

Trabajo de la Clínica Quirúrgica. — Profesor C. Stajano

MOVILIZACIÓN Y LEVANTAMIENTO DE LOS OPERADOS (*)

Dr. R. Musso y Bach. C. Nin

Antecedentes y ventajas.

El primer trabajo es de Emil Ries — J.A.M.A., agosto 19-1899 —. Desde ese entonces se ha publicado una enorme cantidad de trabajos sobre el tema, cuya casuística se eleva a varias decenas de miles de casos.

Mourigán, en nuestro medio, ha acumulado una amplia experiencia al respecto. Pero el Deamb. T. no se ha difundido en absoluto, porque la mayoría de los cirujanos temen las posibles consecuencias del rápido abandono del lecho.

Nosotros estamos convencidos de las enormes ventajas del método y no dudamos que terminará por imponerse. Decimos, invocando la experiencia propia y ajena, que el cirujano que comienza a levantar sus operados, pronto cambiará la confianza de que puede levantarlos, por la convicción de que debe levantarlos, porque un operado que no se levanta está mucho más expuesto a complicaciones y a un P. O. más largo que el que se levanta.

Las ventajas son, en esquema, las siguientes:

1º) *En lo relativo al pronóstico del P. O.:* menor mortalidad global; menor número de complicaciones; cicatrización más rápida y sólida; menos adherencias; recuperación más rápida del estado general.

2º) *En lo relativo al sufrimiento del enfermo:* el post-operatorio se hace, desde las primeras horas, muchísimo menos pe-

(*) Comunicación presentada en la sesión del 9 de junio de 1948.

noso; el dolor de la herida es mínimo y no impide la respiración profunda y fácil; los gases intestinales se eliminan precoz y fácilmente; no hay distensión; en la cama reposa en el sentido literal del término, en la posición que le queda más cómoda; hay un gran estímulo moral, que beneficia la evolución del caso; el enfermo "ve" que cura. De noche duerme y descansa. Se reducen los sueros e inyectables. Evacúa sus emuntorios en el cuarto de baño; se le evita el uso deprimente de la chata.

3º) *En lo relativo al factor económico:* La asistencia es más corta y requiere menos medicamentos, lo que alivia considerablemente la escasez de camas y de rubros. El personal secundario resulta relativamente más eficaz, porque los operados requieren mínima asistencia directa. El enfermo vuelve antes y en mejores condiciones a su casa y a su trabajo.

Fundamento del deambulatorio temprano.

Todas las funciones de la economía son alteradas por el trauma quirúrgico y anestésico; esas alteraciones, al principio funcionales, tienden rápidamente, en determinados casos, dentro de las primeras 24 horas, a hacerse orgánicas, bajo la forma de complicaciones post-operatorias, aunque la evidencia clínica puede ser más tardía. Ello es especialmente favorecido por el confinamiento en el lecho, que resulta ser la causa determinante, otras veces coadyuvante, de numerosas complicaciones. Es obvio que, encarando con un criterio universal el problema, nuestros esfuerzos deberán aplicarse a normalizar profiláctica y precozmente las funciones, con el objeto de evitar las complicaciones.

Estas líneas intentan demostrar cuatro cosas:

1º Que el confinamiento del operado en el lecho es, ciertamente, causa de complicaciones.

2º Que el deambulatorio temprano es el medio lógico de evitarlas.

3º Que el D. T. contribuye a hacer el P. O. mucho menos penoso, más seguro, más breve, más barato y más simple.

4º Que este método es fácilmente practicable.

Pero las conversaciones sostenidas con muchos cirujanos, nos permiten ver la razón que asiste a Schaffer y Dragested cuando dicen: "los resultados no son fáciles de expresar con nú-

meros, letras o símbolos o plasmarlos en gráficas, y sólo la observación directa de los mismos puede convencer de la bondad del sistema”.

Fisiopatología de la función respiratoria en el operado. Las complicaciones pulmonares y su prevención. — Es sabido que el 50 % de las complicaciones pulmonares aparecen en el primer día del P. O. y llegan a un 90 % al 4º día. Por otra parte, si a un operado, que no tiene fenómenos húmedos a la auscultación, aún después de toser a fondo en la cama, se le hace toser de pie, a menudo aparecen estertores, al tiempo que el sujeto expectora. Ello significa que la tos de pie destapó bronquiolos obstruídos y que sus tapones mucosos fueron expulsados; la importancia del hecho es obvia. Todos están de acuerdo sobre el peligro del tapón mucoso y de la secreción bronquio alveolar retenida. El acuerdo es menor sobre cómo combatirlo. El carbógeno es de dudosa eficacia cuando el enfermo está acosado, dolorido y no tiene ganas sino temor de toser. Naturalmente, sedando el dolor con opiáceos y poniendo una nurse experta a disposición del operado para que lo obligue a respirar hondo y toser, se consigue mucho más, pero se inmoviliza al personal y el exceso de morfina deprime el centro respiratorio, el reflejo tusígeno y la motilidad intestinal. La bronco-aspiración no puede drenar los pequeños bronquiolos tapados. El único modo eficaz de drenar el sector bronco-alveolar es la tos voluntaria de pie, porque en ellos no hay reflejo tusígeno, y porque sólo de pie la presión de los músculos tóraco-abdominales y el diafragma es suficientemente fuerte y brusca para desplazar el mucus hacia los gruesos bronquios, donde el reflejo tusígeno los expulsará hacia el exterior.

Por lo demás, en los primeros días del postoperatorio de los operados abdominales, sobre todo de vientre superior, la capacidad vital baja hasta un 50. %, debido a la posición acostada que, compensada normalmente por respiraciones más amplias es, al contrario descompensada en el laparotomizado por una taquipnea superficial, lo que determina anoxemia.

Churchill y McNeil mostraron que hay relación directa entre el descenso de la capacidad vital y la frecuencia de las complicaciones pulmonares. Aquél es mayor en las incisiones verticales, que seccionan de través las fibras del transverso, que las transversas, que sólo las disocian.

Chifflet ha mostrado que las incisiones verticales son un factor importante en la producción de complicaciones pulmonares post-operatorias, porque la respiración y la tos son muy dolorosas ya que traccionan la sutura a nivel del transverso. En cambio, con las incisiones transversas, el paciente puede respirar y toser libremente y sin dolor.

Patey, a su vez, mostró radiológicamente que en el post-operatorio de colecistectomías, el diafragma se contractura en posición alta, y que no se mueve aún en los movimientos respiratorios aparentemente profundos. Stajano ha descrito la parálisis bronquial, por inhibición refleja de la fibra lisa a punto de partida del foco operatorio.

Todo esto agravado por vendajes apretados en la base del tórax.

En resumen: después de una operación torácica o abdominal, la secreción bronquial se hace excesiva y viscosa y se forma un tapón mucoso en el sector bronco-alveolar que no se expulsará por sus propios caracteres y porque hay una falla de la dinámica torácica y bronquial; sobreviene así la atelectasia y la infección pulmonar. Para evitarlas, habrá que hacer incisiones que no seccionen las fibras del transverso; deberá evitarse la distensión abdominal, la deshidratación y decloruración, y se aumentará la eficacia de la respiración y la tos haciendo tomar al paciente la posición vertical y se mejorará la circulación mediante una moderada actividad muscular, sobre todo caminando.

Las alteraciones de la función circulatoria.

Shock. — La congestión pulmonar aumenta y la capacidad vital disminuye grandemente en el decúbito del enfermo laparotomizado. Aquella produce hipovolemia absoluta y ésta, anoxia, ambos factores de shock secundario. Por su lado, una adecuada actividad de los músculos esqueléticos y de la aspiración torácica favorecen el retorno venoso y actúan contra el shock post-operatorio. Leithauser dice bien que el operado que tiene una insuficiencia respiratoria mejorará más prontamente si ella está contrarrestada por ejercicios cuidadosamente prescritos.

Enfermedad trombo embólica. Comienza dentro de los

cuatro primeros días del post-operatorio. Casi siempre es la consecuencia del estancamiento circulatorio venoso, de la presión del lecho sobre las venas de los miembros inferiores y del aumento de la viscosidad y coagulabilidad sanguínea en el post-operatorio. Los dos primeros factores son consecuencia directa del confinamiento en cama. Barker y Sedwitz, haciendo venografía comprobaron que la circulación en las venas de los miembros inferiores se retarda enormemente en el reposo muscular absoluto de los mismos, independientemente de la posición, mientras que el movimiento de los músculos muestra ser muy eficaz para el progreso de la sustancia opaca a lo largo de la vena. El modo ideal de prevenir la formación del trombo es que el enfermo camine desde el primer día, antes que comiencen a actuar los factores de la trombosis. Lo certifican 232 intervenciones hechas por uno de nosotros sobre las venas (várico flebitis) con levantamiento y marcha inmediata, sin ninguna complicación trombótica. Otros métodos han mostrado ser menos eficaces, o buscan prevenir el peligro de la embolia en vez de combatir la producción de la trombosis.

Alteraciones de la función gastrointestinal. Hidratación y nutrición. — La parálisis con distensión intestinal en el post-operatorio es una situación peligrosa porque contribuye a producir complicaciones respiratorias por ascenso del diafragma, circulatorias por compresión de las ilíacas y cava inferior, humorales, en la sutura, etc. En nuestra práctica, la movilización y levantamiento dentro de las primeras horas del post-operatorio mostró ser un factor capital para evitar la distensión y asegurar un rápido restablecimiento de la motilidad intestinal, con expulsión fácil y espontánea de los gases, y casi siempre evacuación intestinal espontánea al tercer día, sin necesidad de purgantes o enemas. El enfermo raramente no exonera su intestino hasta el cuarto o quinto día, a pesar de lo cual no está molestado ni distendido. Con la restauración precoz de la motilidad gastro intestinal aparece el apetito, que es el elemento mejor para regular la dieta.

La hidratación, recloruración y suministro de proteínas en el post-operatorio supone, en mayor o menor grado, encareci-

miento de la asistencia, recargo de trabajo para el personal secundario y molestia y sufrimiento para el enfermo; requiere además el auxilio del laboratorio en muchos casos.

En el operado movilizado ambulatoriamente desde las primeras horas, se reduce la frecuencia de los vómitos, íleo, sudoración y polipnea y por tanto hay menor deshidratación y decloruración. El balance nitrogenado negativo del confinado en el lecho se hace rápidamente positivo al levantar al operado. La hidratación, rechloruración y alimentación por boca pueden comenzarse más precozmente por lo cual se eliminan al máximo los inconvenientes arriba señalados.

En el pre-operatorio el enfermo sólo guardará cama lo estrictamente necesario, para evitar inútiles y perjudiciales situaciones tales como atrofia de los músculos esqueléticos (lo que equivale a pérdida de proteínas), estancamiento circulatorio en las venas profundas de las piernas, constipación, reducción de la capacidad vital, etc. Estas deficiencias adquiridas en el pre-operatorio pueden pasar inadvertidas en éste, pero se van a hacer sentir pesadamente en el post-operatorio. Mismo los enfermos muy debilitados y mientras se les prepara para la operación, deben hacerse cortos períodos de deambulación, que se aumentarán todo lo que el enfermo tolere. Esto es tan importante como administrar fluidos o electrólitos o aminoácidos en esos pacientes seriamente debilitados y con un pobre estado nutritivo por una enfermedad preexistente.

Técnica quirúrgica y complicaciones de las heridas.

Se preferirán en lo posible incisiones anatómicas (transversa supra umbilical con o sin sección del recto anterior. Pfannenstiel, Mc Burney, etc.), que respetan las fibras del transversario y tienden a cerrarse cuando los músculos se contraen; pero en muchos casos de nuestra comunicación se han usado incisiones verticales sin inconvenientes tan grandes como hacen prever los autores; a este respecto habría dos problemas: el relativo a la complicación pulmonar, que es evitable movilizándolo precozmente al operado y el relativo a la cicatrización. Suturamos con material no reabsorbible (algodón) y reducimos en lo posible los avenamientos,

TOTAL DE CASOS: 255

FALLECIDOS: 3 - % DE MORTALIDAD 1.18 -

POR CAUSAS IMPUTABLES A LA MOVILIZACION: 0

POR OTRAS CAUSAS: 3 (un caso de insuficiencia cardíaca con arritmia compl.
dos peritonitis por falla del caso duodenal.

COMPLICACIONES

POR CAUSAS IMPUTABLES A LA MOVILIZACION: 0

POR OTRAS CAUSAS: 6 (una parálisis radial; una fistula duodenal p.o.
dos flemones y dos hematomas de la pared.

LEVANTADOS

A LAS 6 HORAS: 140

A LAS 24 HORAS: 101

A LAS 48 HORAS: 14

EDAD MAS DE 50 AÑOS: 46

DE 30 A 50 AÑOS: 91

MENOS DE 30 AÑOS: 118

INTERVENCIONES

OPERACION	CON ANEST. GRAL	CON ANEST. RAQUID	CON ANEST. LOCAL	DÍAS DE HOSPITALIZACION
Laparot. expl.	4			8
Miembros	1			3
Colon y recto	3			11 (1 fallec.)
Halsted	3			8
Higado y v. bil.	23	3	3	8
Eventraciones	6	1	2	7
Genit. masc. ext.	3	1	2	2
Tórax (Q.H.)	2			10
Periné	1		1	4
Hernias	7	1	35	4 2 4 3 6 8 (2 fallec.)
Gastro duodeno	22	14	8	4
Apéndicectomías	92	73	16	4
Cirugía ginecol.	45	38	7	6
				PROMEDIO DE HOSPITALIZACION P.O.: 5.7 DIAS.

aunque éstos no contraindican en absoluto el pronto abandono del lecho. Es así que muchos de nuestros enfermos se han levantado en la tarde de la operación con un drenaje suprapúbico y otro en la herida. La deambulación temprana no es por sí misma causa de dehiscencia post-operatoria de la herida; por el contrario, mejorando la circulación en el sector de la misma, se acelera la cicatrización. Esto se ha estudiado muy bien experimentalmente por Newburger y colaboradores en ratas y Kimbrowskiy en perros. Ambos autores vieron que las laparotomías de animales librados a sus impulsos alcanzaban un grado de fortaleza dado por mejor cicatrización en la mitad del tiempo que los animales inmovilizados. Por lo demás, la deambulación desde las primeras horas evita las complicaciones pulmonares, la distensión abdominal y la desnutrición, que, ello sí, son factores importantes de aquella complicación. En los operados que hemos podido seguir no hemos visto ninguna eventración post-operatoria.

Reservamos un párrafo aparte para las medianas supra-umbilicales; si bien no son anatómicas porque sus labios tienden a separarse al contraerse la pared, dan un buen punto de apoyo a la sutura, porque son un centro de intrincamiento de las fibras aponeuróticas de ambos lados.

• Manejo del operado que se moviliza tempranamente.

Las contraindicaciones del levantamiento del operado en las primeras horas del post-operatorio son: el shock, mientras éste persista; el mal estado general previo a la operación y la sutura deficiente. Mientras persisten dichas condiciones nos limitaremos a los ejercicios en el lecho. El shock merece un párrafo aparte; una vez cesado el efecto de la anestesia y si el enfermo está shockado, mientras dure el shock, además de las medidas habituales, se hará hacer al operado movimientos activos rítmicos de extensión y flexión e los miembros inferiores, lo que favorece grandemente la circulación de retorno y es una eficaz medida anti shock. Conjurado el shock se comenzará el levantamiento.

No son contraindicaciones: las infecciones colectadas intervenidas o la infección subcutánea de la herida; la deambulación mejora el drenaje y las condiciones locales y generales, lo que activa la cicatrización. La fiebre que resulte de una complicación

que comienza, de las estudiadas acá. Las peritonitis operadas con estado general que por sí mismo no impida el levantamiento.

Salvo las contraindicaciones dichas, o algunas otras excepcionales, los operados son levantados sistemáticamente en la forma que veremos en seguida. No le damos la elección al enfermo, porque creemos que debe levantarse. Tampoco lo obligamos a hacerlo. Simplemente, lo levantamos sin vacilaciones ni timideces que lo atemoricen y le hagan perder confianza; porque es necesario recalcar que cuando un enfermo se resiste o niega levantarse, no lo hace por dolor sino por miedo y que es posible levantar a los operados, casi siempre en la tarde de la operación, al sólo precio de un ligero mareo, que por lo demás no es constante.

Usamos cama plana sin respaldos ni almohadas bajo las rodillas; es la más confortable y la que da más libertad de movimientos.

Una vez despierto el operado, que está en decúbito dorsal o lateral con una sola almohada, se le hace mover con frecuencia los dedos de los pies, y hacer movimientos de flexo-extensión completa de las articulaciones de los miembros inferiores, cuatro veces por hora, acompañados de varias respiraciones profundas. Luego, tan pronto ha cesado totalmente el efecto de la anestesia, en la tarde de la operación, se le ayuda a ponerse en decúbito lateral, luego a sentarse con los pies colgando del borde de la cama y finalmente a ponerse de pie al lado de la misma. Se le hace entonces respirar profundamente y toser voluntariamente varias veces hasta que desaparezcan los estertores si los hay, y haya expectorado; luego caminará algunos pasos, para volver a la cama, realizando en orden inverso los movimientos que empleó para abandonarla. El paciente repite esto dos o tres veces en esa tarde; si desea evacuar sus emuntorios se levanta y va al toilette. Los sueros se darán intravenosos para evitar la inmovilización que resulta de inyectarlos subcutáneos en los muslos. El enfermo no debe sentarse en sillas o sillones durante las primeras secciones de levantamiento. Mientras la deambulación integral no esté bien establecida, el operado o está fuera de la cama haciendo sus ejercicios o descansando en una cama plana con almohadas pero sin respaldo. Desde luego, no está inmovilizado en ella, sino

que adopta para descansar la posición que le sea más cómoda. En los días siguientes se repite e intensifica este procedimiento, llegándose insensiblemente en el segundo o tercer día a usar la cama sólo para dormir.

El alta es mucho más rápida, y el enfermo puede volver a sus tareas antes de lo habitual.

El uso de sedantes y narcóticos queda prácticamente restringido a la primera noche, ya que el operado tiene habitualmente un buen sueño espontáneo y el dolor de la herida desaparece o se atenúa mucho ya desde el primer día; igualmente, la excitación que deriva de la falta de actividad desaparece. La evacuación intestinal se hace espontáneamente al tercer día en casi todos los casos; la movilización y la alimentación precoz excitan el peristaltismo. Esta es regulada sobre todo en función del apetito que es muy precoz.

En suma, el operado ha hecho un post-operatorio corto y confortable; ha podido dormir naturalmente casi siempre desde la segunda noche; la herida lo ha molestado poco o nada. Un mínimo de sufrimiento y la evidencia de que cura rápidamente lo mantienen moralmente estimulado durante todo el post-operatorio, lo que es una invalorable ayuda para el cirujano.

Conclusiones:

1º Preconizamos el levantamiento y caminar dentro de las seis horas que siguen a la operación.

2º Sintetizamos los factores que determinan las complicaciones p. o.

3º Fundamentamos fisiológicamente el deambulatorio temprano.

BIBLIOGRAFIA

LEITHAUSER, D. J. — Early ambulation. Ch. C. Thomas. Publ. Springfield, III, U.S.A., 1946.

ACTAS del 3er. Congreso Interamericano de Cirugía. Tomo III, Págs. 74 a 99. Montevideo, 1-6 Oct. 1946.

ATELECTASIA. — Rev. Sind. Méd. del Uruguay de 1940.

Dr. Mourigán. — No voy a hablar de estadísticas, porque con estadísticas se puede decir cualquier cosa, hasta la verdad. No es una crítica a la estadística del Dr. Musso; voy a hablar sobre datos masivos que resumen

una experiencia de 18 años: desde 1930 hemos operado 1.800 enfermos: operamos más o menos 100 por año lo que hace un promedio de dos enfermos por semana. En los primeros seis años, no levantábamos a ningún operado, seguíamos las reglas clásicas que habíamos aprendido de nuestros maestros: inmovilizar al enfermo, le poníamos grandes vendajes compresivos que después el practicante de guardia debía sacar de noche. Le impedíamos hacer movimientos a las hernias, los teníamos acostados en decúbito dorsal, sin almohada tres semanas. Eso en los primeros seis años, después a través de lecturas y a través de conversaciones con colegas extranjeros, partidarios de levantar inmediatamente, de levantar precozmente, empezamos tímidamente a probar el procedimiento y en 12 años hemos levantado el 80 % de los operados. Ahora de esos operados, el 80 % aclaro, son de cirugía abdominal; en cirugía torácica, sobre todo en la gran cirugía torácica, no tengo experiencia.

Así que levantamos el 80 % de los operados de cirugía abdominal, y no tenemos que arrepentirnos de haber procedido así, sino que cada vez estamos más convencidos como dijo el Dr. Musso, "no de que es igual levantar como dejar en la cama, porque si fuera igual yo los dejaría en la cama, sino que es mejor. Ya digo, no es por estadísticas que se puede demostrar esto, sino con el estudio y la observación desprejuiciada de los casos operados en gran cantidad y a través de años y seguidos en su evolución alejada también.

Ahora indudablemente que no es simplista la posición del cirujano que tiene que hacer levantar precozmente y opera un enfermo y le dice que se levante; es toda una conducta quirúrgica que empieza en el diagnóstico correcto, en el diagnóstico precoz y en las indicaciones operatorias adecuadas, de anestesia, de incisión, de operar bien como decía Mérola y no darle tanta importancia al post-operatorio medicamentoso. Así que es toda una conducta. Los enfermos marchan mejor. Quiero insistir porque algunos cirujanos que parecen convencidos del levantamiento precoz, dicen: "Sí, estoy teniendo los mismos resultados". No, si fuera igual, insisto, los dejaría en la cama; es que marchan mejor. La mitad de las funciones se cumplen por el ejercicio de la función; si uno tomara a un atleta y antes de una prueba de competencia lo dejara a jugo de frutas y en cama y le pusiera 1 litro de suero en una pierna y después le diera un purgante, seguramente que no iba a hacer un papel muy lucido, en la competencia física. Ahora, si a eso se le agrega una incisión operatoria y no se le dan calmantes, si se le deja sufrir al enfermo, entonces la inhibición de la función es extraordinaria.

Una anestesia, en eso no estoy de acuerdo con el Dr. Musso, lo más completa y lo más amplia posible, es decir que no sufran los tejidos, que no sufra psíquicamente el enfermo, que no haya sufrimiento local ni general. Es extraordinario cómo se reducen las indicaciones del post-operatorio cuando la anestesia fué amplia, perfecta, en que no hubo ningún sufrimiento y después en el post-operatorio le doy los calmantes nece-

sarios para que no sufran. No los levanto más antes de las 24 horas porque hay complicaciones imprevisibles, uno a veces ha visto morir en las 24 horas una apendicitis "en frío" de hemorragia interna.

Inicio el levantamiento después de las 24 horas, porque uno ya puede haber visto el comienzo de las grandes complicaciones de las primeras 24 horas. Entonces en las 24 horas hago hacer la gimnasia del lecho, la movilización de las extremidades, los ejercicios respiratorios y del torso. Ya digo, yo cada vez estoy más convencido que la movilización del operado en el lecho y el levantamiento precoz es una cosa necesaria, es una cosa más que conveniente, necesaria. Por otra parte, otro punto: el alta. No soy partidario del alta precoz porque el operado, por el hecho de que se levante pronto, no deja de ser operado y hay complicaciones que aparecen después de los 6, 7, 8 días. Hace poco una hernia se fué de alta e hizo la embolia en la casa; no es muy agradable eso. Así que yo los levanto como una medida terapéutica del post-operatorio pero no les doy de alta precozmente.

Dr. Prat. — Estoy convencido que el levantar lo más pronto posible a los enfermos después de la operación, es una práctica muy importante y muy conveniente; ella representa un progreso muy grande de lo que se hacía antes, en que se dejaba mucho tiempo al enfermo en cama y sobre todo en ciertas operaciones, especialmente en la cirugía vascular o en las afecciones vasculares tales como flebitis y trombosis en las que antes, era casi un dogma dejarlas semanas y meses completamente inmovilizados y que hoy día se prescribe precisamente todo lo contrario, o sea la movilización.

Se han abandonado las arcaicas gotieras y se han obtenido resultados mucho mejores.

Esta práctica de levantar los operados lo más pronto posible se denomina levantamiento precoz, nombre impropio porque precoz es antes de tiempo y por eso, lo llamaremos, abandono oportuno del lecho o levantada lo más pronto posible después de la operación.

Ahora bien, levantar a los enfermos lo más pronto posible, puede ser al primer día. Quizás, como lo dice el Dr. Larghero, esto no sea lo más conveniente, de acuerdo con lo que uno ha observado. Creo que el levantado lo más pronto posible en el primer o segundo día después de la operación, tiene que contar con la conformidad del enfermo. Hay casos en que el enfermo deseaba dejar en seguida la cama y no pudo realizarse y en ese sentido puedo citar una auto observación. De mis tres operaciones, en una de ellas (quiste del epididimo) se realizó en el hospital y ese mismo día me tocaba guardia de urgencia, y que yo estaba dispuesto a realizar mi actividad como cirujano, quedando acostado mientras no tuviera que actuar. El practicante de guardia me llamó a las 16 horas, diciéndome: "Dr. hay un enfermo delicado, que deseo que Vd. lo examine". Pensé concurrir en seguida, pero al ir a levantarme, sentí una molestia y dolor tan grande,

que aunque creo que no soy del todo flojo, me vi obligado a decirle al practicante: "Pida relevo de cirujano de guardia, yo no puedo actuar". Lo que quiere decir que, aunque se tenga la voluntad y la satisfacción de levantarse lo más pronto posible, a veces no se puede realizar.

Considero que para adoptar el método de levantar a los operados lo más pronto posible, el cirujano debe obtener la conformidad y buena voluntad del paciente para aplicar esta práctica, que será un aliado nuestro, una vez que esté enterado de las ventajas de ese método.

He podido comprobar un hecho interesante en mi larga experiencia quirúrgica; he comprobado sólo un caso de flebitis en enfermos operados de hernia y esto precisamente me tocó en la clientela privada; este caso se produjo en uno de esos pacientes que los cirujanos llamaban antes ideales: enfermos que se quedaban inmóviles como estatuas en la cama, que no se mueven absolutamente para nada y que hay que indicarles que hagan algún movimiento. Pues bien, ese enfermo hizo una flebitis y al menos para mí, demostró que su inmovilidad en cama contribuyó a este resultado y desde esa época indico a los operados la conveniencia de la movilización en la cama, deporte que algunos cirujanos franceses lo consideran como la práctica de la bicicleta en la cama y que los alemanes lo llaman el paseo en la cama.

Indudablemente, uno prefiere esa movilización a la inmovilización, pero debemos recurrir al levantado lo más pronto posible.

Creo que la comunicación del Dr. Musso y su colaborador, llega en un momento oportuno, porque a pesar de los numerosos trabajos que se han publicado sobre el tema y esta práctica, que se considera hoy día como un gran progreso, que ha hecho obtener resultados mejores; en nuestro medio me da la impresión de que somos un poco conservadores y dejamos al enfermo demasiado tiempo en cama.

Dr. Stajano. — La comunicación del Dr. Musso y el Bller. Nin es la primera que se hace en la Sociedad de Cirugía defendiendo la tesis del levantamiento precoz e inmediato, guiado por un entusiasmo que yo me guardaría bien de limitar. El ha estudiado este asunto y lo ha tomado con mucho empeño y por mi parte estoy plenamente convencido de las bondades del método.

Es cierto que me he desenvuelto durante muchos años en un servicio donde se hacía levantamiento precoz en cierta clase de cirugía, y levantaba por ejemplo enfermas ginecológicas ya a las 48 horas como una cosa extraordinaria. Recuerdo que hace muchísimos años, 16 ó 18, en el Hospital Italiano se asombraban porque levantaba los tumores pelvianos a las 48 horas, modificando costumbres habituales de dejar al enfermo en cama como se hacía habitualmente. El Dr. Bottaro levantaba las enfermas habitualmente por incisión anatómica a los 4 días; parecía algo extraordinario. Eso hace 15, 20 años; yo me adelanté y levantaba a las 48 horas y parecía más extraordinario aún. Después el Dr. Musso, entusiasmado

con sus lecturas y con conversaciones que tuvo con distinguidos cirujanos insistió en hacer levantamiento ultra precoz, es decir en la tarde de la operación, considerando ya tardío levantar a las 24 horas. Defiende el concepto de que levantar a las 24 horas es ya levantar en el momento que se han incubado ciertas complicaciones que se pueden evitar levantando de inmediato. Yo me resistía un poco a ese extremo y sin embargo lo autoricé. El mismo levanta a los enfermos, cuida su post-operatorio y tiene la constancia de ir tarde y noche, observando a sus enfermos con una gran paciencia, y mayor dedicación. Dejo de lado todas las explicaciones y todas las interpretaciones fisiopatológicas de los resultados obtenidos. No las voy a tocar por no estar de acuerdo en algún detalle de interpretación; pero lo real es que el post-operatorio es fundamentalmente distinto.

Vivimos sin duda, la transformación del dogma, de la estabilización prolongada en la cama, al dogma nuevo de la movilización ultra precoz. Los resultados son extraordinario y es menester verlos para convencerse, de la sencillez y simplificación del periodo postoperatorio actual.

El Dr. Prat decía, o algún otro que hizo uso de la palabra, que había que dejar al enfermo la opor unidad y gusto de levantarse cuando quisiera. He ahí, un error fundamental. El enfermo no se quiere mover porque tiene la obsesión, un miedo terrible de moverse; cree que tiene que estar como fijado, y en onces el cirujano mismo, si tiene autoridad, lo convence que no le va a doler y empieza a moverle y lo va a interesar a él mismo, asombrándose de que le duele menos de lo que creía y eso en la primera levantada. En la 2ª el enfermo se levanta solo, lo más asombroso, sin dolor en el postopera orio. Los enfermos no necesitan morfina ni calmantes, y se asombran de la cesación del dolor, desde la primera movilización.

En cuanto a los resultados, no entramos a las interpretaciones patológicas. Lo cierto es, que los enfermos distendidos, les aprieta el vendaje y se levantan y el vendaje se afloja, quiere decir que hay modificaciones dinámicas de la presión intra abdominal que se producen indiscutiblemente por el hecho de la movilización.

No se ha dicho algo importante en esta reunión y es lo que yo considero fundamental para el levantamiento inmediato o precoz. Me refiero al material de sutura que se utiliza. Me resisto a hacer levantamiento inmediato en las suturas que se hacen con catgut; todos hemos visto lo que es una herida con catgut: es una herida que no es seca, es jugosa, tiene serosidad, por el hecho de la inflamación alérgica del catgut evidente, en unos casos más en otros menos. En cambio las de hilo de algodón, son heridas secas, sin serosidad, y son resistentes, resistencia suficiente para que no se produzca una dehiscencia como en las heridas impregnadas de serosidad y edematosas, en inflamación alérgica intersticial.

El levantamiento precoz en suturados con hilo de algodón lo practico hasta en los prolapso que dejábamos 14 días en la cama, prolapso ge-

nitales que los levanto ahora inmediatamente y con un resultado que no puede ser mejor, no sólo por esta práctica, sino que por la justa indicación y en especial por los pormenores de técnica adecuada a cada caso.

No están familiarizados los cirujanos con este asunto, pero estoy seguro que dentro de poco tiempo el nuevo dogma ha de sustituir al dogma anterior. Mil contrasentidos se han hecho antes, en que no se movía al enfermo. Hoy nos damos cuenta que es una perfecta simpleza que a un enfermo saliendo de la mesa lo llevaran a la cama en plena agitación del despertar. Una enfermera con mucha fuerza lo apretaba de las piernas y otra de los brazos, y cuanto más se movía más se afirmaban las dos. No sé cuántas suturas no se habrán roto con ese esfuerzo brutal al impedir al otro esfuerzo por el intento de la inmovilización provocada por el enfermero. Que no se caiga de la cama es lo único que me propongo, después que se mueva y que no lo contengan.

Hay muchos puntos que han tocado Musso y Nin, que no es posible hoy discutir sobre heridas verticales o trasversales, y su interpretación. En realidad este trabajo significa un esfuerzo muy laudable de un asistente de mi clínica y su colaborador el Bller. Nin. Es muy alentador el consignarlo ya que este trabajo nos ha podido mostrar muchas bondades de un método que necesita ajustes y sobre todo familiarización de los cirujanos por esta nueva orientación que para mí es una verdadera conquista de la cirugía actual y por la cual alentará al Dr. Musso que prosiga puntualizando sus hechos de observación.

Dr. Musso. — En primer término debo agradecer en mi nombre y del Bachiller Nin las atenciones que prestaron a nuestro trabajo, y además las palabras de aliento con respecto al método que nosotros preconizamos. En cuanto al Dr. Mourigán, Larghero, Profesor Prat, en tesis generales están de acuerdo con nosotros, lo que nos alegra muchísimo, habrá cuestión de horas más o menos.

Al Profesor Larghero, con respecto al método no lo creemos una panacea, lo creemos coadyuvante a una buena anestesia, a un acto quirúrgico perfecto, creemos que no por esto se dejarán los antibióticos y otras medidas del post-operatorio. Con respecto a los sedantes, los aplicamos en la tarde de la operación, pero el hecho es el siguiente: que tenemos la satisfacción de haber levantado casi a las seis horas en la tarde, en la mañana. En las primeras horas tuvimos la satisfacción de que los enfermos no lo solicitaran al otro día pero los usamos.

Con respecto al enfermo que descansa, no es la primera noche, yo creo que se le haya pasado en el trabajo: la primera noche no descansa nadie sino a fuerza de sedantes; son hechos que comprobamos y por eso mismo que lo comprobamos, que los estudiamos con el bachiller Nin personalmente nos obligó hasta cierto punto a ser partidarios de levantar a los enfermos en la operación respetando los conceptos y las ideas del profesor Larghero.