

GACETA MEDICA DE MEXICO

ORGANO DE LA ACADEMIA N. DE MEDICINA

Registrado como artículo de 2a. clase en la Administración de Correos
de México, D. F., con fecha 21 de marzo de 1939

TOMO LXXIV

ABRIL DE 1944

NUM. 2

TRABAJOS ACADEMICOS

Consideraciones sobre la levantada precoz de los operados *

Por el Dr. ANTONIN CORNILLON,
Académico de número.

En el número de abril último de la revista "L'Union Médicale du Canada", me interesó la lectura de un artículo del Dr. J. Emilio Rioux, cirujano del Hospital Sainte Anne des Monts, Prov. de Quebec, sobre "Le lever précoce" o sea la levantada precoz de los operados.

Bajo esta denominación el Dr. Rioux designa el hecho de levantar a los operados dentro de las 24 horas que siguen al acto operatorio, ya sea en la misma tarde o a más tardar a la mañana siguiente; afirmando el autor que el levantar a los enfermos el tercero o cuarto día no presenta las mismas ventajas y no puede ser asimilado al concepto de precocidad que preconiza.

Lo que el autor y sus colaboradores buscan con esta línea de conducta post-operatoria, es colocar lo más pronto posible al operado en condiciones fisiológicas normales e impedir las complicaciones producidas por la inmovilización que pueden retrasar la curación.

Desde 1932 el autor hacía levantar a sus operados abdominales al día siguiente de la intervención. A partir de 1940, ha hecho

* Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 7 de julio de 1943.

levantar en la misma tarde a los enfermos que han tenido anestesia corta en su operación y a los sujetos en los cuales ha encontrado adherencias peritoneales consecutivas a una intervención quirúrgica anterior.

Ha hecho excepción con los grandes infectados y a los operados en quienes se han dejado tubos de canalización.

Ha levantado precozmente a los apendicectomizados por apendicitis crónicas, subagudas y agudas con excepción de apendicitis supuradas y peritonitis.

Asimismo ha hecho levantar a los colecistectomizados y operados de gastrectomías, gastro-enterostomías, colostomías, resecciones intestinales, cistostomías por cálculos, ovariectomías, ligamentopexias, histerectomías totales o subtotales y en general todos los operados del abdomen cuya herida ha podido ser cerrada totalmente y sin canalización.

Técnica.—La técnica seguida es esta: la misma tarde del día de la operación, se hace sentar al enfermo con ayuda de una enfermera en la orilla de su cama o bien en un sillón al lado de la cama. Habitualmente el operado es levantado al día siguiente como a las 9 de la mañana ayudado por la enfermera; camina por su pie hasta el water closet, sentándose después unos diez o quince minutos en un sillón; repitiéndose la levantada dos a tres veces en el mismo día. Si las fuerzas del operado lo permiten podrá dar una o dos vueltas en su cuarto.

Al día siguiente, gran parte de los operados se levantan y caminan solos sin ayuda.

Al tercero y cuarto días ninguno necesita ayuda y todos quedan levantados o sentados cuatro a seis horas.

Al quinto día y siguientes los operados toman sus alimentos en el comedor y andan a su antojo y sin vigilancia.

El autor cita también la práctica del doctor Richard Davison, especialista americano en cirugía del pulmón, en resecciones de adherencias pleurales, toracoplastias, etc., quien convencido por el doctor Rioux de las ventajas de levantar precozmente a sus operados, hace levantar actualmente a sus toracoplastias al día siguiente de la operación, observando que los operados se restablecen más pronto y que la duración de la hospitalización, para las tres sesiones operatorias de una toracoplastia, se reduce a un

término de 22 a 30 días en lugar de los 48 a 56 días que duraba antes, suprimiéndose la complicación de la respiración paradójica que existía antes en un cinco por ciento de los casos. Después de cinco años de esta práctica, el doctor Davison da una estadística de mil cien toracoplastias, ciento treinta y tres neumotórax extrapleurales y ciento ochenta y cinco con procedimiento de Jacobeus, levantando precozmente a sus enfermos, con las ventajas siguientes: los dolores desaparecen más pronto, hay menos pérdida de fuerzas y de peso, la cicatrización de las heridas operatorias es más rápida, hay menos trastornos gastrointestinales, menos complicaciones como embolias pulmonares, etc., etc.; hay disminución de los días de hospitalización y de las horas de atención de las enfermeras.

El doctor Davison hace la aclaración que ciertos casos graves no deben ser movilizados de manera prematura y que el juicio clínico permite seleccionar los pocos casos que no pueden beneficiar del tratamiento ambulatorio.

Según el doctor Rioux, autor del artículo, las ventajas de levantar precozmente a los operados abdominales son las siguientes:

1) Supresión de la sensación de fatiga y abatimiento que resienten los enfermos inmovilizados en la cama en los días siguientes a la operación. La moral de los operados es mejor; se muestran sonrientes, sorprendidos y contentos de ver que no resienten dolores, en lugar de que los encamados se quejan de dolores musculares, articulares y de fatiga general.

2) Los calmantes por vía oral o en inyecciones se limitan en general a una o dos inyecciones calmantes en el primer día y la primera noche. Después no aparecen ya ni dolores ni sobre todo las molestias de los gases, pues los intestinos no se paralizan y se facilita así el tránsito normal y sin dolor de los gases. Asimismo no se observan complicaciones de obstrucción intestinal, vólvulos, invaginación, etc.

3) Las inyecciones de suero son reservadas ya a unos pocos casos como las hemorragias graves y los vómitos abundantes con la pérdida correspondiente de sales y líquidos, etc. Después de levantar precozmente a los enfermos los vómitos desaparecen.

4) La retención de orina y el estreñimiento desaparecen y tal operado que no podía vaciar su vejiga o su intestino en po-

sición acostada, puede orinar u obrar fácilmente sentado en el excusado. El cateterismo uretral y los enemas quedan casi suprimidos.

5) Después de las operaciones abdominales, las adherencias peritoneales son frecuentes y el autor declara haberlas encontrado en el 60 por ciento de los casos reoperados y que no habían sido levantados precozmente en sus operaciones anteriores. Por el contrario, los intervenidos y precozmente movilizados las presentan en un escaso 2 por ciento, según el autor. Las adherencias peritoneales se forman en las primeras veinticuatro horas y a partir de las cuarenta y ocho o setenta y dos horas están ya sólidas. Con la práctica de la movilización precoz las adherencias en vías de formación desaparecen con los movimientos del intestino y si alguna persiste queda débil y poco tensa no produciendo molestias ni trastornos ulteriores.

6) El Dr. Rioux refiere no haber observado eventraciones post-operatorias debidas a la movilización precoz. Hace notar que emplea para la sutura de la pared catgut No. 3 para el peritoneo y los músculos; seda trenzada (braided silk) No. 6 en aponeurosis; la misma seda trenzada No. 4 en la piel. Hace hincapié sobre la necesidad de tener mucho cuidado en las suturas.

7) Según sus estadísticas el autor tiene la impresión de que levantando precozmente a sus enfermos los preserva de las flebitis y por consiguiente de las embolias. En toda su estadística de más de tres mil operaciones no ha observado más que una sola flebitis declarada el décimoprimer día en una enferma operada de un enorme fibroma. Esta operada fué levantada a las 24 horas y es de observarse que las flebitis son mucho más frecuentes cuando se sigue la inmovilización habitual, hasta el séptimo día de la intervención.

8) Los accidentes pulmonares son con este método completamente desconocidos aunque el Dr. Rioux usa generalmente la anestesia por el éter. El operado levantado en el primero y segundo días no tendrá congestión pulmonar, porque la ventilación pulmonar se hace con un ritmo más rápido, y la mayor oxigenación de la sangre en los pulmones aumenta la resistencia del organismo a las infecciones.

Muchos cirujanos desde hace tiempo hacen levantar a sus

operados ancianos y obesos más rápidamente que a los otros, como al tercero o cuarto día.

El Dr. Rioux estima que todos los operados, tanto los jóvenes como los ancianos, los de buen estado general como los obesos y los moderadamente anémicos o caquéticos, deben ser beneficiados por la movilización precoz.

9) La pérdida de fuerza y peso, con el tratamiento ambulatorio precoz es insignificante. Los operados no padecen la fatiga y el abatimiento frecuentemente encontrados en los enfermos encamados y que son proporcionales al tiempo que dilatan en levantarse. En los levantados precozmente, la pérdida de peso se limita en general a dos o tres libras en lugar de las diez o veinte libras que pierden los enfermos encamados largo tiempo.

10) La movilización precoz ayuda poderosamente a mantener en los operados un psiquismo normal. Al levantarse, el operado piensa en su muy próxima curación, y como no llega a sufrir un gran número de molestias y no pierde sus fuerzas, no se siente grave, conserva sus energías morales que contribuyen mucho para su más rápida curación.

11) El autor afirma que el levantar precozmente a sus enfermos en gran escala, ha hecho bajar la mortalidad en sus operados de 3.5 a 0.6%.

En 1941 sobre un total de 768 operados de su servicio de Hospital, 616 se han levantado el mismo día o a la mañana siguiente, sin ningún caso de muerte. En los 152 restantes se han registrado 5 defunciones correspondiendo a dos peritonitis generalizadas operadas "in extremis"; una ruptura del hígado; una cesárea al tercer día del trabajo con infección de la cavidad uterina y una histerectomía por septicemia puerperal.

El Dr. Rioux atribuye a la movilización precoz la gran mejora obtenida en su estadística.

12) Como consecuencia de la recuperación más rápida y de la ausencia de complicaciones, se economizan muchos días de hospitalización. Los enfermos del Dr. Rioux abandonan el hospital entre el 7o. y 10o. días por regla general en lugar de los 15 ó 20 días que anteriormente se necesitaban. Esto representa una gran ventaja económica para el paciente y da una mejor utilización y capacidad de los hospitales y sanatorios.

Accidentes.—El autor refiere no haber observado nunca un accidente que pueda atribuirse a la movilización precoz. Los únicos incidentes observados han sido vahidos sin gravedad que a veces han obligado a acostar de nuevo al operado, incidente que no se reproduce en la segunda movilización, dos o tres horas más tarde.

Estadística.—Durante los diez años de su estadística, el autor ha hecho levantar precozmente 3,113 operados del abdomen sin lamentar una sola defunción atribuible a este método.

Los doctores Dominique Gaudry, Jean Pigeon, Henri Fauteux, George Antoine Rioux y Noel Cottu, ex asistentes y discípulos del Dr. Emile Rioux, emplean esta técnica con excelentes resultados.

Las razones aducidas por el autor de este artículo, así como su estadística, son bastante interesantes y es evidente que el hombre, tanto el enfermo como el sano, se encuentra en condiciones de vida más favorables y más fisiológicas si puede moverse y andar que si está inmovilizado en cama.

Pero es no menos evidente que en ciertos casos patológicos, después de una operación, así como durante una enfermedad aguda, el organismo necesita imperiosamente descanso, lo que impone ciertas limitaciones a la movilización precoz.

Lo importante, pues, es fijar el mínimo de tiempo de reposo en cama, indispensable después de tal o cual intervención quirúrgica; y determinar a partir de qué momento es ventajosa la movilización del operado, considerando la categoría de la operación a que fué sometido.

Hay que fijar, pues, las indicaciones y contraindicaciones de la movilización precoz, considerando el estado de gravedad del paciente, las complicaciones que pueden presentarse y la categoría de padecimiento y de operación practicada.

Contraindicaciones.—Entre las contraindicaciones de orden general, citaré las siguientes:

- a) Las anemias agudas, las caquexias avanzadas en las que las fuerzas del paciente no le permiten ni siquiera sentarse.
- b) Las pirexias, las septicemias pre o post-operatorias, relacionadas o no con la operación, impiden levantar al en-

- fermo tal como si se tratara de una infección no quirúrgica como tifo, viruela, etc.
- c) Los estados graves post-operatorios de shock, acidosis, uremia, etc.
 - d) Las enfermedades viscerales concomitantes como insuficiencia cardíaca, hepática, renal, etc., bastante avanzadas para exigir de por sí un reposo completo.

Contraindicaciones de orden local.—a) Una resistencia insuficiente de los tejidos interviene para limitar la movilización precoz. Músculos y aponeurosis muy débiles, atrofiados, delgados, sin resistencia, con fibras abiertas y divididas, así como suturas muy tensas y tirantes en ciertas hernias y eventraciones voluminosas pueden obligar a retardar y hacer más prudente la movilización del operado, hasta que las adherencias producidas entre las distintas capas de las partes suturadas den un poco de resistencia a las suturas.

- b) Las suturas deben ser hechas con material resistente para permitir al operado levantarse precozmente. El autor emplea siempre para la sutura de la pared: catgut No. 3 para el peritoneo y plano muscular; la seda trenzada No. 6 (braided silk), para la aponeurosis; y la misma seda trenzada del No. 4 para la piel. El autor hace hincapié sobre la necesidad de aportar una cuidadosa atención a todas las suturas.
- c) Las intervenciones sobre esqueleto y articulaciones como osteo-síntesis, resecciones, injertos, etc., que exigen la más perfecta inmovilización, son en general incompatibles con el método, especialmente si se trata de los miembros inferiores y de la columna vertebral. Hago, sin embargo, la advertencia que ciertas fracturas de pierna y muslo, inmovilizadas con aparatos especiales, pueden ser beneficiadas y relativamente pronto con el tratamiento ambulatorio. Los operados de los miembros superiores deben ser levantados también lo más pronto posible, si alguna contraindicación particular no lo impide.
- d) En operaciones sobre partes blandas de los miembros inferiores como resección de várices, simpatectomías peri-

arteriales, extirpación de tumores, etc., la congestión de los tejidos suturados que sobreviene en la estación de pie, puede retrasar la cicatrización obligando a posponer la movilización hasta el momento en que exista una cicatrización adecuada.

- e) Los padecimientos ginecológicos hemorrágicos son generalmente incompatibles con la movilización precoz. Ciertas histerectomías vaginales, especialmente cuando son muy laboriosas las suturas y han obligado a dejar pinzas sobre los pedículos vasculares, son también incompatibles con un levantar rápido.
- f) Los enfermos a los que el cirujano ha dejado tubos de canalización por abscesos o por hemorragias en capa difíciles de cohibir completamente exigen el reposo en cama hasta la supresión de la canalización, para evitar el desplazamiento de los tubos.
- g) En enfermos operados afectados de peritonitis en que los movimientos tienden a generalizar la infección a la gran cavidad peritoneal.
- h) Los enfermos de flebitis ya establecida de los miembros inferiores o de embolias en el curso de la operación.
- i) Operados de cráneo, ojos, etc.
- j) En los casos señalados por el autor, como indicaciones de la movilización precoz en operaciones sobre las vías digestivas tales como gastrectomías, resecciones intestinales, colecistectomías, colostomías, etc., tengo la impresión que sobre todo tratándose de enfermos cancerosos y caquéticos en los que la vitalidad de los tejidos está en parte comprometida, las tracciones sobre suturas poco sólidas producidas al incorporarse el enfermo pueden facilitar la desunión de las suturas y las complicaciones correspondientes.

Esta enumeración de contraindicaciones no puede ser completa y está limitada a los casos más importantes que me vienen a la memoria. Para hacer una enumeración más o menos completa sería necesario hacer una revisión de toda la patología y todavía faltarían múltiples casos particulares imposibles de prever.

La movilización precoz me parece, sin embargo, un método muy interesante y llamado a tomar más importancia que la que actualmente se le concede; me parece desde luego ser indicada en operaciones que producen choque ligero y con anestesia corta siempre y cuando no haya ninguna de las contraindicaciones enumeradas anteriormente.

El método me parece particularmente interesante como preventivo de la formación de adherencias peritoneales en los casos señalados por el autor consecutivas a operaciones anteriores y en los casos de cirugía abdominal en que se puede con mucha probabilidad prever la formación de tales adherencias.

En fin, son de tener muy en cuenta todas las ventajas señaladas por el autor, principalmente la disminución rápida de la sensación de fatiga y la mejoría de la moral del paciente, la disminución rápida de los vómitos, la desaparición de la retención de orina, de la parálisis del intestino y de las molestias de los gases, la prevención de los accidentes pulmonares, la recuperación rápida de las fuerzas y la disminución del tiempo de hospitalización de los operados.

La levantada precoz de los operados no es cosa nueva en México y me acuerdo de unos apendicectomizados del Dr. G. Baz operados con anestesia local y que no solamente fueron levantados el mismo día sino que se fueron andando por su pie de la mesa de operaciones hasta su cuarto.

Sin embargo, no ha llegado a mi conocimiento que se haya empleado esta técnica ambulatoria precoz de una manera sistemática por algún cirujano o en algún hospital o sanatorio de México.

Por esto, me permití molestar la benévola atención de mis compañeros de la Academia, comunicándoles las reflexiones que me sugirió la lectura del artículo del Dr. Rioux, con un resumen de este mismo artículo, no teniendo por este año un trabajo personal sobre un tema nuevo o interesante, que presentar a su sabia consideración.