etc. etc.), tratamos de que la digestión del paciente no sufra por falta de bilis. Les damos sales biliares (usualmente Desicol o Hepadesicol de la Parke Davis); y si el cierre del tubo no les provoca molestias y no hay contraindicación absoluta del cierre, recomendamos que lo cierre de una a dos horas, inmediatamente después de 1, 2 o 3, comidas principales. La bilis se aprovecha así, para la digestión. El resto del tiempo el tubo permanece abierto, pues el drenaje es el reposo requerido para las vías biliares.

La permeabilidad del tubo de Kerh la aseguramos con los lavados del mismo. En nuestro servicio son los mismos cirujanos, los encargados de hacerlo. Hemos utilizado de preferencia el Carbonato de Sodio al 5 o al 10%, a quien se le atribuye la virtud de no disolver los cálculos, pero sí de evitar las adherencias entre las paredes del colédoco y el tubo. No hemos tenido hasta ahora que lamentar, si tales lavados los hacemos con suero fisiológico.

La técnica para el lavado del Kerh es muy importante: las condiciones de asepsia deben ser muy rigurosas. Hemos visto pacientes con colangitis agudas, por contaminación externa, al lavarse el Kerh personalmente, a domicilio, en circunstancias muy especiales. Sin embargo pacientes de cierta cultura han aprendido sin efectos nocivos a hacer su lavado ellos mismos de acuerdo con la técnica y esmero que se les ha explicado.

Nosotros procedemos así: paciente en decúbito dorsal; el cirujano sentado a su derecha; la enfermera vacía de 50 a 100 c. c. de carbonato de sodio o de solución salina en un recipiente estéril; con jeringa estéril se hace el lavado del Kerh cayendo la solución usada y

la bilis en un riñón colocado a propósito. El frasco de la solución se ha cerrado luego de verter la cantidad deseada, evitando de ese modo la contaminación. Este peligro existe cuando cada jeringazo se obtiene del frasco, o bien puncionando un tapón de hule del mismo, si lo tuviera. Durante el lavado del tubo del Kerh observamos varias cosas; a veces moderada presión en el lavado moviliza una concreción de bilis y el tránsito se restablece, pues el paciente ha acusado paro espontáneo en el drenaje de la bilis, situación de alarma que siempre consultan de inmediato.

Luego observamos el olor de la bilis, que si no es súgénico y se asocia a moco por ejemplo, hace presumir infección en los canales biliares; observamos el color de la bilis, y que siendo bilis "A" (Hepática), si deja de ser amarillenta y ofrece elementos en suspensión (sedimento de sales biliares), suponemos que alguna alteración existe (infección, cálculo residual, etc. etc.), y que debe determinarse antes de retirar el tubo. El dolor intenso inmediato a la inyección del colédoco generalmente con 5 u 8 c. c. de la solución de carbonato de sodio o solución salina, nos induce a sospechar que algún problema al tránsito coledociano se presenta y que debe determinarse.

La supresión definitiva del drenaje de bilis hace sospechar que el tubo en T se salió del colédoco. Si al lavar, no restituimos a la jeringa todo o parte del líquido empleado, estamos afirmando la sospecha; procedemos a tomar un colangiograma que si lo establece definitivamente obliga a retirarlo de inmediato.

Este mismo problema, de cuando solo una rama del Kerh se ha salido del colédoco también se demuestra por medio del colangiograma y desde luego la indicación es el retiro del tubo ya que el único papel que desempeñaría el dejarlo, es el de un inútil cuerpo extraño y porque la persistencia del mismo podría dar lugar a una fistula externa de la vía biliar principal. Es muy escasa la proporción de enfermos con el re-

tiro accidental del tubo de Kerh. Creemos que el hecho de dormir con el frasco colector debajo de la cama y no adicionado al cinturón tantas veces mencionado, expone más al tubo a que pueda ser retirado accidental e involuntariamente.

El lugar de emergencia del Kerh en la piel, ofrece después de algunas semanas, una secreción serosa, que las enfermas hacen observar como "supuración"; es la reacción aséptica e irritativa de los tubos, que no amerita más que limpieza local y la explicación correspondiente al enfermo. Eso sí, los tubos de hule rojo, son más irritantes que los amarillos quizá porque tienen más plomo en sus síntesis. Además hemos observado que los mismos tubos rojos son menos resistentes y se obtruyen más fácilmente, cuando deben permanecer colocados por períodos más o menos largos. Nosotros hemos tenido que recurrir a los tubos rojos cuando se necesita un tubo de más diámetro que solo hay en la serie de los rojos y no en la serie de los amarillos.

La serie roja es hasta el número 22.

La serie amarilla es hasta el número 18.

Cuando los tubos en T permanecen colocados por períodos más o menos largos, se ofrece a nivel de su emergencia cutánea, un *granuloma*, o botón carnoso que cuando se hace grande y sangra por el roce del tubo, amerita su excisión quirúrgica con tijeras, sin anestesia, sin complicaciones, aunque puede recidivar si el drenaje continúa.

Muchas veces con el simple toque de nitrato de plata es suficiente para deshacerlos. No hemos observado ninguna degeneración maligna de los mismos y siempre hemos visto su desaparición, cuando el drenaje se retira.

En casos especiales, en que el tubo debió permanecer por mucho tiempo —años en un caso clínico de nuestro servicio—, en que el drenaje era más y más deficiente, como consecuencia de que las sales biliares ha-

bían progresivamente tapado el tubo, hubo necesidad de nueva laparatomía para retirar el tubo así obstruido, e instalar uno nuevo. Hacemos el recuerdo comparativo de que tales tubos, se asemejan a cañerías con depósitos de óxido en su luz.

La salida de ascarides a un lado de la emergencia cutánea del Kerh nos obliga a admitir que el parásito al ascender al colédoco se abrió paso por la brecha de inserción del tubo y camino afuera siguió el trayecto de la fistula ya establecida por la rama larga del Kerh. Esta eventualidad no ha significado ninguna interferencia patológica en nuestros enfermos, como tampoco la salida de uno de estos helmintos, por la rama larga misma del Kerh.

En resumen el tubo de Kerh nos ha servido para los siguientes fines:

I.—Para el drenaje de la bilis.

II.—Para colangiograma a través del mismo.

III.—Para colangiomanometría.

IV.—Solo en una ocasión, para alimentar a la enferma, con tubo de polietileno que llegaba hasta el yeyuno a través del Kerh. La paciente había recibido una coledocoyeyunostomía y el tubo en cuestión fué colocado exprofeso. Este fué realmente recurso de excepción.

V.—Para hacer tratamientos de Pribram. Creo oportuno mencionar algo a propósito de este procedimiento iniciado por este cirujano alemán, y cuyo objetivo consiste en disolver cálculos del colédoco. No es esta la ocasión de discutir ventajas o desventajas, posibilidades o no de tal método. Pribram utilizó originalmente el éter en solución alcohólica al 33% y con una jeringa de insulina hacia gotear esta mezcla a través de la rama larga del Kerh, en una cantidad aproximada de 2 a 5 c.c. Algunos cirujanos del Sur de los Estados Unidos cambiaron el éter por el clo-

roformo aduciendo que disolvía más los cálculos, pero debieron abandonarlo pronto al comprobar que lesionaba la mucosa coledociana y exponía más a las estrecheces del colédoco. Además era más doloroso que el éter debido a que el punto de fusión es menor que el del éter.

En nuestro servicio se usó la técnica original de Pribran, pero a decir verdad el procedimiento más empleado ha sido el siguiente:

- A) Paciente en decúbito dorsal.
- B) El cirujano vacía de bilis el tubo Kerh.
- C) Anestesia del Esfínter de Oddie inyectando de 3 a 5 c.c. de Novesina al 1 o al 2% (Wander) o bien con solución de Percaína al 1 x 500. Se espera para la anestesia de 3 a 5 minutos, tiempo durante el cual la rama Kerh está cerrada.
- D) Simultáneamente se hace disolver debajo de la lengua un comprimido de Trinitrina de 0.5 mgs. (Wander) cuyo objetivo es relajar el Esfínter de Oddie y que durante el procedimiento las partículas del cálculo puedan fácilmente escurrirse hasta el duodeno. No obstante algunos creen que dicho comprimido de Trinitrina debe darse hasta el final del tratamiento, a manera de que durante el mismo el éter esté en más íntimo y prolongado contacto con los cálculos al disolverse, retenidos en el colédoco merced a un Esfínter de Oddie anestesiado pero contraído.
- E) Utilizamos la mezcla alcohol Eter al 33%; llenamos una jeringa de 5 c.c. con 2 a 4 c.c. de dicha mezcla, la cual es conectada a la rama larga del Kerh. El émbolo de la jeringa lo hemos retirado. Quiere decir que por la simple gravedad la mezcla alcohol-Eter llega al colédoco y cuando la enferma acusa dolor por la distensión del mismo, al volatilizarse, sencillamente se hace bajar la jeringa más abajo del plano tangencial del colédoco a manera de disminuir la presión de la columna. Vemos entonces cómo se inicia el retorno de la mezcla alcohol-Eter con algo de bilis haciendo burbujas adentro de la jeringa. Y así sucesivamente hasta que la cantidad empleada se agota por 2, 3 o 4 veces, en parte, por la volatilización del Eter; y en parte, porque algo ha pasado al duodeno. Este tratamiento se realiza en más o menos 30 minutos. El número de veces que debe practicarse oscila entre 15 y 30 días previos a la toma del nuevo colangograma.
- F) Finalmente se inyectan en el tubo con presión positiva de 3 a 5 c.c. de aceite de oliva cuyo objeto es doble: barrer o favorecer el deslizamiento de cálculos o de fragmentos de cálculos hacia el duodeno, y proteger la mucosa coledociana de la acción irritante de la mezcla alcohol-Eter.
- h) Cuando se decide retirar el tubo de Kerh, generalmente se hace previa consulta a los médicos del servicio. Tomada la decisión se procede a lavar el Kerh con carbonato de sodio o solución salina, y ya limpio y vacío, se tira del Kerh con la prudencia necesaria. El dolor provocado es mínimo y soportable. Ha habido ocasión —muy rara por cierto—, de que no ha sido posible por primera intención retirar el Kerh no obstante un excedente de fuerza considerable al tirarlo. Temerosos entonces de que se rompiera la rama larga

del Kerh a nivel de su inserción en la rama corta y que esta rama corta quedara como cuerpo extraño adentro del colédoco (situación ya reportada) se ha procedido entonces a hospitalizar a la enferma a la cual se le coloca encima de la cama un aro metálico bien fijo y sobre el vientre. La rama larga del Kerh amarrada a un hilo fuerte, se asegura a dicho aro metálico y éste grado de tensión constante ha solucionado el problema desprendiendo el tubo en una o varias horas sin ningún incidente.

- i) Retirado el tubo se coloca una curación seca por 2 o 3 días en cuyo tiempo la cicatrización es completa sin drenaje de bilis, es decir sin fistula. La misma enferma puede cambiar la curación en caso necesario.

#### H) EN CIRUGIA DEL INTESTINO DELGADO PREOPERATORIO

1º—Se cumplen todas las medidas preoperatorias generales enumeradas en el capítulo correspondiente.

2º—En general no preocupa a los cirujanos per se, la infección que se pueda sobrevenir al tratar quirúrgicamente y por procedimiento abierto el intestino delgado, en contraposición a los graves riesgos infecciosos involucrados en la luz del intestino grueso; de ahí que medidas preoperatorias antisépticas de aquél, no se acostumbran.

3º—En el Servicio y valga la ocasión repetirlo, la cirugía del intestino delgado ha dado resultados satisfactorios, y la técnica de las anastomosis generalmente se hacen en dos planos y con técnicas abiertas, utilizando generalmente material inabsorbible (algodón).

4º—En lo que se refiere a los problemas hídricos y electrolíticos vale la pena recordar, que el enfermo sufre más en tanto que las fistulas, las resecciones, las anastomosis, se hagan más y más cerca del ángulo de Treitz.

5º—Siempre se tiene en mente que la cirugía del delgado puede dejar como secuelas alguna estenosis, de ahí

que las reparaciones se hagan teniendo en cuenta este peligro potencial (Por ejemplo, incindir longitudinalmente y cerrar transversalmente dicha incisión).

6º—Aunque la orientación de este trabajo corresponde a la cirugía electiva, conviene recordar que en aquellos casos de *oclusión* del delgado (cuadros de emergencia), las medidas preoperatorias se han colocado siguiendo los cinco grandes principios enumerados por Thorek y que son:

- a) Succión.
- b) Transfusión.
- c) Hidratación.
- d) Antibióticos o Quimioterápicos.
- e) Cirugía.

El análisis de los procedimientos empleados para satisfacer estos requerimientos, sería obvio repetirlos.

7º—Quizás sea oportuno hacer observar que en las anastomosis gastroduodenales (Billroth I) o en las anastomosis gastroyeyunales (Billroth II), se procede siempre en el servicio en tres planos de sutura reforzando siempre los puntos aquellos donde se inician las suturas y que corresponden a los llamados "ángulos de la muerte" de Pau-chet.

8º—A propósito de Billroth II el muñón duodenal es cerrado en cinco planos (exceso de cuidado quirúrgico nunca despreciable) y que ha favorecido la casi inexistencia de dehiscencias de dicho muñón.

#### POSTOPERATORIO

1º—Se cumplen los cuidados postoperatorios generales enunciados en el capítulo correspondiente.

2º—Dentro de estos cuidados generales no olvidados nunca las dehiscencias de las anastomosis consecutivas a la llamada por los franceses "asistolia de las suturas", que no es más que la isquemia de dicha anastomosis con la

consecutiva dehiscencia debida a la mala irrigación en los cardíacos descompensados.

3º—A propósito de la anastomosis gastroeyunal (Billroth II), no encontramos ningún obstáculo fisiológico ni mecánico para hacerla isoperistáltica o antiperistáltica; se escoge siempre el asa de una justa longitud, pues de no hacerlo así se expone el enfermo a las úlceras de la anastomosis.

4º—Algunas veces hacemos llegar a la sonda de Levine (obligada en el postoperatorio de toda gastrectomía) hasta el asa deferente para prevenir el síndrome de este segmento. El manejo de la aspiración ya fue discutido.

5º—Tenemos la impresión de que la yeyunostomía es generalmente mal tolerada por los enfermos. Generalmente utilizamos sondas gruesas de Nelaton (número 10 a 14) siguiendo la técnica de Witzel.

La sonda se fija a la piel con puntadas de seda o de algodón que la abrazan y la fijan. El área o punto donde emerge la sonda se elige a manera de que la dieta de yeyunostomía al utilizar la sonda llegue al intestino siguiendo la corriente peristáltica del asa. A manera de ejemplo insertamos a continuación la dieta de este tipo:

#### DIETA DE YEYUNOSTOMIA

de 3 o 4 horas después de la yeyunostomía se comienza a introducir lentamente agua, no pasando de 100 c. c. cada vez.

*A las 12 horas:* Se comienza la dieta de Ivy:

Durante las primeras 24 horas de administración de esta dieta, la fórmula de Ivy se diluye en partes iguales de agua, usando primero la fórmula No. 1 y cuando sea muy tolerada se pasa a la fórmula No. 2. También se pueden dar alternativamente las dos fórmulas.

Las comidas son dadas cada hora, día y noche.

Las fórmulas deben ser dadas lentamente, es decir: que se debe tardar la administración de 15 a 30 minutos.

Según Wolfer: Es mejor dar regularmente la fórmula No. 2 y solamente una vez al día la fórmula No. 1.

#### FORMULA No. 1:

		CarHid.	Prt.	Gras.	Ca.
Jugo de naranja	½ taza:				
Huevo	1				
Viosterol	3 gotas:	10	7	6	120
Haliver Oil	5 gotas:				
Levadura de cerveza	1 tab.:				

#### FORMULA No. 2:

		CarHid.	Prot.	Gras.	
Leche	1½ litros:				
Crema	½ litro:	95	60	152.5	
Azúcar	3½ de taza:	150	13	1.5	
Harina	130 gramos:	90	80		
Peptona	½ gramo:				
Agua	1000 c.c.:				
Sal	2 cucharadas:				
Calorías:	3340:				
		335	153	154	

#### MANERA DE PREPARAR LA FORMULA No. 2:

Disolver el azúcar en el agua. Agregar la peptona. Despues que ambas han sido cuidadosamente disueltas en agua, calentar por varios minutos. Mezclar la peptona a la solución de leche y harina. Llevar la mezcla a una llama intensa pero sin dejarla hervir. Muévase rigurosamente manteniéndola a un punto de subebullición hasta que se espese a la consistencia de una sopa de crema espesa. Mézclense, enfríense y manténganse en la refrigeradora.

#### DIETA DE YEYUNOSTOMIA DE "MEDICA MAYUM"

Cloruro de sodio .....	6 grs.
Leche cocida .....	1 litro
Nutramigen .....	100 grs.
Agua de cal .....	1000 grs.
Miel de Caro .....	70 c.c.

Dar de esta mezcla 200 c.c. cada 2 horas.

6º—A los pocos días de mantenerse la yeyunostomía se ha establecido desde luego el túnel fibroso correspondiente; y si por alguna circunstancia se llegara a desprender la sonda debe intentarse la reinserción, con el cuidado correspondiente, pero precozmente, para no desperdiciar la fistula ya hecha.

7º—Cuando se han hecho resecciones masivas del intestino delgado se sobrevienen trastornos nutricionales temporales por falta de asimilación, y los signos clínicos predominantes son la diarrea y la pérdida de peso. Se recomienda entonces como cuidado postoperatorio dar una dieta alta en proteínas (de 3 a 5 gramos por kilo de peso) y algún preparado anabólico: Nilevar (comprimidos de 10 mgs. "Searle"); Durabolín ("Organon") en frascos, ampollas de 12 y 25 mgs.; Dianabol ("Ciba") en comprimidos de 5 mgs. Todos estos son productos químicos similares o derivados de la nor-etandrolona, y favorecen el anabolismo o construcción, evitando la pérdida de nitrógeno.

8º—Las dehiscencias del muñón duodenal con la fistula correspondiente son graves: desnutren al enfermo y lo desequilibran en los factores agua y electrolitos. El poder digestivo e irritante de la piel por el contenido duodenal se previene colocando alrededor de la fistula (boca cutánea), pasta de Lazzar o bien tela de salud. Consideramos que recién establecidas las fistulas debe actuarse con calma y prudencia al manejarlas. El cuidado postoperatorio consiste en insertarle una sonda de Levine del calibre adecuado y conectar la aspiración continua, con la reposición del agua y los electrolitos correspondientes. Es-

ta conducta conservadora se puede prolongar hasta por 2 o 3 semanas, tiempo durante el cual muchas fistulas duodenales, se cierran espontáneamente. Si durante este período la fistula permanece o se agrava se puede autorizar el cierre quirúrgico de la misma.

9º—La fistula del intentino delgado bajo (ileon) consecutivas a una hernia de Richter, debe tratarse en principio conservadoramente, tratando de proteger el exceso de pérdida intestinal con una dieta de muy bajo residuo; hacer hincapié en el aseo del enfermo; se puede administrar algún antiséptico intestinal y cuando todo el proceso esté frío (sin signos inflamatorios), se puede proceder a la acción quirúrgica cerrando la fistula consecutiva al pellizcamiento hernario o bien la resección intestinal según el criterio del cirujano.

10—La cirugía del intestino delgado no impide en general el enema al tercer día. Los puntos superficiales se retiran entre el 7º y 9º día y el enfermo puede ser dado de alta en este período.

#### I) EN CIRUGIA DEL INTESTINO GRUESO PREOPERATORIO

1º—Se cumplen todos los principios generales del preoperatorio enumerados en la sección correspondiente.

2º—Potencialmente el colon tiene gérmenes patógenos que hacen correr el riesgo de la contaminación operatoria y en consecuencia —salvo situaciones de emergencia—, se debe esterilizar el intestino grueso, utilizando nosotros la sulfasuccidina (2gm. cada 4 horas per os, en tabletas de 0.5 gms. cada una), sola o asociada a la neomicina (tabletas de 250 mgs. cada 6 horas), a sabiendas de que de esta manera en 24 horas el intestino puede trabajarse quirúrgicamente sin riesgo de contaminación.

3º—Al igual que en el intestino delgado, en el servicio se prefieren las anastomosis en dos planos con puntos separados de algodón y con técnica abierta lo cual nos ha dado seguridad en tales procedimientos quirúrgicos.

4º—A propósito del intestino grueso vale mencionar que el orden en que exploramos consiste en:

- b) Tacto rectal.
  - b) Proctosigmoidoscopia.
  - c) Radiografías simples o con doble medio de contraste.
- Naturalmente que para investigaciones funcionales del colon el estudio radiológico debe ser con medio de contraste por vía oral.

#### POSTOPERATORIO

1º—Se realizan las medidas de todo postoperatorio general citadas en el párrafo correspondiente.

2º—Es conveniente después de un anastomosis del grueso hacer succión gástrica continua por 24 o 48 horas y manejando este recurso conforme fue indicado en los cuidados de la cirugía del estómago. La aspiración de líquido y sobre todo de gases mantendrá en reposo las suturas y favorecerá la cicatrización.

3º—Se debe hacer énfasis en el personal de enfermería que en la anastomosis del colon no debe ponerse la enema recomendable precozmente en la rutina postoperatoria, por razones mecánicas obvias. Para favorecer la evacuación se puede dar algún preparado de Agar desde el 2º o 3º día; por ejemplo, una o dos cucharadas de Petrolagar (Wyeth), o Agarol (Knoll), por las noches.

4º—La quimioterapia o la antibioticoterapia se continuará en el postoperatorio de acuerdo con las normas generales ya enumeradas a este respecto.

5º—El enfermo con cirugía del colon puede levantarse al 2º o 3º día, y gradualmente se hará cada vez más ambulatorio.

Puede ser dado de alta entre el 7º y 9º día.

6º—La dieta blanda puede iniciarse desde el 2º día y gradualmente aumentarse a manera que el 6º o 7º día puede tomar una dieta libre.

7—A propósito de las colostomías hemos manejado las hechas en el colon transverso o en el colon sigmoide, tanto

temporales como definitivas. Cuando hemos exteriorizado una asa intestinal, ésta se abre a las 48 o 72 horas, tiempo durante el cual el riesgo de contaminación de la gran cavidad ya ha pasado, pues la fibrina y la cicatrización del área operada han aislado la bolsa peritoneal, del exterior. Según el consejo del Dr. Allen, es indicativo de abrir una colostomía, cuando el paciente acusa náusea. La piel del enfermo debe lavarse diariamente o más de una vez al día con agua tibia y jabón y alrededor de la boca puede ponerse una tela de salud cortada a propósito, o bien pasta de Lezzar si hay factor irritativo. Estos cuidados son al principio, pues pronto los enfermos se educan en sus evacuaciones por la nueva boca contranatura y sencillamente después del aseo con agua tibia y jabón se coloca una gasa sostenida por un cinturón a propósito.

Naturalmente que los cuidados adecuados postoperatorios de la colostomía, incluyen con todo y su aparto correspondiente, las indicaciones que en el servicio damos a estos enfermos y que son las siguientes:

Todo paciente con colostomía es instruido en el cuidado de la boca mientras permanece en el Hospital. Las siguientes anotaciones son proporcionadas al enfermo con el objeto de vaciarle completamente el colon, el cual no vuelve a llenarse sino a cabo de dos días. En consecuencia si el paciente lo ha vaciado bien no tendrá movimientos peristálticos sino al cabo de dos días en que requerirá de nuevo el enema. De ahí que, por así decirlo, la frecuencia de las irrigaciones puede variar para cada paciente, incluso ser innecesarios cuando el paciente aprende a que su intestino se mueva espontánea y voluntariamente o bien en los casos en que sufre de "colon irritable", es decir, de colon espástico que ofrece de una manera caprichosa e irregular una especie de mordiscos abdominales y una formación excesiva de gases....., sucesos que aparecen en cualquier momento de la vigilia e inclusive ofrecer constipación. En resumen las irrigaciones se sujetaran al tipo de colon que posea cada enfermo. Se le explica al paciente que usará un aparato compacto para enema tipo Greer.

## IRRIGACION DE LA COLOSTOMIA

1º—Póngase la manga plástica para irrigación centrando el estoma en medio del anillo metálico y abrochando el cinturón.

2º—Llene la bolsa de hule blanco (fig 7-A) con un litro de agua tibia y cuélgelo aproximadamente metro y medio del suelo en un gancho (si Ud. no está en su casa el gancho se puede fabricar de una sercha de alambre). Retire todo el aire del tubo abriendo la válvula del cierre (fig. 7-B) permitiendo que el agua corra de la bolsa a través del tubo hasta la punta del catéter. Aplíquele vaselina en la punta del catéter.

3º—Introduzca su dedo dentro de la colostomía y determine en esa forma la dirección en la cual introducirá el pitón. Cuidadosamente inserte la cánula (fig. 7-C) dentro de colostomía aproximadamente de 5 a 8 cms. permitiendo que el agua corra mientras tanto, con el objeto de limpiar los últimos 15 a 20 cms. de colon. (Nunca fuerce la cánula en la colostomía pero empújela suavemente sintiendo la dirección mientras el agua corre libremente).

4º—Vuelva a llenar la bolsa blanca con un litro de agua y más si Ud. desea. Después de llenar el tubo con agua introduzca nuevamente la cánula de modo que el agua no se derrame alrededor del tubo, permita que el agua corra lentamente de la bolsa. Si se presenta un retorcijón interrumpe el paso del agua hasta que pase el dolor y después permita que el agua corra nuevamente.

La mayoría de las personas soportan un poco menos que un litro de agua, pero algunas otras soportan mayor cantidad. Cuando el enema está completo retire el catéter y sostenga la punta de la manga con un clip. Es de notar que es muy importante introducir tanta agua como sea posible en el colon durante la irrigación porque esto estimulará la contracción del colon y su vaciamiento. Enemas muy pequeños tendrán resultados muy pequeños. La mayoría de las pacientes esperan 15 minutos con la manga del drenaje en el inodoro. Algo del agua habrá retornado durante este período de tiempo. Entonces enjuague la man-

ga de drenaje con agua de un pichel o llene la bolsa blanca con agua y permitale que corra a través de la manga. Doble el fondo de la manga hacia arriba contra la parte alta del aparato y sosténgalo con clips de modo que Ud. pueda dejar el cuarto de baño.

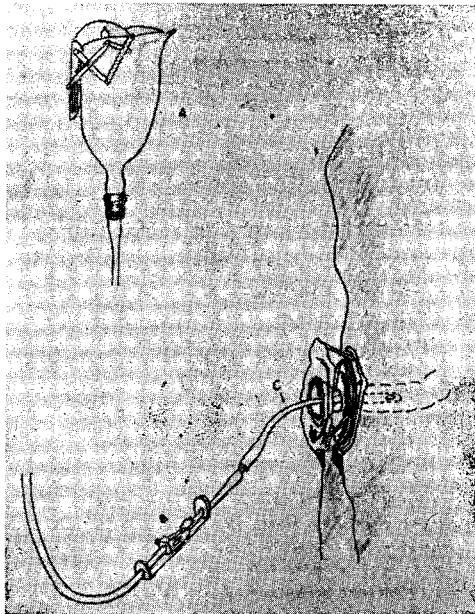
Durante los 45 minutos después que Ud. ha terminado esta primera irrigación la mayoría del agua retornará.

5º—Aproximadamente 45 minutos después que Ud. ha terminado la irrigación coloque el tapón a la colostomía, dicho tapón se encuentra en el equipo. Ponga un Kleenex dentro del tapón colóquese sobre la colostomía con el objeto de atrapar cualquier retorno extra de moco o de agua. Ud. debe de dejar de usar dicho tapón tan pronto como sea posible porque dicho tapón favorece que la colostomía haga protrusión. Una pequeña curación de gasa colocada directamente sobre la colostomía y sostenida por un cinturón elástico es el método ideal.

Discusión: Si Ud. permite que el agua corra muy rápidamente en su colon, o si Ud. usa una gran cantidad de agua o si el agua es muy fría Ud. puede sentir vahido y presentar sudoración o atarantamiento. Algunas veces se presentan vómitos. Ocasionalmente después que se ha introducido el agua en el colon saldrá tres, cuatro horas más tarde y entonces solamente pequeñas cantidades repetidas. Esto significa que Ud. tienen un colon irritable. Recuerde que el colon puede ser solamente irritable cuando USTED está irrigable o aprehensiva o preocupada. En otras ocasiones puede actuar normalmente. Nosotros le daremos medicamentos para aliviarle esta condición si fuera necesario.

Si toda el agua introducida en el colon no regresara no se alarme ya que el agua es simplemente absorbida y en las horas subsiguientes la vejiga se llenará y vaciará con mayor frecuencia. Ud. debe ser muy cuidadosa y nunca forzar la cánula en el colon cuando haya obstáculo.

Ud. puede perforar el colon y causar peritonitis. El colon no tiene nervios por consiguiente la perforación no siempre produce dolor inmediato. Sin embargo si un dolor severo le sobrevienen después de la introducción dificultosa de la cánula llame al médico por teléfono. Afortunata-



(Figura 7).

damente las perforaciones son raras. Para prevenir esta catástrofe se le ha entregado una sonda de Foley No. 24 francés para usarla en las irrigaciones. Note que el extremo de la misma es blando. Recuerde que el procedimiento de irrigación es simplemente un enema para obtener una limpieza completa y que se necesita un cierto tiempo para vaciar el colon. El colon debe ser completamente vaciado o Ud. con toda seguridad tendrá movimientos adicionales después de las irrigaciones. No se descorazone si no aprende rápidamente a irrigarse el colon porque toma varias semanas antes de que no considere experto.

#### VARIACIONES A LA TECNICA DE IRRIGACION

El método arriba descrito es presentado solamente como una guía; su técnica de irrigación debe ser individualmente establecida. Por ejemplo: Ud. puede querer empe-

zar con medio litro de agua y repitir la irrigación con otro medio litro después de cada retorno. O tal vez Ud. prefiere usar más de un litro de agua para la primera irrigación. O posiblemente a Ud. le gustará ponerse un litro o más después de cada movimiento intestinal, estas son algunas variaciones de la técnica a usarse.

Ocasionalmente sal o bicarbonato se le puede agregar al agua de irrigación. Algunos pacientes agregan una cucharada de sal para cada litro de agua. Si Ud. desea nosotros le podemos dar un polvo para enema llamado "Lavema" manufacturado por la Cía Winthrop. Lavema puede ser comprado en las farmacias. En la mitad del contenido de un sobre en un litro de agua tibia es la mezcla apropiada. Lavema estimula el intestino de modo que el movimiento intestinal después del enema es más pronto. Generalmente es inocuo pero si da vómitos o retortijones con usar menos polvo desaparecen.

#### CUIDADO DEL APARATO DE IRRIGACION

El equipo de irrigación que nosotros usamos más frecuentemente es el COMPACTO GREER para colostomía. Las instrucciones para su cuidado vienen con el aparato. La dirección de la Cía Greer es la siguiente.

Greer Manufacturing Company  
3805 Broadway  
Oakland II California.

**DIETA:** A Ud. se le ha presentado una dieta que debe ser seguida por espacio de seis semanas después de salir del Hospital. La dieta simplemente omite las comidas que producen gases (arvejas, frijoles, repollo, pescado) o movimientos frecuentes (frutas, jugo de fruta y verduras tales como espinaca y tomates). Habrán otras comidas que Ud. personalmente deberá evitar y Ud. se dará cuenta de cuáles son. Seis semanas después de la salida del Hospital Ud. regresará a la que considera una dieta normal Ud. encontrará que algunas comidas todavía le producen dia-

rreas, o gases y que deberá omitirlas permanentemente.

**EL BAÑO:** Ud. puede bañarse en bañera o con regadera en cualquier momento. La colostomía puede ser sumergida. No se debe alarmar si hay pequeña hemorragia alrededor de los bordes de la colostomía de vez en cuando. Esto es natural. No trate de esterilizar la piel alrededor de la colostomía, con yodo, alcohol o soluciones antisépticas. Trátela como cualquier otra parte del cuerpo, solamente con agua y jabón. No use curaciones estériles.

8º—Nos ha sorprendido y de la manera más grata la forma excelente en que algunas pacientes han sobrelevado el cuidado de la colostomía, demostrando lo que significa la buena voluntad para colaborar con el médico en una situación como esta, que significa per se, una contradicción a la fisiología y anatomía humanas. Dos ejemplos breves ilustrarán lo antes dicho, y el objeto de ilustrar esta tesis con tales casos significará deseo de combatir la falsa creencia de más de algún médico y de muchos enfermos de que la colostomía es un procedimiento que imposibilita el curso normal dentro de la vida en sociedad.

La primera enferma fué una cocinera, de escasísima cultura a quien por enfermedad de Nicolás y Favre, se le hizo una colostomía permanente en el transverso. La enferma forzada por la lucha de subsistir, logró educar de tal manera su hábito intestinal, que 6 meses después de ser operada explicó a su ayudanta de la cocina con quien dormía, en el mismo dormitorio, no había ni siquiera sospechado que ella evacuaba sus heces por un ano contranatura. Desde luego reafirmó, tampoco la patrona, pues de haber sido así, hubiera perdido el empleo. La Señora vive actualmente y se dedica con eficiencia a su trabajo.

La segunda enferma fue una Maestra de Educación Primaria a la que se le hizo de Emergencia una Colostomía transversa por un cáncer del Síntesis inoperable. Aprendió maravillosamente el manejo de la Colostomía y durante ocho meses post-operatorios antes de morir, ejerció su carrera docente, asistía a mitines académicos, y a fiestas y a celebraciones de una manera tan normal como cualquier persona sana. Además y este es un buen con-

sejo como cuidado post-operatorio, sirvió de ejemplo y de consejera para algún otro enfermo que también recibió Colostomía, dándole explicaciones y demostraciones prácticas del cuidado de esta operación. Murió como dijimos al décimo mes, de caquexia cancerosa.

9º—En las resecciones abdominoperineales se acostumbra colocar en la gran cloaca perineal, ya sea un empaque de gasas vaselinadas o bien grandes manojo de Penroses que sostienen con puntadas flojas, de nalga a nalga, a manera de mantenerlas in situ. A las 48 horas y bajo anestesia general (Pentotal, Batinal), se retiran las gasas de vaselina o los empaques de Penrose, y se vuelve a colocar uno u otra material, según la preferencia del cirujano. Esto se puede repetir una vez más pudiendo ya ser necesaria la anestesia en la segunda o tercera ocasión. Desde el 6º y 8º día se hacen en esta cloaca irrigaciones suaves con tintura de Yodo al 1% o 2% el que es un antiséptico suave que al mismo tiempo estimula el tejido de granulación. Al ser dado de alta el enfermo al 10º o al 12º día se hará baños de asiento con agua hervida, que mantendrá vacía y limpia la cloaca que progresivamente granula hasta su cierre definitivo.

10—En cuanto se refiere a los cuidados post hemorroidectomía, se acostumbra retirar el rollo de gasa vaselinada que se dejan insinuadas en el recto a las 24 hrs. El uso del Demerol en estos casos debe ser liberal: 100 gms. cada 4 horas P. R. N. Desde el 2º día se inician las dilataciones rectales, teniendo cuidado de inyectar 1 hora antes el analgésico. Las dilataciones se hacen diariamente en la primera semana; en días alternos en la segunda; y dos veces por semana en las siguientes dos.

11—La dieta es libre desde el 2º día y el enfermo puede de levantarse en silla si lo desea. Para ayudar en la evacuación del intestino se puede administrar por la noche una o dos cucharadas de Agar tal como fue indicado en el cuidado postoperatorio de este mismo capítulo, pues la idea actual consiste en hacer que el enfermo evacúe pronto y no retener la función de defecar, artificialmente.

12—Desde el 2º dia se hacen lienzos calientes locales cada hora, lo que provoca un gran alivio. Estos lienzos se hacen hasta el 3º dia inclusive, tiempo durante el cual si el enfermo lo desea y como ya está más ambulatorio puede cambiar por baños de asiento 2 o 3 veces al día.

13—El enfermo puede ser dado de alta entre el 3º y 4º dia postoperatorio.

14—Si por ejemplo en la tarde o en la noche siguiente a una hemorroidectomía, se presenta hemorragia, la conducta a seguir es la siguiente:

- a) Paciente a sala de operaciones o bien a la clínica anexa al servicio.
- b) Anestesia: Pentotal o Batinal.
- c) Posición: la preferida por el cirujano (De la Talla, Prona o bien la de Sims);
- d) Introducción del anoscopio.
- e) Se introduce a través del anoscopio, una compresa que lleva en su centro una puntada fuerte de seda o de algodón y a manera semejante a como se hace en un drenaje de Von Mikulicz, se hace el empaque de esta compresa invertida dentro del anoscopio hasta la justa cantidad.
- f) Se retira el anoscopio;
- g) De la puntada de seda o de algodón se tira entonces de la compresa hasta llegar al área operada y sangrante en que se suspende la tracción y la hemostasis es realizada por compresión directa.

Al dia siguiente se puede retirar una de la gasa del empaque; por la tarde puede retirarse otra y al subsiguiente dia por la mañana se retira totalmente. A veces a las 24 horas puede retirarse totalmente el taponamiento y de una sola vez.

#### J) EN CIRUGIA DE LAS HERNIAS PREOPERATORIO

1º—Se cumplen todos los cuidados de orden general a propósito.

2º—Se debe hacer una correcta evaluación de los enfermos en cuanto se refieren a los tosedores crónicos, fumadores, cardíacos, enfisematosos, si ya han sido operados de hernia, y estas han recidivado etc; etc., a manera de corregir o disminuir al mínimo todos aquellos esfuerzos que como la tos por ejemplo puedan exponer a resultados desafortunados de la hernioplastía.

3º—Los enfermos obesos son particularmente malos candidatos para esta cirugía. Se les envía al dietista para seguir el régimen de reducción.

4º—Tanto el tejido adiposo mencionado anteriormente como los focos sépticos implican riesgos potenciales de contaminación; y debe tenerse presente que una hernioplastia infectada es potencialmente una hernia recidivada, de allí que los cuidados preoperatorios y postoperatorios de la piel, aunque por se deben ser siempre muy atendidos, son particularmente acentuados en la cirugía herniaria.

5º—En aquellos casos de hernias gigantes cuyo contenido ha perdido "derecho de domicilio" en la gran cavidad peritoneal (grandes hernias por deslizamiento, grandes hernias umbilicales), hemos empleado el procedimiento preconizado por el cirujano argentino Goño Moreno, del neumoperitoneo preoperatorio, cuya finalidad consiste en distender progresivamente la gran cavidad peritoneal por medio de aire para que el domicilio del contenido herniario sea adecuado durante la plastía.

La técnica usada consiste en inyectar en una de las fosas iliacas y por medio de una jeringa y con llave de 3 vias una cantidad diaria que se inicia con 300 c. c. de aire, insertando una aguja hipodérmica, un trocar adecuado, o una aguja de raquianestesia según lo requieren la pared abdominal de la paciente tratada y previa inyección de anestésico local en lugar de la inserción. Una curita simple local o bien con colodión completan el acto. Sucesivamente y ya sea cada dia o cada dos días o cada tercero según la tolerancia del enfermo se puede subir hasta 1000, 1500 o 2000 c. c. el aire inyectado en la gran cavidad. El enfermo puede acusar sensación de malestar abdominal

y moderada disnea, sin trascendencia, pues la patogenia de este cuadro es de orden mecánico por elevación forzada de la hoja diafragmática. La embolia gaseosa nunca la hemos observado.

Al final de 10 a 15 días de tratamiento, la enferma puede ser llevada a la sala de operaciones.

#### POSTOPERATORIO

1º—No cabe aquí discutir la multiplicidad de técnicas de hernioplastias ni el material de sutura a emplearse, pues esto está enmarcado dentro del estricto campo de la técnica quirúrgica y según la escuela y hábitos de cada cirujano.

2º—En las hernioplastias donde la disección es amplia y hay espacio muerto los drenajes de Penrose son muy útiles y se retiran a las 24 o 48 horas. Consideramos que un hematoma acarrea posibilidades de infectarse y un absceso potencialmente lleva inherente la recidiva de la hernia.

3º—En las hernioplastias umbilicales o incisionales y en las pacientes de edad avanzada o en los que han sido sometidas a dietas de reducción es siempre útil la faja abdominal, la cual puede prescribirse según cada paciente hasta por 1, 2 o 3 meses postoperatorios.

4º—En las hernioplastias inguinales o crurales sólo se les coloca el apósito fijado con esparadrapo. Aquel vendaje elástico y comprensivo que hacia espicas en a raíz del muslo, creemos que es inoperante: sólo sirve para cubrir el apósito estéril ya fijado por el esparadrapo, y siendo elástico, si obstaculiza la circulación venosa de retorno.

5º—El tiempo en que un enfermo operado de hernia debe ser levantado de la cama, es *variable*, aunque nosotros generalmente lo recomendamos al tercer día, no olvidamos que si un enfermo para tomar sus alimentos, beber líquidos, para orinar o para defecar se le obliga a tenerlo en la cama, los esfuerzos de que desarrolla para cumplir esas funciones son problemáticamente estando acostado, mayores que el

esfuerzo que haría por una sola vez para sentarse o pararse, y así poderse valer por sí mismo en esos menesteres.

6º—Los puntos de piel se retiran entre el séptimo y noveno día.

7º—Los puntos de contención en las grandes hernioplastias inscionales por ejemplo, se retiran hasta el final de la tercera semana.

8º—Si las ocupaciones del operado llevan inherente un esfuerzo físico moderado se le dá la libertad para cumplir con su trabajo sin limitaciones de esfuerzo después de tres meses; pero aún recomendamos seis meses de reposo de esfuerzo si el régimen de labores del enfermo implica grandes esfuerzos físicos (herreros, plomeros, cargadores de bultos). Quiere decir que el objetivo de estos cuidados pre y postoperatorios tiene como finalidad, el evitar la recidiva herniaria.

9º—Conviene advertir que las disecciones amplias y laboriosas del ombligo, o las inscionales, exponen al shock y también a infecciones dada la extensión del área cruenta y manipulada. Como consecuencia la transfusión pre y postoperatoria son dignos de tomarse en cuenta lo mismo que los antibióticos.

10—En fin, como pasa en cualquier herida o cicatriz operatoria, es frecuente que los enfermos se quejen de "ardor local" o de prurito" o de sensación de "fuego en la herida". La simple aplicación de alguna crema facial (productos de belleza), ayudándose con no rosarse las ropas, cintos o cinturones en el área operada corrigen la queja.

#### K) EN CIRUGIA GINECOLOGICA PREOPERATORIO

1º—Se cumplen todas las prescripciones de orden general en el preoperatorio expuestas en el capítulo correspondiente.

2º—Se pone especial interés y cuidado en las pruebas biológicas (Galli Mainini), en exámenes de sangre como la eritrosedimentación; y en otros estudios complementarios (Papanicolaou, frotes vaginales por leucorrea, biopsias seria-

das del cuello, biopsias del endometrio, test hormonales, etc. etc), que contribuyen a hacer cuanto más exacto el diagnóstico ginecológico y evitar errores.

3º—En fin, la consulta a especialistas contribuye a puntualizar mejor cualquier requerimiento clínico específico de cada paciente.

## POSTOPERATORIO

1º—Se cumplen todas las prescripciones de orden general ya enumeradas.

2º—Ocupa un lugar preferente en el cuidado postoperatorio la askisiterapia; de allí que desde el propio día de la operación se inicien los movimientos pasivos que luego se transforman en activos para mantener un estado circulatorio adecuado, de preferencia en los miembros inferiores y en la pelvis por la mayor incidencia de trombosis en la cirugía ginecológica, máxime cuando las enfermas son un tanto obesas y mayores de 40 años.

3º—Desde el día siguiente de la operación y esta ha sido una especie de predica singular y cortante en el servicio, se hace la búsqueda de aquellos signos clínicos indicadores de la flebotrombosis. De allí que rutinariamente en especial para estas enfermas el interno y los externos del servicio hacen la siguiente exploración: Signo de Homans': consiste en colocar la palma de la mano en la planta del pie estando el pulgar encima del mismo y a provocar una dorsiflexión del mismo pie, si el paciente tiene una flebotrombosis acusa dolor de la pantorrilla; Signo de Pyr: se coloca la palma de la mano en la planta del pie a manera de abrazar el borde externo del mismo con cuatro dedos (el pulgar queda en el dorso del pie), y al comprimir la zuela venosa de Lejars se provoca, si la enferma tiene flebotrombosis, dolor local y también en la pantorrilla; Signo de Alejandro: consiste en la supresión del pulso femoral del lado afectado; Signo de Pratt: consiste en la aparición de unas venitas (3, 4 o 5) perpendiculares al borde anterior de la tibia. Además de eso existe cierto grado de edema

maleolar; disposición del pulso y la temperatura y la enferma ofrece cierto grado de malestar indefinido o no altera su estado general pero que no la hace sentirse bien, por ser difuso y universal. Aunque esto es capítulo de semiología y de clínica, ha esbozado de manera esquemática, porque es una práctica clínica en el cuidado postoperatorio de las pacientes del servicio.

4º—Los enfermos se les levanta precozmente y la dieta gradualmente se mejora, de líquida a blanca y al cuarto o quinto día pueden tener dieta libre.

5º—Los puntos superficiales se retiran del séptimo al noveno día y los puntos profundos al completar tres semanas.

6º—Si se les ha dejado una gasa vaginal simplé, yodoformada o bien con alguna jalea antiséptica (con sulfas por ejemplo gantrisin vaginal), se retira a las 24 horas.

7º—Se les explica a las enfermas a las cuales se les ha practicado una histerectomía abdominal que tendrán algún derrame sanguinolento hasta por quince días, sin trascendencia. Esto obedece a que la cúpula vaginal en nuestra técnica, queda parcialmente abierta y propicia para el drenaje del área subperitoneal pélviana.

8º—A propósito, a todas las pacientes y para corregir esta molestia se les inician las duchas vaginales con agua tibia a partir del quinto día postoperatorio, las cuales pueden continuarse diariamente o cada dos días según los requerimientos. Después de dos semanas la enferma hará sus duchas vaginales una o dos veces por semana según su hábito. Empleamos para tales duchas substancias que tengan un pH bajo con antiséptico suave, como por ejemplo los polvos de Massengill en la proporción de dos cucharaditas para un litro de agua. El equipo para la irrigación es estéril y la presión requerida para la corriente de agua se obtiene colocando el depósito de 75 cm. a un metro de altura de la pelvis de la señora, estando ésta en decúbito dorsal y debajo de sus caderas un bacín ad hoc. Un kotex o una curación estéril complementan este cuidado.

9.—Se les recomienda un mes de reposo sexual a partir de la operación, ilustrándolas si es que lo preguntan que no habrá ninguna variante para ella y su cónyuge, por haber sido intervenida quirúrgicamente de sus genitales.

10.—Es frecuente que las enfermas hysterectomizadas tengan temor de adquirir caracteres masculinos y la sospecha de perder la libido, máxime si saben que se les han extirpado los ovarios. Esta creencia que podríamos decir está situada dentro del "folklore" médico de nuestro país, nos ha permitido desvanecer esa afirmación empírica y en cuanto se refiere a la indiferencia sexual, explicándoles que el interés de ese género, la libido y el orgasmo, obedecen a mecanismos de orden psíquico y efectivo preferentemente y no localizados exclusivamente en el área física de los genitales.

El temor de volverse obesas también ha ameritado una explicación.

11.—El cuadro climatérico después de la ooforectomía bilateral ha sido a veces dramático. Algunas lo han presentado precozmente y otras un poco más tarde.

Ha predominado en este síndrome, el trastorno vasomotor consistente en "incendios" o "llamaradas" u "oleadas de calor", así como sudores abundantes, sensación de tener fiebre, dolores dorsolumbares, estreñimiento, insomnio, y cierto grado de inestabilidad emocional. El cuidado usual que le hemos dado consiste en primer término en la psicoterapia (que dicho sea de paso y valga mucho tenerlo en cuenta, la psicoterapia según la gente entendida en esta materia debe ser hecha por el médico o cirujano general y no por el psiquiatra especializado), y preparados hormonales a base de estrogenos y testosterona (el preparado usual ha sido el Primodian Depot ("Shering Alemana"), por vía I.M. cada 3 o 4 semanas una inyección por un período de 3 a 6 meses, espaciándose después la terapéutica según los requerimientos).

Hemos observado cómo la adaptación o reajuste endocrino se sobreviene gradualmente, e inclusive en algunas enfermas que no han podido ayudarse de esta manera por

razones económicas, poco a poco el reajuste sobreviene.

12.—Las enfermas que han recibido correcciones plásticas perineales con o sin histerectomía vaginal, las tenemos con sonda vesical (de Fowley) permanente durante 5 días. Durante este tiempo permanecen en cama aunque a algunas se les permite levantarse en silla con la sonda cerrada mientras tanto. Se les instituye una dieta sin residuo y a veces se les agrega cápsulas con extracto tebálico (5 cgr.; excipiente cantidad suficiente), para evitar el peristaltismo intestinal y que la enferma no tenga evacuación durante esos 5 días. La idea es que las suturas no se manchen de heces ni se mojen con orina, lo que pondría en peligro la buena cicatrización. Al 50. día se retira la sonda de Fowley teniendo cuidado de controlar el residuo de orina vesical (que no sea más allá de 30 a 50 c.c.) controlado por un nuevo cateterismo después de haber orinado espontáneamente. Si el residuo es mayor de 50 c. c. se reinstala la sonda permanente por 3 a 5 días más a manera de corregir la atonía vesical. Toda enferma que tiene una sonda permanente por el riesgo de la infección que potencialmente existe, recibe un quimioterápico o antibiótico. Nosotros acostumbramos las sulfas por ejemplo, el Gantrisin de la casa Roche a la dosis de 2 tabletas tres veces al día durante 5 a 7 días; o bien el Lederkin (Lederle) a la dosis de 1 gm. inicial y luego 500 mgs. por 5 a 7 días. (Cada tableta tiene 500 mgs. de Sulfametoxipiridazina).

El mismo 50. día en que se retira la sonda vesical la enferma recibe un enema de un litro de agua; puede levantarse a caminar; se le permite dieta libre y 2 a 3 días después, es decir, al 70. u 80. día puede ser dada de alta.

13.—El día del alta se le hace un tacto vaginal y un examen del perineo, control que solo beneficios acarrea.

14.—A veces elevaciones febriles entre el 30. y 50. día postoperatorio hacen sospechar un pequeño absceso en la cúpula vaginal. El examen digital de dicha cúpula para drenar el absceso y ratificar la no existencia de una gasa o compresa en la vagina, complementándolo con duchas vagi-

nales tibias se ha solucionado este problema; se agregan también antibióticos.

15—La hemorragia de la cúpula vaginal, a veces precoces y a veces tardías (cuya etiopatogenia es la infección y necrosis de la cúpula vaginal), se corrige con:

- a) Taponamiento.
- b) Antibióticos.
- c) Transfusión en caso necesario.

El taponamiento puede tardar 24 horas y podrá repetirse si el caso lo amerita.

16) El "follow up" se continua con regularidad.

## L) EN CIRUGIA DE LAS VARICES

### PREOPERATORIO

1º—Se cumplen todas las prescripciones de orden general ya anotadas y se les hace el estudio y la exploración correspondientes que son del dominio de la clínica y de la semiología tales como venogramas, linfogramas, pruebas de Mahorner, de Ochsner, Trendelenburg, Perthes, etc. etc.

2º—A las enfermas embarazadas no se les practica operación de las venas varicosas salvo circunstancias muy especiales. Preferimos esperar que pase el puerperio inmediato para recomendar la cirugía.

3º—A las enfermas obesas obligatoriamente se les somete a una dieta de reducción.

4º—Las enfermas que han tenido procesos infecciosos agudos (tromboflebitis) tampoco les recomendamos la cirugía precoz ni mucho menos durante el episodio agudo. Esperamos de 4 a 6 meses para que el proceso inflamatorio se haya resuelto y así proceder a la operación. Tenemos ejemplos muy trágicos en sus consecuencias y secuelas, de cuando la cirugía se ha instituido durante el momento agudo del proceso inflamatorio. En este sentido somos radicales en contra de la opinión de algunos otros. El tratamiento médico de la tromboflebitis ha consistido en: reposo; aliviar el dolor con analgésicos usuales (aspi-

rina por ejemplo); infiltraciones del simpático lumbar una o dos veces diarias durante varios días si el caso lo requiere; antibióticos; vendaje del miembro hasta medio muslo; lienzos calientes y a veces deambulación precoz.

5º—Supresión de focos sépticos (alejados o bien en los mismos miembros inferiores como son: las dermatitis; las úlceras varicosas infectadas, pie de atleta, etc. etc.).

6º—La úlcera varicosa no se cura con ungüentos; se mejora o cierra totalmente con el reposo con el miembro un tanto elevado, poniendo para ello un trozo de madera debajo de los pies de la cama y cuidando de no provocar la elevación del miembro con una almohada por ejemplo, ya que este procedimiento aplasta o comprime las venas de la pantorrilla dificultando el retorno venoso que es precisamente lo que se persigue con la posición de declive.

7º—Los simples lienzos de agua caliente cada hora, complementándolo con el reposo en declive del miembro entero es un magnífico recurso para nosotros.

8º—Muchas veces hemos asociado también los antibióticos y la biopsia del área para descartar otras posibilidades.

9º—También en los casos de úlceras rebeldes y siempre que su origen sea varicoso nos ha dado excelente resultado el uso de la bota de Unna que mantiene el paciente ambulatorio durante 4 a 6 semanas y cuyo principio consiste en que merced a la anaerobiosis derivada de la aplicación de la bota crece el bacteriofago de D'Herelle, que hace factible la cicatrización. La bota de Unna debe colocarse incluyendo la región plantar del pie hasta los dedos; el pie en un correcto ángulo recto respecto a la pierna, y por arriba llegar hasta inmediatamente por debajo de la rodilla. El grosor de la bota debe ser parejo. La fórmula de la pasta de Unna es la siguiente:

Oxido de Zinc:	150 gms.
Gelatina:	150 gms.
Glicerina:	350 gms.
Agua:	300 c.c.

El procedimiento para prepararla es así: se empapa la gelatina en agua hasta que se ablande; se añade glicerina y se calienta en agua. Se tamiza, se vierte sobre el óxido de zinc y se bate. Se echa en un molde y se corta en bloques para ser derretidos al usarlos.

10—Cumplidos todos estos requisitos de orden clínico y exploratorio se procede a la cirugía, acto durante el cual y como siempre, priva el criterio del cirujano para decidir el tipo de operación que va a practicar en cada caso.

#### POSTOPERATORIO

1º—Se cumplen todas las medidas de orden general postoperatorias ya enumeradas.

2º—Acostumbramos dar como analgésico, derivados del Piramidón y en pocas ocasiones se requiere de los opioceos para ese fin.

3º—Inmediatamente que se termina la operación se vende el o los miembros operados desde el extremo de los dedos hasta medio muslo, de manera uniforme y utilizando vendas elásticas.

4º—Al día siguiente la enferma se hace ambulatoria, revisando el vendaje.

5º—La dieta al día siguiente es blanda, y el 20. puede ser libre; el analgésico es a base de aspirina.

6º—Generalmente se les da de alta al 3er. día, aunque en casos especiales podrían darse de alta aun al 10. o 20. día.

7º—Los puntos superficiales se quitan entre el 50. y 70. día.

8º—El vendaje compresivo lo recomendamos por 2 a 3 meses más después de la operación. Creemos que la venda es mejor que la media elástica porque el grado de compresión se ajusta mejor al requerimiento individual. Sin embargo las enfermas prefieren el uso de la venda elástica por facilidad de su empleo. Pero tanto la venda elástica como la media elástica se les recomiendan que se la pongan desde que se levantan, es decir, desde que se visten y que se la quiten hasta que se desvisten, para dormir.

9º—Cuando existen algunas pequeñas secuelas, no obstante la operación se les aconseja lo siguiente:

- a) No aumentar de peso, fuera de lo que corresponde a edad y talla.
- b) La obediencia de usar la venda o media elásticas.
- c) No permanecer mucho tiempo de pie a lo cual se obliga a algunas operadas por razones de trabajo.
- d) De ahí que les haga gran beneficio de que a media mañana y a media tarde, así como después de almuerzo hagan reposo acostadas durante 10 minutos, elevando él o los miembros operados entre 100. y 150. de Trendelenburg.
- e) Lo anterior se complementa haciendo el mismo grado de Trendelenburg durante la noche aplicando los trocitos bajo los pies de la cama en la forma ya apuntada.

10—Cuando después de la cirugía y estos cuidados, persisten molestias por algunas venas varicosas residuales, entonces empleamos el procedimiento de esclerosar estas venas y los productos que hemos tenido a la mano son: el Morruato de Sodio al 5 o 10% y el Sylnasol. Para esta técnica se coloca una ligadura adecuada; se cateteriza la vena y se inyecta no más de 2 c.c. en cada vena elegida para esclerosarse; durante 1 o 2 minutos la ligadura permanece puesta para que la inyección cumpla su cometido. El dolor que algunas veces ha sido intenso post-inyección esclerosante se ha aliviado con reposo, aspirina o cibalgina.

11—En algunas áreas que corresponden al trayecto de las extracciones venosas (striping), aparecen áreas de equimosis a veces extensas. El tratamiento ha consistido en ilustrar a los enfermos al respecto de que esa manifestación es intrascendente y en varios días la reabsorción será completa.

12—Es categórico el cuidado postoperatorio de estas operadas en el sentido de que sus medias se las deben sostener con faja en la cintura y que son prohibidas las ataduras elásticas, los nudos u otras ligaduras o amarres que la

gente de pueblo para sostenerse esas prender de vestir.

13—Creo oportuno llamar la atención dentro de estos cuidados postoperatorios el hecho de que algunas enfermas acusan molestias aparentemente por várices y en realidad lo que tienen es pié plano. Los soportes adecuados en este caso harán desaparecer las molestias.

14—Naturalmente que durante el período postoperatorio y según lo demande cada caso, se hará nuevo estudio radiológico (venogramas) nueva evaluación clínica que podría hacer dictar nuevas operaciones (safenectomía externa, resección de poquitos váricos, simpatectomías lumbares, etc). Igualmente en el período postoperatorio y en atención a trastornos circulatorios concomitantes hemos ayudado a algunos enfermos con farmacos dilatadores (tipo papaverina o derivados) o bien aquellos medicamentos que favorecen el mayor aflujo sanguíneo a los miembros, como el Arlidin por ejemplo (Arlington Funk).

15—El aseo con la simple agua y jabón de los pies sobre todo con el tipo de paciente descalza, así como los cuidados de no provocarse heridas en aquellos pacientes campesinos, que favorecen la puerta de entrada para posibles dermatitis y flebitis ha sido también un cuidado constante. El ideal no siempre satisfecho por razones económicas y raciales es de que las enfermas usen zapatos y de consiguiente medias, pues algunas por esas mismas razones emplean caites, que al tener el pié desnudo siempre se exponen a las infecciones antes mencionadas.

## V) RESUMEN Y COMENTARIO

Los resultados finales del tratamiento quirúrgico en nuestro medio han mejorado notablemente durante los últimos diez años, todo debido indudablemente al esmero y cuidado que se ha puesto en el manejo de los pacientes sometidos a las mismas, y que es en este servicio donde son un ejemplo de dedicación constante.

Como se dijo en la Introducción de esta tesis el objeto de la misma de ninguna manera pretende que los cuidados pre y postoperatorios expuestos en ella, sean los mejores o

los únicos, sino que se les considere como aquellos que en nuestras manos y en nuestro medio han dado resultados satisfactorios todo ello.

Todo ello no es debido sino gracias al empeño, disciplina y orden de trabajo que todos y cada uno de los cirujanos y personal de enfermería han puesto, coordinando y superando sus esfuerzos contra obstáculos y contratiempos frecuentes entre nosotros, logrando poner al servicio como ejemplo y orgullo en cuanto al correcto manejo del paciente quirúrgico se refiere.

Es útil hacer énfasis en la labor de trabajo en equipo que se está llevando a cabo entre nosotros con tan buenos resultados y que cada día que pasa se va perfeccionando, en favor del tratamiento del paciente confiado al servicio.

En el primer servicio de cirugía de mujeres se ha llevado el archivo de los registros de las enfermas durante los últimos diez años de trabajo, llegando hasta la fecha a poseer bases suficientes, sobre todo en los tratamientos pre y postoperatorios para seguirlos y recomendarlos como rutinas.

Lo mismo puede decirse del "seguimiento" postoperatorio (Follow up) de las pacientes, que como se dijo anteriormente, a pesar del medio social y de cultura es cumplido por cerca del ochenta por ciento de las operadas.

También es nuestro deseo al exponer el manejo pre y postoperatorio del paciente quirúrgico entre nosotros, que tanto los médicos que hacen cirugía como los practicantes que siguen de cerca la aplicación de dichos cuidados, no los descuiden ni subestimen ya que el éxito de la operación y convalecencia, será nada más reflejo de la acuciosidad en la aplicación de los mismos. Como dije al principio habrá otros aspectos de la cirugía más impresionantes y espectaculares pero quizás ninguno tan necesario e imprescindible.

En la mayoría de las veces y es necesario decirlo, se sale de la Escuela con el mal conocimiento de dichos principios, y no es sino en la vida profesional con el estudio más dedicado y especializado, por decirlo así, que se adquiere mejor aplicación práctica de lo que un cuidado pre y posto-

operatorio significa para el paciente y para el cirujano.

Como se pudo apreciar, la mayor atención de este trabajo se dirige al paciente tiroideo, gástrico, biliar o ginecológico, ya que al ser el servicio de mujeres es esta la cirugía más frecuentemente realizada.

También se llama la atención en la necesidad urgente del Hospital General sobre el mejor funcionamiento técnico y académico, del Departamento de Anestesiología. Nos consta que pacientes que son buenos riesgos quirúrgicos son malogrados por fallas durante la anestesia. Es obvio que el mejor equipo anestésico rendirá en mayores beneficios finales para el paciente.

Si esta Tesis es de alguna utilidad como elemento de consulta en aquellos casos donde existe duda al estudiante o médico general respecto a la aplicación de los cuidados pre y postoperatorios a seguir, consideraré que el trabajo presente no fue en vano y me sentiré muy satisfecho.

## VI CONCLUSIONES

- 1) Se revisaron los cuidados pre y postoperatorios del 1er. Servicio de Mujeres del Hospital General a propósito de 526 operaciones practicadas en dicho servicio durante los años de 1959 y 1960.
- 2) El resultado final de la ampliación de dichos cuidados ha sido muy satisfactorio y se aúnan esfuerzos por mejorarlos.
- 3) Se hace la exposición de dichos cuidados en cada una de las cirugías que se efectúan con más frecuencia en el Servicio.
- 4) Se hace énfasis en la importancia del trabajo en equipo en la preparación y tratamiento del enfermo quirúrgico.
- 5) Se llama la atención respecto a la importancia de mejorar el Departamento de Anestesiología del Hospital General.
- 6) y por último, se recalca la importancia de continuar el "seguimiento" postoperatorio ("follow up") que en nuestro servicio se ha hecho cuidadosamente durante los últimos diez años.

## VII BIBLIOGRAFIA

- 1) Mason and Zintel: "Preoperative and Postoperative and Postoperative Treatment".  
W. B. Saunders Company, 1946.
- 2) Thorek: "Surgical Errors and Safeguards"  
J. B. Lippincott Company, 1943.
- 3) Symposium on Preoperative and Postoperative Care"  
The Surgical Clin. N. Amer. Vol. 20 Number 4. 1940.
- 4) Symposium on Postoperative Complications, Prevention, Recognition and Treatment. Lahey Clinic Number. The Surgical Clin. N. Amer. June 1944.
- 5) Symposium on Management of the Surgical Patient.  
The Surgical Clin.  
N. Amer. Nationwide Number. October 1945.
- 6) G. Walters "Chronic Oligemia in Surgical Patients"  
Ann. Surg. 153:507, 1961.
- 7) Peden, Maxwell, Ohin and Moyer "A Consideration of Indications for Preoperative Transfusions" Ann. Surg. 151, 303; 1961.
- 8) Glassmar and McNealy "Care of the Surgical Patients". The Williams S. Wilkins Co. Baltimore 1959.
- 9) Symposium on preoperative and Postoperative Care.  
The Surgical Clin. N. Amer. 39: 1565, 1959.
- 10) Quinteros, Ladisiao: "Importancia del Control Radiológico del Tórax en el Preoperatorio". Tesis de Graduación 1959.
- 11) García Guillili: "Coledocostomía: Breves Consideraciones sobre su manejo. Revista Juv. Méd. No. 82, Abril 1959".

CARLOS LAVARREDA REYES.

Vo. Bo.  
Dr. Julio de León M.,  
Asesor.

Imprimase:  
Dr. Ernesto Alarcón,  
Decano.