

Manejo Postoperatorio de los Pacientes para Cirugía Gástrica y de Vías Biliares sin Sonda Nasogástrica

Comunicación Preliminar

DR. FERNANDO FERRARO D.*

DR. LEONIDAS POVEDA E.*

DR. OSCAR FERRARO D.*

DR. RAFAEL A. COTO CHACÓN*

DR. ISAÍAS ALVAREZ A.*

El trabajo que estamos realizando está inspirado en el manejo de pacientes para cirugía electiva abdominal, que se lleva a cabo en el Hospital das Clínicas de Sao Paulo, Brasil.

Esta es una comunicación preliminar de nuestras observaciones con este método, en pacientes operados de las vías biliares y del estómago, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Calderón Guardia, durante los meses de diciembre de 1970, enero y febrero del presente año.

Las desventajas que el uso indiscriminado de las sondas nasogástricas acarrearán, son las siguientes:

- 1.—Traumatiza físicamente al paciente. De todos es conocida la inconformidad que demuestran los pacientes con sonda. Les produce dolor, en ocasiones náuseas, los postra, los retiene en cama y sobre todo, los deshidrata.
- 2.—Los traumatiza psíquicamente. Agregado, o como consecuencia del traumatismo físico, el paciente se siente enfermo, deprimido, postrado. Su evolución postoperatoria inmediata es tormentosa desde este aspecto y dificulta su reincorporación a la actividad física y psicológica normales, tan importantes en esta etapa.
- 3.—El uso de la sonda nasogástrica con succión continua, produce una depresión o deshidratación iatrogénica. Un enfermo con succión gástrica continua está expuesto a la extracción de líquidos y electrolitos con el consiguiente dese-

* Servicio de Cirugía General. Hospital Calderón Guardia. Caja Costarricense de Seguro Social.

quilibrio, que puede llegar en ocasiones, hasta la alcalosis hipoclorémica, e hipopotasemia con hiperazoemia.

La pérdida de potasio aumenta en el postoperatorio, aumentando éste a su vez, la deshidratación.

- 4.—La extracción de jugo gástrico con sus consecuencias, aumenta el uso de sueros, que difícilmente llegan a compensar enteramente el material extraído. La venoclisis a su vez acentúa el trauma físico y psíquico del enfermo y exige su reposo en cama, tan perjudicial en este período.

Los beneficios observados en estos pacientes son verdaderamente sorprendentes. Se encuentran optimistas, animados, tranquilos, satisfechos, con libertad absoluta de movimientos, deambulando normalmente desde el primer día. Esto hace que el restablecimiento del tránsito intestinal sea precoz, observando que la evacuación se presenta en segundo o tercer día. Debe recalcarse que estos pacientes se encuentran en un balance hidroelectrolítico aceptable, ya que la alimentación oral líquida es precoz y cualquier variación desfavorable, se corregirá aumentando la ingesta de líquidos. Es llamativo ver que estos pacientes prácticamente no se quejan de otra cosa, más que de las molestias propias de la herida.

No existe la selección de pacientes para la aplicación de este método en cirugía electiva. Lógicamente la sonda nasogástrica está indicada en cirugía de urgencia, por ejemplo, úlceras perforadas, hemorrágicas, procesos peritoníticos con participación del estómago.

En el caso de la cirugía gástrica, basta que las suturas sean hechas correctamente, para que la ruptura o dehiscencia de la anastomosis no se presente. La distensión gástrica, que en nuestros pacientes no se ha presentado, no es causa de falla de la sutura.

MATERIAL:

Está constituido por 23 casos, de ellos 7 pacientes con cirugía gástrica, 4 gastrectomías subtotales, 3 vaguectomías con antrectomías y 16 pacientes con cirugía de vías biliares: 16 colecistectomías. Los diagnósticos fueron: carcinoma gástrico 2, úlcera duodenal 4, úlcera pilórica 1, coledocitis 12, piocolecisto 2, colecistitis aguda 2.

En uno de los pacientes colecistectomizados (Nº 11) se practicó además, anastomosis coledocoyeyunal en "Y" de Roux y yeyunoyeyunoanastomosis en un solo plano seromuscular. A otro paciente (Nº 7) se le practicó colecistectomía y gastrectomía subtotal del 75% por piocolecisto y úlcera pilórica estenosante.

La cantidad de suero usada en estos pacientes fue de 1000 a 1500 ml, recetados en el postoperatorio inmediato por el anesestesiólogo y transfundidos en recuperación. Dos pacientes recibieron más cantidad de suero, uno por presentar asma bronquial (Nº 12) y ser necesaria la terapia intravenosa para su control; el otro por haberse prescrito nada por vía oral en los tres primeros días del postoperatorio (caso Nº 7). El caso Nº 4 también recibió una mayor cantidad de suero, ya que presentó vómitos y melena. Este caso es sumamente importante y demostrativo, ya que en ningún momento, a pesar de esta complicación, fue necesario el uso de la sonda.

SINTESIS:

Se hace una comunicación preliminar de 23 casos de cirugía gástrica o de las vías biliares en cuya evolución postoperatoria no se usó sonda nasogástrica.