

CUIDADOS PRE Y POSTOPERATORIOS EN CIRUGÍA DIGESTIVA

Dr. A. GIMÉNEZ SALINAS

El enfermo a operar del aparato digestivo requiere una preparación preoperatoria eficaz para el feliz éxito de la intervención.

Aparte de las medidas generales comunes a todas las intervenciones, hay que preparar el enfermo según la viscera afecta.

Entre las medidas generales tenemos en primer lugar la eliminación de los focos sépticos, sobre todo amígdalas, rino-faringe, dentadura y senos paranasales. La intervención puede reactivar focos que estaban latentes antes de la operación, pudiendo originar septicemias, gastritis, absceso pulmonar, etc.

Todos nuestros enfermos pasan por la pantalla, donde se les explora el tórax. Hemos visto en más de una ocasión que en lesiones mínimas en estado de latencia sin manifestaciones clínicas, han provocado una agudización del proceso después de la intervención.

Necesaria la exploración cardíaca, en caso de dudas colaboramos con el internista. No operar nunca en fase de descomposición. Nos parece útil y práctica la prueba de la apnea voluntaria; si el enfermo no aguanta la respiración veinte segundos, indica insuficiencia cardio-vascular.

Examen del sistema periférico, tomar tensiones, la hipotensión contraindica la intervención. Interesante la prueba de Rhen del veritol; el valor pronóstico de dicha prueba ha sido objeto de publicación por los doctores PUIG SUREDA y TORNER.

Hacer Wasserman sistemáticamente. Examen de sangre, orina e hígado. No operar hasta llegar a cifras normales.

Preparación psíquica. — Las condiciones psíquicas alteradas antes y durante la intervención pueden perturbar el postoperatorio del enfermo; hay que pensar que la intervención presupone un traumatismo psíquico y que se han descrito casos de muerte súbita antes de empezar la operación.

El estado emocional si no es tratado actúa sobre la concentración de calcio y potasio, provocando una acidosis postoperatoria por las perturbaciones que ocasiona sobre la vida vegetativa. El enfermo debe ir convencido que la operación le curará y ha de ser el cirujano quien le ha de inculcar la energía moral necesaria para un buen curso postoperatorio.

El enfermo debe ser sometido a un estudio del sistema neurovegetativo; fácil por su sencillez el reflejo óculo-cardíaco; éste se considera positivo si las pulsaciones disminuyen más de doce por minuto. Hay que preparar el enfermo vagotónico o bien que presente una anfotonía con predominio vagal. La hipertonia vagal no sólo es causa de inhibición cardíaca en el acto operatorio, sino que su tratamiento actúa sobre el shock operatorio evitando la vasodilatación, y la plétora del área esplácnica levanta el tono del miocardio y combate la extrasístolia, la taquicardia paroxística y la fibrilación auricular.

El curso tumultuoso que siguen muchas gastrectomías en individuos jóvenes, creo las debemos atribuir a alteraciones neurohormonales por predominio vagal, como creemos también que muchas muertes cursadas con hipertemia atribuidas a la muerte hepática de los autores ingleses, no es otra cosa que alteraciones diencéfalo-hipofisarias provocadas por trastornos del sistema nervioso vegetativo.

Debe tratarse la hipertonia vagal con atropina.

Hígado. — Hay que tener presente la fácil pérdida de su capacidad funcional en

bígados no suficientemente preparados motivada por la anestesia y la intervención quirúrgica. El hígado es la víscera que más puede comprometer el éxito operatorio. En caso que la clínica y el laboratorio indiquen insuficiencia hepática, debe postergarse la intervención.

Debe mantenerse la reserva del glucógeno hepático necesario para el buen funcionamiento de la glándula hasta el acto operatorio. Recordar que la reserva de glucógeno hepático se altera en las afecciones endocrinas, sobre todo en lo que se refiere al páncreas, hipófisis y suprarrenales. Tratamiento preoperatorio a base de glucosa, vitamina C, extracto hepático e insulina a pequeñas dosis. No hace falta que el enfermo a operar esté en ayunas desde la noche anterior; muchos enfermos que se operan a última hora de la mañana están 16 horas sin tomar alimento. Es aconsejable hasta incluso unas horas antes de la intervención que el enfermo ingiera té con glucosa y unas gotas de limón, varias tomas de 200 c. c. de té con 30 gr. de glucosa.

Las fuerzas físicas y morales del enfermo se recuperan. La glucosa, si el enfermo retiene la bebida, es absorbida por la mucosa lingual; por lo tanto, hay absorción, no digestión de lo ingerido, que pudiera perjudicar el acto operatorio. El paciente, de esta manera protege su hígado, recibe 4 calorías por gramo de glucosa absorbido; además, el líquido ingerido contrarresta el que se pierde en el acto quirúrgico.

Hidratación. — En el preoperatorio es de suma importancia el restablecer la pérdida de agua y de electrolitos. Para ello nos valemos de los síntomas de deshidratación: facies hundida, sequedad de mucosas, oliguria, etc. En cuanto a la hipocloremia, tenemos: náuseas, intranquilidad, oliguria, fiebre, distensión abdominal, etc.

En un enfermo quirúrgico complicado pierde por evaporización unos 2.000 gr. A esto se añade lo que pierde por la orina, de 1.000 a 1.500 gr. La pérdida será, por lo tanto, de 3.000 a 3.500 gr. de agua. Si al enfermo no se le puede dar agua, se le administrará por vía parenteral una cantidad igual a la que elimine.

Si existen pérdidas anormales de electrolitos, vómitos, intubación, fistulias, etc., creemos necesaria la fórmula de COLLES y MADDOCK: «Por cada 100 miligramos que el nivel de cloruros del plasma necesita ser elevado para alcanzar la tasa normal (560 miligramos por 100), el paciente debe recibir 0'5 gr. de sal por kilo de peso.»

Normalizada la tasa de cloruro sódico, las exigencias de agua se completarán con suero glucosado. Hay que dar la cantidad de agua y cloruro sódico que haga falta, y nada más. Es corriente en nuestros hospitales el ordenar al personal subalterno la hidratación del enfermo, sin saber la cantidad exacta que necesita; el exceso conduce al edema, con las consiguientes alteraciones físico-químicas del medio interno, como conduce al edema también la hidratación de un enfermo con déficit de proteína si éstas no se corrigen.

La hidratación, sin saber de antemano el estado de proteína del plasma, conduce al fracaso del tratamiento. Sabemos que la tasa normal es de 7 a 8 gr. por 100 si las proteínas descienden a 5'5; comienza el edema visible, pero el latente empieza en cifras más altas.

La hipoproteidemia en cirugía gastrointestinal, además de las alteraciones físico-químicas del medio interno, ocasiona edema de las suturas gastrointestinales y facilita la dehiscencia de la herida laparotómica, siendo facilitada esta complicación por los íleos y afecciones pulmonares frecuentes en enfermos con déficit de proteína. Para medir la cantidad de plasma que necesita son útiles las medidas que se emplean para los quemados; así, por cada unidad que el hematócrito esté por encima de lo normal — 45 c. c. — deben inyectarse 100 c. c. de plasma. Si no se dispone de hematócrito se mira la cantidad de hemoglobina y se darán 50 c. c. por cada unidad que la cifra encontrada pase de lo normal — 100 por 100 —. Ejemplo: 110 de hemoglobina será 110 menos 100 = 10; 10 por 50 = 500 c. c. de plasma.

Hemos dicho en breves palabras las normas generales a seguir. Mencionaremos lo más resumido posible las normas según la afección y región afectada.

Hemorragia gástrica. — Distinto criterio según los médicos. Si se opera morfina como a todo shockado, dieta absoluta, coagulantes, vitamina K y calcio. La hemorragia ocasiona pérdida de proteínas del plasma; de aquí la poca eficacia del

suero si no restaura las proteínas previa transfusión o plasma. El aumento de urea que presentan es de causa extrarrenal y debida a una deficiente oferta al riñón en condiciones de tensión no fisiológica; se cura tratando la volemia. La anoxemia de los tejidos por déficit de hemoglobina, repercute en tejidos nobles, miocardio y sistema nervioso; no operar con una tasa inferior al 60 por 100 de hemoglobina, y si está por debajo de los 2.000.000 de hematíes hacer transfusión previa. Hay que mirar grupos sanguíneos de los familiares y hacer transfusión si pelagra la vida del paciente, y se va a operar inmediatamente; la transfusión después de una tercera hemorragia, difícilmente eleva la tensión.

Si es posible, Wasserman, glucosa y urea en sangre; el enfermo debe ingresar en clínica en la cual haya laboratorio y equipo de transfusión.

No operar obesos ni tarados, tampoco si la hemorragia va precedida de temperatura, o si la fiebre posthemorrágica es más elevada o persistente de la debida a un proceso de reabsorción, ya que la hemorragia puede ser debida a una congestión local de la úlcera y todo proceso agudo aumenta el riesgo operatorio.

Hemorragia gástrica postoperatoria. — Dicha afección no debe confundirse con el líquido sacado por aspiración continua de aspecto hemático debido a la mezcla de coágulos con el contenido gástrico; la hemorragia postoperatoria altera en gran manera el estado general del paciente, produce taquicardia y descenso de la tensión arterial.

Una vez lavado el estómago con sonda gruesa, vemos que persiste la hemorragia, la sangre es más roja que la producida por retención de coágulos; previa transfusión y tónicos periféricos, se lavará el estómago con sonda gruesa, alternando agua caliente con agua helada durante 10 ó 12 veces, a partir de las cuales dejamos el estómago vacío introduciendo por la sonda una solución de percloruro de hierro al 5 por 100 disuelto en el agua del lavado, solución que dejamos actúe sobre la mucosa gástrica. Es necesario tener paciencia y saber esperar, insistiendo en estas maniobras; más de una vez hemos tenido que estar más de dos horas al lado del enfermo hasta conseguir el cese de la hemorragia. Es de muy mal pronóstico la repetición de la hemorragia. Si ésta persiste no queda otro remedio que reoperar, ya deshaciendo la sutura o bien practicando una gastrotomía, operaciones de mal pronóstico dado el estado precario del enfermo; a la hipotensión que presenta se sobreañade la provocada por el acto operatorio, impidiendo de esta manera ver el vaso que sangra por la hipotensión misma.

Úlcera gastroduodenal. — Además de las medidas generales se mirará la reserva alcalina si ha sido sometido a tratamiento intenso de alcalinos. Hidratación, vitaminas y vigilar hipoproteinemia. Entre las vitaminas hay déficit de vitamina C si ha sido sometido a un tratamiento médico prolongado.

Comidas ligeras antes de la intervención, lavados gástricos la noche antes de la operación y momentos antes de la misma. En enfermos desnutridos, transfusión previo conteo de hematíes y tasa de hemoglobina. Procurar operar con el estómago exento de papilla si ha sido visto a rayos X; la caída de bario en peritoneo durante el acto quirúrgico agrava el pronóstico de la intervención. En las úlceras duodenales que clínica o radiológicamente se presuman adherencias con el páncreas, se deben dar abundantes hidratos de carbono debido a la frecuencia de reacciones hipoglucémicas debidas a una pancreatitis, ya que ésta, por autólisis o bien por sobreactividad, libera un exceso de insulina.

Estenosis pilórica. — Una vez diagnosticada la causa de la estenosis, haremos lo posible si es factible no operar en fase de descompensación, ya que tratando el espasmo o la tumefacción inflamatoria sobre añadida al ulcus cabe la posibilidad de operarlo en fase de compensación. Si fracasa el tratamiento médico, no debe perderse tiempo, ya que los hidratos de carbono fermentan, la albúmina sufre putrefacción, parte de los gases se eructan y otros son absorbidos alterando el estado general, sobreviniendo pérdida del peristole gástrico, hipoalimentación, deshidratación, alcalosis por pérdida de cloro, oliguria y azoemia.

La preparación será a base de grandes cantidades de suero y también suero hipertónico, y más teniendo en cuenta que se ha de proceder a grandes lavados gástricos preoperatorios que siempre aumentan la deshidratación. Con la solución salina se compensa la pérdida de líquido y cloruro sódico, se normaliza el meta-

bolismo mineral y la uremia por falta de sal. Dar transfusión o plasma para combatir la hipoproteinemia, tónicos, vitaminas y estircina.

Neoplasia gástrica. — Como son viejos es preferible tenerlos levantados antes de la operación. Transfusiones preoperatorias en caso de hemorragia por neoplasia; de todas maneras, parece tener más efecto la transfusión practicada después de la operación. En caso de lúes, si el diagnóstico de neoplasia es seguro no se debe diferir la operación; si hay dudas, un tratamiento específico puede aclarar la existencia de una sífilis gástrica. En los Estados Unidos, en enfermos con sífilis activa son sometidos a tratamiento durante unos días para proteger al cirujano de un contagio, accidente operatorio, pinchazo, etc. Lavados gástricos, sobre todo si hay retención; que duerman con el estómago vacío para recuperar el tono de la musculatura gástrica, de gran importancia para el buen funcionamiento postoperatorio de la neostomía. Hidratación, mirar proteínas siempre bajas en estos enfermos y medicación vitamínica a dosis masivas, sobre todo A, B y C.

Retención gástrica postoperatoria. — Empleamos la aspiración gástrica sistemáticamente en nuestros enfermos operados de estómago. Introducimos la sonda en el acto operatorio si la anestesia es local, de espáncnicos o extradural, y por la tarde, si la anestesia es general. Raramente son necesarios más de dos días para que el agua aspirada salga ya limpia o bien denote la presencia de bilis de importancia en el Billroth I, ya que demuestra la permeabilidad de la boca anastomótica. Si se obtura la sonda generalmente por coágulos, hay que inyectar agua a presión por la sonda con una jeringa o bien lavar el estómago con sonda gruesa. Hay que tener presente la pérdida de electrolitos que supone la aspiración para ser compensada por vía parenteral.

Si persiste la retención gástrica, estudiar la causa que la motiva; íleo paralítico, insulto peritoneal, absceso de pared (vía refleja), desequilibrio humoral, círculo vicioso y edema de la neoboca.

Círculo vicioso. — Debido generalmente a defectos de técnica, lo hemos observado en una gastroenterostomía paliativa por neoplasia; la anastomosis tuvo que hacerse alta, el cuadro cedió con aspiración continua.

Atribuimos el edema de la boca anastomótica a la flogosis existente a nivel de la sutura por el trauma quirúrgico, al que se añade el factor espasmódico. Hemos soventado todos los casos con lavados gástricos y aspiración continua sin necesidad de antiespasmódicos; por lo visto, al curar la inflamación dejando en reposo la región afecta, se vence el factor espástico sobreañadido. No hemos tenido necesidad de practicar operaciones complementarias como la yeyunostomía.

No todos los casos de hipoproteinemia presentan el edema de boca, pero sí algunos de ellos, sobre todo neoplásicos deficientemente preparados; hay que tener en cuenta para ser corregido, el descenso de proteínas, aproximadamente de 1 gr. por 100, que motiva el acto quirúrgico, y que no se recupera hasta el quinto día de la operación.

Diarreas en operados de estómago. — Provocada por el paso rápido de alimentos no digeridos al intestino motivada por una hipo o anaclorhidria, gastroyeyunitis o gastroduodenitis, miastenia gástrica, etc. Hay que tratarlas en colaboración con gastropatólogo, ya que si persisten agotan rápidamente al enfermo. Examinar la tolerancia alimenticia; a muchos operados la naranjada o la leche les provoca diarrea. Nosotros las combatimos con dieta hídrica y láudano; no hemos tenido ninguna mortalidad por esta causa en cirugía gástrica. En los casos que como causa se presume una miastenia gástrica se deben dar tónicos (estircina) e insulina.

Fístula duodenal externa. — El fallo de la sutura gastroduodenal o del muñón duodenal, es causa de la peritonitis generalizada o bien de la fístula duodenal externa; ésta la hemos visto tanto en el Polya como en el Billroth I. Entre los cinco y siete días de la operación el enfermo acusa malestar general, a veces febrícula y contractura ligera en epigastrio; aparece flogosis de herida operatoria; al explorar ésta cortando algún punto e introduciendo una lengueta, damos salida a líquido retenido provocado por el fallo de sutura gastrointestinal o del muñón duodenal. Otras veces la salida es espontánea. La conducta a seguir es un drenaje

eficaz con un tubo de goma con varios agujeros en su extremo distal; debe ponerse este tubo en contacto con un aspirador. Proteger la piel de los fermentos protolíticos pancreáticos con pomadas a base de óxido de cinc, polvo de aluminio y aceite mineral.

Hay que tener presente la pérdida de agua y sales por la fistula para ser repuestas al enfermo. En una ocasión pudimos pasar una sonda de aspiración por vía nasal, que saliendo por el fallo de sutura pudo reintroducirse en el duodeno y alimentar así al enfermo.

En heridas limpias en las que no hay absceso y suficientemente fuertes para aguantar la presión de un taponamiento y sin haber obstáculo en el intestino distal, debe intentarse la cura con tapón de aceite para que el líquido vuelva a su tránsito normal.

Oclusión intestinal. — Ante un enfermo ocluido interesa saber el diagnóstico diferencial entre oclusión mecánica y oclusión por estrangulación con lesiones vasculares del meso, diagnóstico que nos lo suministra los datos clínicos del enfermo; en casos dudosos el no mejoramiento de un enfermo con aspiración endodigestiva que funcione bien, nos hará llevar el enfermo a la sala de operaciones.

Como es sabido, en la oclusión por estrangulación la operación es urgente. La sonda de Miller-Abbot está contraindicada únicamente por el tiempo que requiere para su colocación, que obliga a retardar la operación. No obstante, en un enfermo con mal estado general que requiere una preparación preoperatoria corta pero intensa, se puede aprovechar para intubar incluso si es posible durante el acto operatorio por maniobras internas; se puede ayudar a la sonda a pasar el píloro de esta manera, dejar puesta la intubación para el curso postoperatorio. Es de todos conocido el perjuicio que sufre la sutura por la distensión abdominal postoperatoria.

En las oclusiones mecánicas hemos de separar las del intestino delgado de las del colon. Es sabida la disminución de la mortalidad operatoria desde que se emplea la intubación preoperatoria; ésta evita el cuadro tóxico con la eliminación de líquidos y gases retenidos, combate el shock producido en el acto operatorio por la evisceración de las asas en busca del motivo de la oclusión y permite hacer una sutura intestinal correcta sin el peligro que acarrea la misma sutura en un asa discendida.

En la oclusión mecánica del intestino grueso, antes de intubar hemos de tener la certeza de la permeabilidad de la válvula ileocecal en dirección colon-íleon. Cuando ésta es impermeable se nota la distensión clásica del marco cólico, con la ausencia de gas en el intestino delgado comprobado por rayos X. El ocluido de colon que no mejora de su distensión abdominal y de su estado general con la intubación y en los casos de impermeabilidad retrógrada de la válvula ileocecal, tiene que practicarse la cecostomía o colostomía.

La intubación sin las medidas necesarias para tratamiento del desequilibrio humeral que presenta el ocluido, conduce al fracaso del método.

El ocluido pierde líquido por vómitos o bien por la aspiración; se calcula que por el vómito se pierden unos 3'3 gr. por litro de cloruro sódico y por la aspiración unos 5'7 gr. por litro.

La pérdida de ion cloro aumenta cuanto más alta sea la oclusión, conduciendo a un estado de alcalosis; ésta se produce porque al perderse cloro la base que deja libre se combina con el carbónico aumenta el bicarbonato del plasma. El organismo se defiende eliminando sodio por la orina y para eliminar éste lo hace aumentando la diuresis, y por lo tanto la deshidratación; de aquí la importancia de la reclusión interna de estos enfermos.

El dar agua a un paciente que vomita o que lleva una intubación alta, aumenta la deshidratación, ya que, según PETERS, las secreciones digestivas contienen de 0'5 a 0'6 gr. de cloruro sódico por 100. Al ingerir agua, ésta se incorpora dicha sal, que arrastrará al exterior con el vómito, originando una pérdida de salina con la consiguiente pérdida de la presión osmótica que el organismo tendrá que neutralizar aumentando la diuresis, y por lo tanto la deshidratación.

Para que surta efecto el restablecimiento hidrosalino, hemos de atender al déficit de proteínas que presenta todo ocluido; ésta se presenta ya de por sí en enfermos tarados infectados y con mal estado general; a esto hemos de añadir la pérdida de plasma intraperitoneal, intrainestinal y en las paredes intestinales del

ocluído. Parece ser que la pérdida de plasma en la luz intestinal es debida a la distensión del asa, sobre todo en el intestino delgado; por lo tanto, la intubación al evitar la distensión evitará también la pérdida de proteínas. Por lo tanto, intubación, suero y plasma son indispensables en el preoperatorio del enfermo ocluido. Como vitaminas, mencionaremos la B; ésta aumenta el tono de la musculatura intestinal, además su déficit acarrea trastornos en el metabolismo hídrico. La inhalación de oxígeno provoca la eliminación del nitrógeno sanguíneo y de los tejidos, teniendo en cuenta que el gas intestinal es casi todo nitrógeno, es de suponer que la oxigenoterapia provocará el paso de nitrógeno del intestino a la sangre y los tejidos al disminuir en éstos la tensión de nitrógeno. La hormona córtico-suprarrenal actúa regulando la distribución del metabolismo hidromineral; actúa también sobre la permeabilidad capilar, y por lo tanto evita la pérdida de plasma en la luz intestinal.

Peritonitis (preoperatoria). — No operar sin poner el enfermo en condiciones de soportar la intervención por mínima que ésta sea; con esta norma se ha logrado disminuir la mortalidad tan elevada tiempos atrás. Para ello hay que actuar rápidamente, pues interesa operación precoz; el peritonítico es un enfermo que vomita, por lo tanto tiene que ser hidratado; es de suma importancia la restauración de la pérdida de cloruros, con su administración disminuye el cuadro tóxico. A la absorción de toxinas por el proceso peritoneal se asocian las absoridas en la luz intestinal por el íleo peritonítico soañadido. De aquí la importancia de la aspiración con el objeto de eliminar estas toxinas, mejorando al mismo tiempo las alteraciones de la función respiratoria provocadas por la distensión y la toxemia. Combatir el shock y pérdida de líquidos con tónicos periféricos y transfusión sanguínea. En peritonitis neumocócicas, sulfamidas, y esperar localización del absceso. En enfermos con mal estado general que llegan tardíamente al cirujano y no se recuperan a pesar del tratamiento, es mejor no operar y seguir tratamiento médico. Quizás más adelante la localización del proceso pueda ser curada por un simple drenaje en un absceso. En estos casos es de aconsejar las normas de OCHSNER: posición de Fowler, calor local, dieta absoluta, venoclisis intensa, morfina cada cuatro horas y aspiración intestinal.

Peritonitis postoperatoria. — Es indudable que casi siempre es debida a defecto de técnica, pero no hay duda que una mala preparación del enfermo o un curso postoperatorio mal llevado han sido la causa de muchas peritonitis con exitus del operado. Hemos visto en las necropsias cómo un coprolito provocaba el fallo de una sutura intestinal cólica; hemos comprobado que un áscarí ha pasado a través de una sutura ileocólica; enemas dados por personal subalterno han provocado el fallo de sutura cólica o del muñón apendicular; tardar a poner la aspiración a un ileoparalítico reflejo puede convertirlo en peritonítico; los estados anémicos, avitaminosis, lúes e hipoproteinémicis facilitan los fallos de sutura.

Hay que dar sulfamidas o penicilina como preventivo en los enfermos que en el acto operatorio ha habido una difusión peritoneal. Nosotros sulfamidamos intensamente a los perforados gástricos; hay que hacer lo mismo en las operaciones que hubo hemorragias o hematomas. Hemos comprobado peritonitis hipersépticas por infección de estas pérdidas intraperitoneales; es innegable la afinidad microbiana de estas colecciones. El tratamiento será a base de hidratación, tónicos, transfusión, oxigenoterapia y aspiración. El exitus es lo corriente en esta complicación.

Ileo postoperatorio. — Cuatro palabras sobre este cuadro, pues su importancia es tal que será objeto de una nueva publicación junto con el doctor LLAUDÓ. Es fundamental el diagnóstico diferencial entre el íleo paralítico reflejo, el peritonítico, el mecánico y el mecánico inflamatorio; en todos ellos se nos han presentado en el postoperatorio, y no siempre es tarea fácil.

Sin diagnóstico exacto no hay tratamiento posible; es más, una terapéutica inadecuada lleva en ello la vida del enfermo; dar enteroquinéticos a un íleo provocado por una peritonitis localizada es difundir el proceso; practicar una enterostomía a un íleo paralítico es ir directo al fracaso. Hay que tener presente que la urea elevada, la deshidratación, la insuficiencia hepática, las complicaciones pulmonares como expresión del cuadro tóxico dan cuadros de íleo postoperatorio. Es

muy cómodo decir que el íleo paralítico es de origen reflejo, pero hay que buscar el factor que produce dicho reflejo. Cuántas veces ligeras maniobras nos han bastado para vencer este cuadro, tales como abrir un absceso de pared, el retirar un drenaje apendicular o subhepático, el vaciar un absceso de Douglas, abertura de un coleperitoneo al exterior, etc. Es en el íleo postoperatorio donde la aspiración endodigestiva ha tenido su más exacta aplicación.

Intestino grueso. — Colon derecho. Casi siempre intervenciones debidas a neoplasias o tuberculomas, si el diagnóstico es precoz y no hay síndrome oclusivo efectuamos la operación en un tiempo preparando al enfermo con enemas de limpieza y sulfoguanidina varios días antes de la operación; dos o tres días antes, dieta hídrica y opiáceos; vigilar siempre el cuadro anémico de estos enfermos y la hipoproteinemia si es un neoplásico.

En el postoperatorio, a la menor distensión abdominal aspiración endodigestiva, ya que la distensión puede provocar el fallo de sutura. No dar enema, útil los supositorios de glicerina a partir del cuarto día si no evacua.

Seguimos la misma pauta en colon izquierdo si no hay síntomas oclusivos; si hay distensión abdominal, derivación previa; efectuada ésta, limpieza mecánica con enemas y sulfoguanidina a partir de los 12 días de practicada la neostomía, dichos enemas se darán también por el ano; hay que llevar el enfermo a la sala de operaciones con el colon vacío y aseptizado.

En el ano definitivo izquierdo, practicada como primer tiempo en las amputaciones del recto, lo abrimos a las 48 horas de la intervención; si la distensión es acentuada hay que abrirlo antes; de lo contrario, por estiramiento de los vasos nutricios puede necrosarse el asa y originar una infección peritoneal; los primeros días no debe estimularse el ano artificial; hasta el quinto día no se aprecia histológicamente la cicatriz de la herida operatoria, por cuya razón hay que dar dieta líquida para mantener en reposo la región. La distensión, si el asa es corta, puede provocar la caída del ano artificial en cavidad abdominal. A los 12 días la cicatriz es perfecta y se pueden dar enemas. La ampolla rectal se aseptiza con enemas de guanidina en suspensión oleosa. Como complicaciones de la amputación tenemos el shock, hemorragia y celulitis pelviana; el conocimiento de estas causas de mortalidad hace que combatiéndolas hoy día las vemos con menos frecuencia. Para evitar el shock siempre hay un médico, además del anestésico, encargado de vigilar el enfermo en el acto operatorio y de mantener la presión a un nivel constante; transfusión en la mesa de operaciones, si el caso lo requiere. La infiltración anestésica del pericripto en el acto operatorio actúa favorablemente sobre el shock.

La hemorragia es debida a que los casos de hipotensión acentuada en el acto operatorio hace que no sangre algún vaso, cosa que hará más tarde con la medicación apropiada para remontar el enfermo. En casos de ligaduras difíciles de practicar o que el estado del enfermo requiere terminar pronto la operación, dejamos pinzas largas como hemostasia; éstas no deben tocarse, caen solas en el postoperatorio.

En cuanto a la celulitis pelviana, antes sulfamidábamos intensamente antes de la operación por vía bucal y parenteral; hoy preferimos, con muy buen resultado, polvos de sulfamidas en herida operatoria. En el ambiente hospitalario no tenemos experiencia de la penicilina para evitar dicha complicación.

Vías biliares. — Si hemos dado importancia al hígado en la preparación del enfermo a operar cuanto más la daremos ahora que la glándula está casi siempre afectada. De las numerosas pruebas creemos indicadas la de la galactosa, tiempo de coagulación y sangría y a ser posible protrombina en sangre. Mirar siempre función renal como también proteínas en sangre y cociente S/G. Bilirubinemia si hay ictericia útiles también Weltman y Takata. En orina mirar urobilina y pigmentos.

En ictericos ver si ha pasado la bilis al intestino, examen de heces y sondaje duodenal. No operar hasta normalizar en lo posible el funcionamiento renal. Si la ictericia es alternante procurar operar en fase anictérica, lo mismo si hay fiebre operar en fase afebril si es posible; la mortalidad es más elevada si la bilirubinemia es mayor de 16 miligramos por 100; en las oclusiones completas casi siempre hay un momento que se estabiliza la bilirubinemia, operar en este momento.

El enfermo debe estar encamado varios días antes de la intervención, dar sedantes, régimen rico en hidratos de carbono, si no puede comer suero glucosado,

lecitina intravenosa, dar vitaminas a dosis masivas sobre todo C. y K. transfusión si hace falta; insulina en pequeñas dosis siempre es beneficiosa.

En el postoperatorio se insistirá en esta misma medicación, vigilancia del enfermo para prevenir el shock, hemorragia o cuadro de insuficiencia hepática, ésta se presenta en las primeras 48 horas con hipertemia de 40 a 41 grados o tardía a los 8 ó 10 días por pérdida del funcionalismo hepatorenal. Hay que saber apreciar los síntomas de la insuficiencia hepática para combatirla rápidamente, además de la medicación citada en el preoperatorio dar oxígeno y practicar la transfusión, la oxigenoterapia beneficia el funcionamiento de la célula hepática.

Hay que insistir con el suero glucosado hasta que pueda ingerir líquidos; los drenajes subhepáticos dan intolerancia gástrica, a veces hay que prolongar la vía parenteral por espacio de 4 ó 5 días. Si hay oliguria aumentar la administración de líquidos, puede ser causa de I. H. No dar enemas hasta el cuarto día, antes puede quedar retenido debido a la adinamia intestinal. Si se instala la aspiración endodigestiva por distensión abdominal, hay que aumentar las dosis de vitamina K. En caso de fistula externa recordar la pérdida de electrolitos que supone sobre todo cloro y calcio. Si el operado es portador de un tubo en T en colédoco no debe tocarse hasta remitan los síntomas que obligaron a intervenir, si estos síntomas persisten, debe practicarse la colangiografía; en estos casos y en la fistula espontánea postoperatoria persistente debe practicarse la exploración radiológica de las vías biliares. La causa más frecuente de dificultad de paso de bilis al duodeno que hemos observado es el cálculo residual, con menos frecuencia pancreatitis crónica, trastornos del esfínter de Oddi y pericoledocitis. El cálculo residual requiere nueva intervención si no se elimina; no hemos practicado el método de Priban, aunque particularmente lo hayan hecho entre nosotros PI FIGUERAS y RIBAS, al parecer con resultado satisfactorio. La pancreatitis crónica requiere la permanencia del tubo en T hasta el paso de la sustancia opaca al duodeno y las vías biliares hayan tomado su calibre normal.

En los trastornos del esfínter de Oddi hemos tenido buenos resultados con la anestesia de esplancnicos.

Entre las complicaciones de la coledoco duodenostomía hemos observado shock peritonitis, fistula duodenal externa y hemorragia; en hepatoduodenostomía hemos observado fiebre bilioséptica por infección ascendente. La fistula externa duodenal ha curado siempre sin complicaciones.

La hemorragia se acompaña de hematemesis y melenas, despeño diarreico, sudores profundos y colapso, se acostumbra a presentar hacia el décimo día de la operación; entre las causas que la motivan tenemos a nuestro juicio, primero: desprendimiento de una escara de la línea de sutura; segundo, al liberar el colédoco se seccionan algunos acinis pancreáticos cuyos fermentos pueden corroer algún vaso y tercero, la insuficiencia hepática. Creo que es esta última la causa más importante pues el hecho de que en las necropsias no hayamos encontrado el vaso causa de la hemorragia y el que se haya presentado ésta en procesos agudos o subagudos de vías biliares, que alterando la integridad del hígado, necesaria para mantener el nivel de protrombina en sangre facilitan la hemorragia.

Coleperitoneo postoperatorio.—Debido al fallo del cístico suele aparecer después de la colecistectomía entre las 24 ó 48 horas de la operación, acompañado de cuadro colapsiforme, pulso filiforme, obnubilación a veces, contractura abdominal y salida de gran cantidad de bilis al exterior si lleva drenaje subhepático. El fallo es producido por la distensión de la vía biliar principal por un obstáculo orgánico o funcional a nivel del esfínter de Oddi. El enfermo se repone con tónicos, transfusión y drenaje de bilis al exterior. A los pocos días el coleperitoneo generalizado se transforma en circunscrito, mejorando el estado del enfermo. Si el motivo fué una lesión orgánica (cálculo residual) quedará una fistula biliar, si no se elimina espontáneamente requerirá una nueva intervención. Para combatir dicha complicación es por lo que dejamos siempre un drenaje en cigarrillo después de las colecistectomías.