

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LAS TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN LOS EE. UU. DE N. A.

Por el Dr. Martín Miqueo Narancio

Deseo agradecer a la Sociedad de Cirugía de Montevideo el inmerecido honor que me dispensa al permitirme ocupar esta alta tribuna científica para que relate algunas de las impresiones recogidas a mi paso por los hospitales de los Estados Unidos. Honor tanto más inmerecido cuanto que a él se une la presencia de los destacados cirujanos aquí presentes.

Referiré, pues, de un modo absolutamente objetivo e impersonal algunas de esas impresiones en lo que se refiere a la técnica quirúrgica en general y en ciertos casos especiales. No abriré ningún juicio, por cuanto no estoy capacitado para ello, sobre sus bondades o defectos y la posibilidad o conveniencia de su adaptación a nuestro medio.

La técnica quirúrgica norteamericana desde un punto de vista general. — Mi experiencia se basa en un año casi completo de asistencia a los siguientes hospitales y clínicas: New York Post Graduate, Mount Sinai y Memorial Hospital de New York City, Massachusetts General y Lahey Clinic de Boston, Mass. En el curso de distintas reuniones, conferencias, rounds, etc., he visitado también el Medical Center de New York City, el Medical Center de Jersey City, N. J., New York Hospital, Roosevelt Hospital, etc., etc. En el Memorial Hospital he intervenido como ayudante en el equipo quirúrgico del Dr. George T. Pack, cirujano jefe de la sección tubo digestivo, quien nos visitará próximamente.

La técnica quirúrgica norteamericana es muy distinta de la nuestra y me sorprendió profundamente; creo que Vds. tendrían la misma impresión, colocados en mi caso, pese a cuanto hayan

leído sobre el particular. En EE. UU. existe la labor de equipo desarrollada hasta la perfección.

Esa labor de equipo, que constituye la base de la técnica norteamericana, consiste en el esfuerzo combinado de varias personas tendiente a un fin común. Es ésta una típica característica de todas las empresas de la Nación Americana; gracias a esa organización basada en el esfuerzo común ha podido desarrollar su enorme esfuerzo bélico actual, descontando la desventaja en que se encontró al día siguiente de Pearl Harbour.

El equipo quirúrgico ha podido desarrollarse en los EE. UU. en su forma y extensión actuales por las características propias de la organización hospitalaria; sin contar los colosales medios materiales que esa nación posee y que emplea a manos llenas en la asistencia de los enfermos. Los hospitales privados o públicos de los EE. UU. tienen tres categorías de pacientes: Privados, Semi-privados y de Sala. Una vez dentro del Hospital, todos los enfermos gozan de los beneficios que éste otorga; y entran dentro del team médico-quirúrgico general.

Para el cirujano este tipo de organización es altamente beneficioso pues atiende a todos sus pacientes en el mismo edificio. Exceptuando casos de fuerza mayor, no se mueve del Hospital trabajando en horario continuo de 8 de la mañana a 5 de la tarde, opera siempre con los mismos ayudantes, anestesistas, nurses instrumentistas, etc. Además todas las historias clínicas de todos los enfermos, sean privados o no, son tomadas con igual rigor científico y por ello los cirujanos disponen de un archivo numeroso y completo que les permite standardizar la técnica y conducta aplicable a cada caso.

Por otra parte el team quirúrgico se constituye de acuerdo a la vieja y conocida costumbre norteamericana: no reparar en gastos cuando hay que hacer algo bien hecho, y poner tres personas para hacer cómodamente el trabajo que una sola haría incómoda e ineffectivamente. El team se mantiene incambiado aún para operaciones de pequeña importancia, a fin de conservar en entrenamiento de conjunto. Por regla general lo componen: un cirujano, tres ayudantes, un anestesista especializado, una o dos nurses instrumentistas de campo operatorio, una nurse circulante, una o dos nurses de cuarto de operaciones.

Llama la atención de todo visitante que recorra esos servicios,

que el anestesista llega el primero al lado del enfermo; y el cirujano, el último, cuando todo está ya preparado. Orden este que se invierte con cierta frecuencia en otras partes...

Me ocuparé pues del anestesista, ya que se lo merece no sólo por ser el primero en llegar, sino por la importancia fundamental de su misión. Creo no equivocarme si afirmo que una parte importantísima del progreso técnico quirúrgico de los EE. UU. se debe a la especialización en anestesia. Un verdadero equipo de médicos especialistas en anestésias, con su jefe y subordinados, actúa en dichos hospitales; trabajando full time y siendo bien remunerados. No sólo hacen la anestesia sino que tienen bajo su cuidado y responsabilidad el estado general del paciente, llevando a ese efecto sus curvas de pulso y presión arterial en cuadrículas especiales que se agregan luego a la historia clínica general. A su cuidado está también la prescripción e inyección de sueros, inyectables y transfusiones que sean menester. Como miles y miles de anestésias se hacen en serie, hay ya criterio formado y standardizado respecto a la clase de anestésico a emplear y a la terapéutica apropiada a efecto de prevenir el shock durante el acto quirúrgico.

Voy a referirme ahora a dos puntos en particular:

1º Casi no he visto emplear anestesia local. Las más usadas son las anestésias generales por éter vaporizado y ciclopropano. En estómago y vías biliares se usa mucho la anestesia raquídea continua con adición de pentotal sódico intravenoso. La anestesia raquídea simple es muy usada cuando la duración de la operación lo permite; las sustancias más inyectadas son la pantocaína y la percaína. En este caso se usan dosis algo más elevadas que las nuestras.

2º Salvo en casos de cirugía menor, el enfermo llega a la mesa de operaciones con uno de sus antebrazos inmovilizado en una atela especial y una aguja de inyecciones cateterizando una de las venas del pliegue del codo; precaución necesaria pues muchas veces no es posible hacerlo postoperativamente si sobreviene shock. Por esa aguja el enfermo recibe siempre para toda operación corriente (colecistectomía, gastrectomía subtotal, tiroidectomía, etc.) un litro o más de solución fisiológica de cloruro de sodio o glucosa y de 500 c.c. a 1.000 c.c. de sangre total.

El shock es prácticamente inexistente y recuerdo este caso que es típico: Un enfermo operado por el Dr. Pack haciendo una resección transtorácica de neoplasma de cardias bajo anestesia endotraqueal. La operación duró 4 horas y media y el enfermo recibió 2 litros de sangre y otro tanto de otros fluidos; y salió de la mesa de operaciones con mejor pulso y presión arterial que antes de la intervención.

Respecto a esa profusión de anestésicos generales que al principio extrañan, diré que los norteamericanos tienen una explicación para todo, equivocada o exacta. La cosa es preguntársela y entender suficiente inglés para comprender la respuesta; lo que no es siempre fácil. Recuerdo p. ej. un día en que veía al Dr. Ralph Colp del Mount Sinai Hospital de New York, resecando un pequeño nódulo de seno bajo anestesia general. Me pareció demasiada anestesia para tan poca operación y le pregunté porque no la hacía bajo anestesia local; me contestó que efectivamente era así, pero que ese nódulo iba a ser enviado a examen anatomopatológico por congelación y se obtendría la respuesta en 5 minutos. La autorización de la enferma y los familiares ya había sido requerida a fin de practicar una mastectomía radical si el diagnóstico era de cáncer. ¿Y porqué no duerme Ud. la enferma en ese momento? Porque la enferma se daría cuenta de que tiene realmente un cáncer al ver que la van a dormir y su natural nerviosidad podría dificultar la anestesia. En el caso de ser benigno el nódulo una anestesia general ligera y bien hecha no tiene ningún inconveniente. Esto último fué lo que sucedió.

Otra de las razones de esta abundancia de anestésicos generales es, naturalmente, la perfección con que son hechas y el tiempo que ahorran al cirujano cuando debe operar varios casos en una mañana. Pero, vuelvo a insistir, un tipo de anestesia es aceptado para determinada operación sólo cuando la estadística demuestra que es el mejor.

El anestesista de carrera hace en EE. UU., vuelvo a decirlo, anestésicos perfectos, sin tropiezos, sin accidentes, sin esfuerzo; ayuda al cirujano que sólo se ocupa de lo suyo, al paciente durante y después del acto quirúrgico y contribuye a ampliar las fronteras de la cirugía hasta límites insospechados.

Una vez anestesiado el enfermo en el cuarto de anestésicos, se

le trae al cuarto de operaciones que queda al lado. El equipo se dispone de la siguiente manera:

El cirujano se coloca frente al campo operatorio, a derecha o izquierda del paciente según los casos. El 1er. ayudante frente al cirujano, el 2º ayudante a la izquierda del 1º, el 3er. ayudante a la izquierda del cirujano. Las nurses instrumentistas a los pies del enfermo, teniendo entre ellas la bandeja de instrumentos. La nurse instrumentista circulante se coloca de modo de ser el lazo de unión entre la mesa de instrumentos y la bandeja del campo operatorio.

El cirujano, como jefe del team, opera y rezonga a los ayudantes según tradición corriente en todos los países del mundo. Además se queja amargamente que las restricciones de tiempo de guerra le impidan tener un equipo como el que tenía antes de la iniciación de las hostilidades. Una profusión de pinzas hasta un grado insospechado y liga todos sus nudos.

A propósito de la profusión en el número de pinzas recuerdo que más de una vez he visto operar al Dr. Adair en el Memorial Hospital. El Dr. Adair, conocido por sus trabajos sobre neoplasmas del seno y enfermedades afines, tiene la santa paciencia, llamémosle así, de no operar sino seno. Le he visto operar 5 ó 6 todos los días, durante los seis meses de mi permanencia en ese Hospital, excepto durante sus "vacations" que son religiosamente respetadas por todo el mundo en los EE. UU. haya o no guerra. Pues bien, este cirujano, al cabo de operar tantas mastectomías radicales, ha ideado una técnica propia que para ser llevada a cabo necesita utilizar como él lo hace 90 pinzas de campos y compresas y 450 de forcipresión.

El primer ayudante asiste directamente al cirujano, seca, expone la región que se está operando en ese momento. Bastante a menudo cierra la piel y a veces la pared.

El segundo y el tercer ayudante son los encargados de los "retractors", llamándose así los separadores y valvas que se utilizan con igual profusión que las pinzas, habiéndolos de todos tamaños, pesos y medidas, con o sin ganchos, para piel, músculos, vainas musculares, órganos internos, etc. A fin de cumplir con esa misión disponen de 4 manos (entre los dos) y a veces no les alcanza. El 2º ayudante cuida la parte inferior de la herida y el 3º la superior.

De lo expuesto se deduce que el campo operatorio está siempre perfectamente expuesto; la labor del cirujano se ve facilitada pues los órganos más profundos parecen hacerse superficiales. No meten jamás sino en última instancia las manos o dedos dentro de la herida y operan todo a punta de instrumento.

Los instrumentos llegan a la mano del cirujano y los ayudantes sin el menor esfuerzo gracias a las nurses instrumentistas. Una sutura de la vaina del recto, por ej. hecha a puntos separados se ve facilitada por el hecho de que en todo momento andan en juego media docena o una docena de agujas tipo Hagedorn enhebradas por las instrumentistas.

La nurse circulante regula el gasto de instrumentos, los cuales se colocan todos sobre una gran mesa esterilizada y son pasados a la bandeja de instrumentos según son requeridos.

Las salas de operaciones están bajo la supervisión de una nurse jefe, en general la menos joven, bonita, simpática y amable, que el primer día mira al visitante como a un extraño que viene a perturbar el orden y que a los tres meses se digna dirigirle un esbozo de sonrisa. Pese a todo lo antedicho, he podido darme cuenta que esas nurses son los verdaderos pilares donde descansa la eficiencia de las salas de operaciones pues está a su cargo todo lo necesario para que la labor se desarrolle sin tropiezos.

Las intervenciones son decididas desde el día anterior y comunicadas a la N. Y. Academy of Medicine. Esta Institución emite un boletín diario que se distribuye por correo y trae la lista completa de las operaciones a realizarse al día siguiente en todos los Hospitales de N. Y. C.