

## EL ASPECTO GINECOTOCOLOGICO DEL BLOCK QUIRURGICO

*Dr. J. ALBERTO CASTRO*

Apoyamos esta exposicion sobre la organización de un servicio quirúrgico ginecotológico, con más propiedad del block quirúrgico, en dos conceptos principales:

- 1º) Que la organización proyectada contemple las necesidades técnicas actuales, y las que se vislumbran en los conocimientos ya adquiridos.
- 2º) Que se trata de satisfacer necesidades de un hospital con una densidad asistencial importante. Como corolario de esto, las estructuras y los medios expuestos deberán ser adecuados, respetando las finalidades técnicas contempladas, cuando se trate de organizar servicios de actividad asistencial más reducida.

La ginecotología tiene una unidad fisiopatológica que hace indivisible su estudio y orientación terapéutica. No obstante, la sanción quirúrgica exige medios propios en un rubro numéricamente tan importante como el obstétrico. Con ello admitimos que consideramos al parto, aun normal, un acto predominantemente quirúrgico, que sólo puede desarrollarse inobjetablemente en un medio y con una disciplina ortodóxicamente quirúrgica.

La cirugía ginecológica no gravídica; la cirugía general de la grávida, frecuentemente de carácter urgente; y la cirugía laparotómica subparto, tienen su lugar de ejecución en la sala de cirugía general. Es suficiente que se tenga previsto que:

- La mesa de operaciones permita realizar bien y fácilmente las posiciones adecuadas a la cirugía perineal y la de Trendelenburg. Con respecto a ésta, cabe señalar que con el progreso de la anestesia ha perdido terreno en beneficio de la enferma. No obstante, todavía es imprescindible en muchas circunstancias.
- Las conexiones funcionales con el centro de hemoterapia deben ser bien adecuadas. A las exigencias quirúrgicas generales, se agrega la particular incidencia en la cirugía obstétrica de la hemorragia, el shock y los síndromes de incoagulabilidad sanguínea.
- Debe tener fácil acceso a los recursos elementales de reanimación de un recién nacido.
- El agrupamiento del instrumental en las habituales “cajas de cirugía ginecológica”, tiene ventajas y debe mantenerse, pero es insuficiente para satisfacer todos los requerimientos quirúrgicos ginecotológicos. Las toracotomías urgentes o no urgentes; las entero y uroanastomosis, etc., son cada vez menos infrecuentes en la cirugía ginecológica. La fácil accesibilidad al instrumental adecuado es fundamental.

La asistencia del parto plantea problemas especiales.

La mayoría de los partos tienen un preparto clínico, sanatorial, de varias horas de duración. Durante el mismo, se realiza la conducción psicofísica de la paciente aplicando el condicionamiento adquirido durante el embarazo, conducido por personal auxiliar y por el médico. Con cierta frecuencia, se aplica medicación correctora de la dinámica, analgésica u otra. La inducción del parto por venóclisis oclítica, de contralor delicado, individual y permanente, tiene cada día más indicaciones.

La estadía de preparto debe realizarse en compartimientos estrictamente individuales; la conducción psicofísica, la terapéutica, etc., obligan a esa norma. Igualmente, serían deseables algunos recursos de distracción y de confort.

Si bien el preparto decide la evolución posterior de la paciente y obliga a una disciplina de asepsia estrictamente asistencial quirúrgica, plantea por su duración, no siendo infrecuentes períodos de 6 a 12 horas, y por las circunstancias psicoló-

gicas bien conocidas, la necesidad de permitir alguna relación directa con los familiares. Esto crea un problema arquitectónico y funcional.

El problema arquitectónico no nos compete; el funcional, lo concebimos así: cuatro zonas circunferenciales y concéntricas, que de afuera hacia adentro son:

1) Espacio circunferencial externo, de circulación familiar limitada, con acceso a la abertura externa de cada box de parto.

2) Zona de parto para pacientes. Estará constituida por pequeñas salas individuales con revestimiento acústico y elementos mínimos de confort. Dotadas de cama rodante para el transporte directo a sala de parto. Con los recursos indispensables para la terapia habitual "in situ", entre los cuales son insustituibles los de venoclisis y oxígeno terapia. Cada sala tendrá dos aberturas: una, esporádica, hacia la circulación familiar, de uso limitado; otra, interna, hacia la zona de circulación funcional técnica.

El número de salas de parto será mayor que el de salas de parto; por lo menos, la relación será de dos a una.

3) El tercer espacio concéntrico es de circulación funcional y convergente a las salas de parto.

4) Finalmente, las salas de parto propiamente dichas. Sus características generales de capacidad, calefacción, etc., son iguales a las admitidas para las salas de cirugía general. Como agregado propio, deben tener una división parcial que hará un compartimiento aislado de la visión de la parturienta, en el cual se realiza la asistencia inmediata del recién nacido. Habitualmente, será el lavado. Credé, etc. Otras veces, tratamientos de asfixias y otros. Lo corriente es que la asistencia médica inmediata sea dirigida por quien atiende el parto, de ahí que aquél deba tener fácil accesibilidad al ambiente respectivo y, por razones obvias, las manipulaciones no deben ser controladas por la reciente madre.

Además de lo expresado, el equipamiento propio de las salas de parto incluirá:

—Mesa de parto de extensión deslizable, preferente; facilidad de realizar la posición de Trendelenburg.

- Mesa rodante con equipo de tratamiento para recién nacido (tipo León).
- Equipo de resucitación y baño de recién nacido.
- Instalación de oxígeno centralizada.
- Equipo de analgesia.
- Inyectables de empleo habitual.
- Descarga de ropa sucia y desechos. Son dos rubros importantes de la sala de partos. El primero, la circulación de ropa usada, es conexo de otra necesidad fundamental por su gravitación económica: el contralor de la ropa.
- Además de este equipamiento individual, múltiples instrumentos, materiales y equipos, deben ser centralizados: equipos de ropa e instrumental para partos normales: cajas de instrumentos mayores para operaciones subparto: material de sutura; equipos de anestesia mayor, etc., etc.

¿Qué número o relación de salas de parto a camas de internación debe aceptarse? No tenemos información valiosa al respecto. Pero el análisis de nuestra observación nos permite proponer lo siguiente:

- 1º) Ningún servicio obstétrico, cualquiera sea el número mínimo de camas de internación, puede tener una sola sala de partos; por lo menos, deben ser dos.
- 2º) Siempre debe existir una sala de emergencia, con equipo propio, que satisface las exigencias del parto urgente, frecuentemente sucio, y a veces séptico.
- 3º) Que en los servicios mayores, debe mantenerse una sala de partos cada veinte camas de internación o fracción.

La conexión funcional entre sala de parto y servicio de hemoterapia, es fundamental.

Finalmente, debemos señalar que no hemos insistido en las múltiples cuestiones comunes, ya tratadas, entre salas de cirugía general y de partos: circulación general, lugar de estar, lavabos, vestido aséptico y circulación médica, etc.

Expuesto así un plan predominantemente funcional, ¿dónde se ubica el preparto y el parto en relación al block quirúrgico general?

Con respecto al parto, se puede ser rotundamente afirmativo; en el mismo plano y estructura del block quirúrgico general.

Con respecto al preparto, dadas las características y extensión del mismo, la respuesta es arquitectónica. Cualquiera puede ser buena si respeta íntegramente las conexiones funcionales señaladas.



Otra cuestión: ¿el personal de salas de parto será especial, propio? Hay un sector de personal que debe ser propio: el de colaboradoras en la conducción del parto, que son enfermeras especializadas en la preparación psicofísica de la grávida, que realizan dicha función en la propia sala de partos y dominan la aplicación analgésica elemental. El resto del personal de enfermería conviene que tenga una formación y disciplina general, que sea intercambiable, lo que equivale decir que en todo block quirúrgico-obstétrico el personal de enfermería tiene que ser capaz igualmente de atender salas de parto. Va en ello un alto interés funcional, técnico y económico.