

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

ESCUELA NACIONAL DE ODONTOLOGIA.

CUIDADOS PRE--OPERATORIOS
EN LA CIRUGIA BUCAL

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
CIRUJANO DENTISTA
PRESENTA LA PASANTE

CARIDAD GARCIA RODRIGUEZ.

MEXICO.

1957.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Cat



CUIDADOS PRE-OPERATORIOS
EN LA CIRUGIA BUCAL

TESIS PROFESIONAL

CARIDAD GARCIA RODRIGUEZ.

MEXICO, D. F.

1957

A mi padre el Sr.
Federico García Blanco

Con gratitud y cariño por
su estímulo, comprensión y sacrificio.

A mi madre la Sra.
Rosaura Rodríguez de García

Con infinita ternura.

A mis queridos hermanos:

Sylvia, Federico y Carlos
con mi gran cariño.

A mis abuelitos:

Ramón Rodríguez P. y,
Sra. Juana C. de Rodríguez,
con veneración y respeto.

A la memoria de mi padrino:

Enrique Rodríguez Cano.

A mi madrina:

Concepción Dehesa de
Rodríguez Cano.

Con gratitud a mis Maestros:

Francisco Martiñ Sánchez.
Porfirio Vázquez Coyula
Alfonso Lara Chavarría.
Alberto Ravizé.
Fernando Quiróz
Antonio Limonchi Wade
Manuel Rey.
Alberto Domínguez.
Juan Ibarra
Francisco Calderón Caso

Muy especialmente al Dr: Roberto Rojo de la Vega
por su amable dirección.

Agradezco al honorable jurado las atenciones
que me sirvan dispensar, por todos los errores
cometidos, os pido benevolencia.

CONSIDERACIONES GENERALES SOBRE EL PERIODO PRE-OPERATORIO

EN LA CLINICA

INTRODUCCION AL PRE-OPERATORIO.

Importancia del tema.

En todos los libros que he consultado de pre- y postoperatorio se encuentran siempre un orden más o menos semejante que a grandes rasgos es el siguiente: la exploración en general del sujeto quirúrgico, las exploraciones particulares para cada tipo de cirugía especializada, los cuidados generales que deben darse en general al enfermo quirúrgico durante o después de la operación y los cuidados propios a determinados grupos de enfermos, pero no he encontrado ningún capítulo que agrupe de una manera clara y distinta las exploraciones y cuidados que deban impartirse en la Cirugía Máxilo-Facial.

¿Puede achacarse ésta omisión de los libros de texto más comunes a que consideran la Cirugía Máxilo-Facial no como una especialidad, sino como uno de tantos casos de la cirugía general? Es indudable que sí. Pero nosotros creemos y fácilmente podemos demostrar que la cirugía Máxilo-Facial constituye en la actualidad una especialidad, ya que abarca el tratamiento de numerosas afecciones hoy día perfectamente clasificadas; que para practicarlas como es debido se necesita cierto entrenamiento, cierta experiencia en ella; porque en muchas ocasiones técnicas en las que se emplea instrumental especial que es tan propio de ella como el instrumental que requiere la ginecología o cualquier otro tipo de cirugía especializada.

Por lo anterior he creído pertinente agrupar todos los estudios, cuidados y tratamientos de las complicaciones que pueden sufrir estos enfermos y que como ya

dije tienen modalidades especiales, no con la pretensión de crear un nuevo capítulo en las obras ya de por sí extensas de cuidados pre- y postoperatorios, pero sí con la sana intención de hacer resaltar éste problema, buscando de la cirugía para que ellos con la aportación de su experiencia y de sus conocimientos, completen y corrijan mi modesto trabajo, hasta formar este importante capítulo que - en realidad es un hueco en la literatura existente en los cuidados Pre- y Postoperatorios.

EL PRE-OPERATORIO, PARA LLEVAR A SU MINIMA EXPRESION LOS GRANDES
RIESGOS: CHOQUE, HEMORRAGIA, INFECCION Y AUN ANESTESIA.-

La clínica, única, con finalidad terapéutica se sitúa en bases sólidas cuya aportación es inneludible: ahondar en el conocimiento de los órganos y sus relaciones, saber la estructura macroscópica y al menos la clasificación histológica - en el cuerpo humano; tener en la mente el curso de las enfermedades desde su causa de origen, la manera de obrar y el síndrome que realizan y por encima de todo definir los cambios que sufren las funciones vitales de órganos y aún de células, es decir, anatomía, patología y fisiología, forman las bases de que haya de servirse quien trate de conocer el padecimiento de un enfermo, su destino y los recursos cada vez utilizables para llevarlo al estado de salud, o de mejor compensación funcional útil para la vida. Examinadas en su aspecto trascendente para el enfermo estas bases dan la primacía a la de fisiología, cuyo conocimiento en el estado de enfermedad constituye casi el desiderátum de nuestros anhelos, porque fijándola en cualquier época de vida de los paciente o en cualquier fecha o día durante el curso de su enfermedad, puede señalarlos más inmediata y precisamente que la anatomía y la patología abstracta el derrotero y porvenir de cada sujeto clínico y con esto habrá de marcarlos posibilidades de vida, de salud y de alcance de recursos salvadores, útiles o ineficaces.

La fisiopatología que se hermana con la anatomía y con la patología, es - empero la culminación de un conocimiento al que por otra parte salvaguardan los métodos y procedimientos necesarios que forman la exploración en todos sus aspectos, ya sean los llamados clínicos, de laboratorio o radiológicos.

Conocer las alteraciones de funciones normales, interpretarlas relacionando las o trastornos anatómicos, lesionales, o bien reconocer que sin materia son resultado de desequilibrios humorales o tisulares, es definir la fisiopatología que formará el pensamiento predominante de clínica en sus aspectos de diagnóstico, pronóstico e indicación terapéutica. Lo que se ha dado en llamar diagnóstico de evolución y que si bien justamente ha de aplicarse el conocimiento de las funciones vitales día por día, enunciado en sí mismo, podría dar lugar a pensar que no es más que el pronóstico; y cuando se habla de pronóstico en cirugía se hace frecuentemente el distinguo de pronóstico clínico, de pronóstico operatorio y de pronóstico quirúrgico no netamente terapéutico, que en resumen serían inmediato y lejano a quod vitam y en lo referente a la salud, es decir a la o las funciones necesarias; todos estos conceptos son indudablemente modalidades del gran capítulo de la Clínica, ya se le designe médica o quirúrgica, que es la fisiopatología.

PRE-OPERATORIO DEL ENFERMO.

De acuerdo con lo referente a sujeto enfermo, (robustos o débiles que han dicho los americanos y que entre nosotros algunos, como White Morquecho, han aceptado) lo referente a región u órganos, a cirujano que ejecuta y a magnitud del recurso empleado, es necesario sucintamente referirnos a lo que todos dejan traslucir en sus comunicaciones, ya sea que piensen en cirugía general o de especialidades.

Todos están de acuerdo en que la clínica única e indivisa que nos obliga a establecer un estado fisiopatológico integral o lo más completo posible como punto de partida del pre-operatorio, lo que implica no sólo el diagnóstico del padecimiento que se pretenda curar, sino la presencia de focos infecciosos lejanos -

o latentes, la morfología, distrofias, etc., que puedan relacionarse a taras de funcionamiento, ni se diga de enfermedades como la diabetes y también establecer el estado psíquico y nervioso del paciente, etc. El punto de partida del pre-operatorio es el conocimiento del padecimiento de nuestro enfermo y el conocimiento del sujeto donde hemos discriminado tal padecimiento. En tal sujeto o terreno así conocido interesa establecer de una manera proporcional y probable, más que matemática o numérica, condiciones, no cifras, de sus resistencias y defensas, por medio de lo que el Dr. Gonzalo Castañeda, propuso denominaran controlaciones indispensables del pre-operatorio: cuando el diagnóstico clínico, inclusive fisiopatológico, nos sea conocido pensemos en la enfermedad post-operatoria que vamos a producir y sentiremos la necesidad ineludible de hacer pronóstico de funciones alteradas inmediata y lejanamente; el diagnóstico aquel será la base, pero necesitamos controlar margen de distensiones que provocaremos y aptitud de los sistemas de regulación que hacen incompatible la supervivencia si son exhaustos.

1o.- En la sangre por razones obvias, en sus fórmulas roja y blanca cuantas veces sea necesaria; sus condiciones de coagulación y escurrimiento, el tiempo protrombínico en algunos casos;

2o.- En el estudio funcional del sistema cardiovascular, antes, durante y después de la operación ("toda intervención quirúrgica es un traumatismo de la vaso motricidad") Leriche);

3o.- La condición de algunas de las funciones más importantes del hígado: a los datos clínicos añadir por ejemplo, impermeabilidad al azul de metileno, con trolación del rosa de Bengala, reacciones de sales y pigmentos biliares en la orina, etc., según lo requiera el caso.

4o.- El funcionamiento renal también es imprescindible; el examen general de orina por sus cifras y resultados nos señala límites o caminos de riesgo -- (albúmica, glucosa, pigmentos biliares, acetona, ácido diacético, sedimento, etc.) o nos lleva a hacer nuevas investigaciones, tales como dosificación de urea, ácido úrico, cloruros y glucosa en la sangre; las controlaciones de eliminación renal y entre éstas, con la interpretación racional, la de la sulfafenoltaleína. Hasta aquí lo que puede decirse imprescindible.

La conducta clínica de las controlaciones funcionales se extiende también como imprescindible si se tiene en muy particular cuenta el tamaño del recurso terapéutico y la región por operar; los cirujanos especialistas señalan en qué casos clínicos y para qué operaciones de deben afectar otras controlaciones; algunos de nuestros académicos, White Morchecho y Bandera, dan fórmulas de conducta para las combinaciones de factores fisiológicos distintos con que nos encontremos.

Y cuando en el pre-operatorio conozcamos el estado del padecimiento y el estado clínico y hayamos determinado los márgenes de funcionalismo (defensas), por las controlaciones imprescindibles, nos queda por hacer los cuidados pre-operatorios: instalación previa oportuna del paciente, preparación psíquica y moral, preparación de la región, higiene, alimentación, terapia niveladora y equilibradora de funciones que eviten o disminuyan el choque en todas sus formas, que ayuden a prevenir la hemorragia, que constituyan garantía en contra de la infección y que permitan una administración juiciosa y mínima de sustancias anestésicas.

Y como punto final de la etapa fisiopatológica que en la Clínica Quirúrgica llamamos el pre-operatorio del enfermo, no podemos pasarnos sin recordar que

las obligaciones, perentorias del cirujano alrededor del *primum non nocere*, están en la rectitud de pensamiento que obstinadamente busque en cada operación, gran da o pequeña, emplear la mejor técnica quirúrgica de que sea capaz, no me refiero al procedimiento más recomendado, sino al traumatismo mínimo y a la mayor economía de sangre así como al tiempo más breve empleado, que resulte de la consecución disciplinada e inmediata de los tiempos operatorios y no de la turbulencia de movimientos atropellados que en ocasiones ni se realizan cabalmente.

Los pacientes en relación con su capacidad de resistencia para una intervención propuesta, pueden dividirse en dos grandes grupos: 1) los de buen pronóstico, y 2) de mal pronóstico.

Se atribuye mal pronóstico a un paciente por los siguientes motivos: 1) existencia de trastornos funcionales causados por el proceso quirúrgico que se desea aliviar, 2) mal estado físico general, 3) insuficiencia funcional ocasionada por una enfermedad anterior y 4) combinación de estas circunstancias.

El paciente de buen pronóstico en cambio, es el que acude al cirujano para someter a tratamiento un proceso que prácticamente no ha afectado su estado general, y por lo demás presenta todos los signos de hallarse en buenas condiciones físicas.

No siempre es fácil clasificar exactamente a estos pacientes. Muchos de ellos parecen en principio ser de buen pronóstico, pero el examen clínico demuestra que sufren trastornos que obligan a incluirlos en el grupo de los menos aventajados. Los niños y las personas de edad avanzada requieren cuidados especiales, en fin, la preparación de un enfermo para operar varía con la naturaleza y el tipo de intervención, el estado general del paciente, (de buen o del mal pronós-

tico) y, según exista o no alguna dificultad particular.

EXAMEN GENERAL.

En la mayor parte de los casos una historia clínica detallada, el examen físico completo y los análisis corrientes de laboratorio proporcionarán información adecuada. Si los datos obtenidos demuestran que no existen trastornos importantes, y al estado general del paciente hace innecesaria cualquier preparación especial, no procede retrasar la intervención.

Si es necesario llevar a cabo una preparación especial, deberá efectuarse en el menor tiempo posible y en forma que no trastorne considerablemente los hábitos de vida del paciente.

HISTORIA CLINICA.

Se principiará por la relación detallada de la enfermedad actual. Seguidamente se procederá a investigar sistemáticamente el estado de cada aparato, para lo cual resulta ventajoso utilizar hojas impresas ya preparadas. Se registrarán cuidadosamente los hábitos y costumbres del paciente, terminando esto con los antecedentes personales, patológicos y hereditarios.

EXAMEN FISICO.

Nunca debe omitirse un examen físico general, por muy manifiesto que resulte el proceso quirúrgico local. Lo mejor será llevar a cabo el examen físico completo en ocasión de la primera exploración. Se registrarán cuidadosamente el aspecto general, el estado nutritivo y el grado de hidratación, el color de la piel y mucosas, los signos de pérdida de peso, etc. Se anotarán la frecuencia del pulso y la presión arterial. El examinador debe seguir un plan sistemático y

aquí también es de aconsejar el empleo de hojas impresas.

Como complemento indispensable del examen, será necesario el estudio radiográfico que amerite el caso.

ANÁLISIS DE LABORATORIO.

Independientemente de los análisis necesarios para llegar al diagnóstico, - el estudio pre-operatorio requiere como mínimo los análisis siguientes, según el Prof. Dr. Castro Villagrana:

Análisis general de orina,

Biometría hemática,

Tiempo de sangrado,

Tiempo de coagulación,

Grupo sanguíneo,

Estudio de su Rh.

Tiempo de protrombina

Dosificación de urea, glucosa y creatinina sanguínea.

Algunos autores agrupan una serie de pruebas bajo la denominación de - "pruebas de coagulación sanguínea" o de "tendencia hemorrágica", en la forma siguiente:

Tiempo de sangrado.

Tiempo de coagulación.

Tiempo de coagulación del plasma recalcificado.

Tiempo de protrombina.

Resistencia capilar (torniquete).

Como se vé, es sólo cuestión de sistema, pues en realidad todas estas pruebas quedan comprendidas en la forma que propone el Dr. Castro Villagrana. En cuanto a la prueba del torniquete sólo se efectúa en nuestro medio cuando encontramos algo anormal en el estudio anterior.

ANALISIS GENERAL DE ORINA.

Se pedirá al laboratorista que investigue principalmente la existencia de glucosa, acetona, ácido diacético y albúmina, así como al examen microscópico del sedimento. Si se observa alguna anomalía será necesario llevar a cabo exámenes más completos.

Si la historia clínica por una parte, y el resultado de orina por otra sugieren la existencia de lesión renal y siempre que exista hipertensión, se procederá a estudios más particulares.

BIOMETRIA HEMATICA.

El estudio de la sangre es de máxima importancia en el pre-operatorio de cualquier enfermedad. Primeramente nos hace conocer posibles anemias que como se sabe cambian completamente el riesgo quirúrgico.

A este respecto puede decirse que no tienen importancia clínica las cuentas de eritrocitos en que hay una disminución hasta de medio millón por milímetro cúbico; pero cuando la disminución se acentúa un poco más y llega hasta el millón debe considerarse como una anemia ligera. Toda disminución que pase de un millón por milímetro cúbico debe ser restituida antes de la operación por los medios habituales, particularmente la transfusión sanguínea, pues de lo contrario el riesgo quirúrgico es notablemente mayor.

En seguida se considerará junto con el estudio de los glóbulos blancos - no sólo la reacción que en ellos producen los estados infecciosos, sino dos eventualidades que aunque poco frecuentes tienen una gran importancia en cirugía, nos referimos desde luego a las discrasias sanguíneas de tipo leucémico que contraindican los procedimientos quirúrgicos y que muchas veces no son reconocidas clínicamente en sus principios. En segundo lugar tenemos que hacer mención de las leucopenias, cada día más frecuentes por el uso prolongado de ciertas - sustancias terapéuticas hoy muy en boga como son las sulfonamidas y ciertos - antibióticos del tipo de los cloran-fenicales, aureomicina, terramicina, etc., y cuya corrección es indispensable antes de practicar la intervención quirúrgica y esta corrección no es muy fácil de obtener. Pero téngase presente que operar - a un individuo en estado de leucopenia lo expone grandemente no sólo a infec- ciones sino a veces a hemorragias incoercibles.

Sobre el tiempo de coagulación y sangrado en realidad nada nuevo se - puede agregar, ya que su importancia es de todos conocida.

Es necesario mencionar también que en la actualidad el estudio de la - sangre es incompleto si no se clasifica debidamente el grupo sanguíneo, esta -- clasificación debe tenerse siempre de antemano y no practicarla en el momento de la emergencia en que muchas veces la extrema urgencia del caso, por su -- premura puede inducirnos a error.

El factor Rh ya se incluye de manera constante y se considera que es - un elemento de seguridad muy grande usar siempre en caso de transfusiones duran- te la operación sangre del mismo Rh, pues recuérdese que en el momento quirúr- gico no nos es posible averiguar si el paciente en caso de Rh negativo ha sido -

sensibilizado, así que de una manera general siempre deberá transfundirse sangres de Rh iguales.

En la actualidad se considera que éstas exploraciones para ser completas deben incluir siempre el tiempo de protrombina, y ésta tiene particular interés en todos los sujetos que sufren de su aparato biliar: icterícos crónicos, pacientes con fístulas biliares, sujetos desnutridos, con diarreas crónicas, así como en los lactantes y en los viejos.

DOSIFICACION DE UREA, GLUCOSA Y CREATININA SANGUINEA.

Las dosificaciones de urea, glucosa y creatinina sanguínea las considera el Dr. Castro Villagrana como parte del examen mínimo preoperatorio, dando para ella la razón siguiente: que muchas veces se encuentran alteraciones de esta naturaleza en enfermos en que a primera vista no lo revela el examen clínico y que pueden relacionarse con pacientes que presentan los principios de una hiperglicemia o bien en sujetos sobre todo de edad, cuyo riñón no concentra suficientemente, y que el desconocimiento de estos estados, aún con la práctica de operaciones pequeñas rompe el equilibrio inestable del sujeto, produciendo postoperatorios tormentosos y a veces hasta pueden desencadenarse estados urémicos de notoria gravedad.

Los norteamericanos practican de rigor en todos los casos las reacciones luéticas de Wassermann, Kahn y Massini, esta práctica realmente es muy encomiable, pero en nuestro medio y sobre todo en la práctica quirúrgica dental, esta serie de reacciones sólo se piden al paciente cuando se sospecha lúes por la exploración clínica. Nuestras instituciones de tipo más moderno (Hospital de Enfermedades de la Nutrición, Hospital de la Raza) la práctica de reacciones luéti

cas se hace ya de manera constante.

RESUMEN DE DATOS OBTENIDOS.

En el resumen del caso se incluye la impresión personal del paciente y los datos positivos, tanto de la historia como del examen físico. A continuación se expone el diagnóstico final o probable, el tratamiento propuesto y el pronóstico operatorio en función del estado del paciente.

ESTUDIO DE LOS PRINCIPALES APARATOS Y SISTEMAS.

A).- ESTUDIO DEL APARATO CARDIOVASCULAR.

Constituye el estudio más importante en un enfermo que se va a operar. Cuando el corazón está enfermo, sus reservas funcionales suelen hallarse disminuidas en mayor o menor grado. La capacidad del corazón para resistir la prueba de una operación depende únicamente de que las exigencias causadas por la intervención superen o no su capacidad funcional de reserva. El esfuerzo suplementario o impuesto por una operación puede ser producido por uno o más de los siguientes factores.

- 1) La excitación y tensión emocional, ansiedad y miedo al pensar en la operación, pueden tener acción real sobre la presión de la sangre y el metabolismo y dificultar el sueño y el reposo.
- 2) La acción de la anestesia sobre el corazón y la circulación.
- 3) La hemorragia operatoria.
- 4) El dolor postoperatorio, especialmente si impide descansar.
- 5) El colapso circulatorio periférico con las graves alteraciones secundarias de la dinámica sanguínea.

- 6) La infección postoperatoria. Los cardiacos parecen estar particularmente -
predispuestos para el desarrollo de infecciones pulmonares postoperatorias.

Claro está, que cuanto más grave sea la cardiopatía, menor será -
el margen de seguridad. En consecuencia lo que ^{se} deberá hacerse será mejorar el -
pronóstico operatorio; aumentar lo más posible las reservas del corazón antes de -
operar; reducir al mínimo los esfuerzos y violencias que impone la operación.

ESTADO DEL MIOCARDIO. - Lo que nos interesa no es en sí una
lesión valvular, sino que el corazón sea suficiente para resistir la operación. Un
corazón suficiente aunque tenga lesión valvular, no presenta peligros, pues dicha
suficiencia puede verificarse por hipertrofia, para compensar el déficit de la le-
sión misma. En cambio, puede un corazón no presentar lesiones valvulares y ser -
insuficiente, como por ejemplo en el caso de padecimiento renales.

Por lo tanto lo que interesa es hacer el diagnóstico de la suficien-
cia o insuficiencia cardíaca.

Los medios clínicos de exploración son ya perfectamente conocidos
y no voy a insistir en ellos, recuérdese sin embargo el enorme valor que tiene la
electrocardiografía por los datos tan seguros y precisos que nos proporciona y que
juntamente con la exploración clínica llega a obtenerse un diagnóstico y un pro-
nóstico casi perfectos.

LESIONES VALVULARES. - Cuando existen lesiones de los orificios
valvulares generalmente se observa en la auscultación que los ruidos cardíacos --
aparecen acompañados o reemplazados por "soplos" y que éstos tienen lugar en los
diferentes tiempos de la revolución cardíaca. No siempre la existencia de un so-
plo cardíaco implica alteración valvular (anemias marcadas, hipertiroidismo, etc.).
Por lo mismo, mencionaré tres clases de soplos:

Soplos orgánicos. - Se producen por lesiones establecidas. Se deben generalmente a estenosis mitral o insuficiencia valvular. Se presentan casi siempre del lado izquierdo.

Soplos anorgánicos.- Se producen fuera de corazón. Pueden ser cardiopulmonares y Itquidianos o anémicos.

Soplos orgánico-funcionales.- Muchas veces tienen su origen debido a que las cavidades del corazón se dilatan resultando el orificio A.V. muy reducido, o bien por dilatación de los anillos fibrosos donde están implantadas las válvulas, resultando una estenosis relativa que produce el soplo.

Los que tienen verdadera repercusión en el estado general de la circulación son los orgánicos y en presencia de ellos debemos investigar los trastornos que pueden ocasionar en el aparato circulatorio del paciente en el cual vamos a intervenir. Si la lesión valvular ha producido un franco estado de insuficiencia cardíaca, la intervención debe posponerse, instituyendo al paciente un tratamiento preoperatorio adecuado, contando con la cooperación del cardiólogo. Pero si a pesar de la lesión el sistema cardiovascular es suficiente, entonces la operación se puede llevar a cabo con un gran margen de seguridad.

TRASTORNOS DEL RITMO CARDÍACO.- Se debe comprobar si el ritmo cardíaco del paciente es regular o irregular o si la frecuencia es particularmente rápida (taquicardia) anormalmente lenta (bradicardia) o normal.

Se debe tomar en consideración la persistencia o no persistencia del trastorno, pues existen gran número de factores capaces de producir una arritmia pasajera, tales como la emoción propia de un examen médico cualquiera que sea su finalidad.

Cuando encontremos una arritmia permanente, nuestra atención debe encaminarse a la elección de un anestésico adecuado que no incremente por sí mismo el padecimiento como sucede con el ciclo propano; igualmente debe evitar las soluciones de adrenalina y sus sucedáneos por producir el mismo efecto sobre la irritabilidad cardíaca.

En un corazón con ritmo normal puede desencadenarse una arritmia cardíaca total, es decir, una fibrilación, en los sujetos en que se practican intervenciones quirúrgicas sin estar debidamente anestesiados, es decir, cuando la anestesia no ha llegado a ser quirúrgica sino que aún se encuentra en el plano de delirio. Es una creencia errónea que para un acto quirúrgico pequeño, el creer que se va a perjudicar más al paciente si éste es un individuo agotado o debilitado con llevarlo a la profundidad quirúrgica de la anestesia que practicándole la operación como comunmente se dice con una "emborrachadita". Muy numerosos son los casos en la literatura médica de muerte al practicar operaciones con anestesia incompleta y todas ellas pueden clasificarse como fibrilaciones cardíacas.

TRASTORNOS VASOMOTRICES.

Hipotensión.— Cuando la presión sistólica baja de las constantes normales nos encontramos frente a un enfermo hipotenso. Esta hipotensión puede ser:

- a).— De origen central producida por alguna enfermedad fundamentalmente grave del sistema nervioso central (tabes dorsal, p.e.j.) asimismo se presenta en trastornos del miocardio (estenosis valvulares, p.e.j.)
- b).— De origen periférico es una insuficiencia circulatoria aguda que consiste

en la imposibilidad por parte de la circulación de mantener un volumen de sangre adecuado que cubra las necesidades de los tejidos. Es la hipotensión más frecuente y se conoce con el nombre de choque.

La hipotensión debe corregirse antes de efectuar cualquier manobra operatoria, pues operar a un enfermo en estado de shock es de pronóstico grave.

Hipertensión. - Depende o coincide con diversos procesos, los más importantes son: Enfermedades renales, endócrinas, vasculares y lesiones cerebrales. Existe también la hipertensión esencial a la que no se le conoce la causa Clínica que la produzca.

Debe tenerse presente que los agentes anestésicos, las mezclas pobres en oxígeno, aumentan la presión arterial, asimismo debe evitarse todo lo que aumente el período de excitación y posiciones que traigan consigo dificultades respiratorias.

A este tipo de enfermos se les debe sedar perfectamente antes de la operación y evitarse todo estado de anoxia por pequeña que sea.

ESTUDIO DEL APARATO RESPIRATORIO.

Si al llevar a cabo el examen físico se descubre una infección activa o latente de las vías respiratorias superiores debe posponerse la operación. Resulta difícil determinar el plazo necesario para que un enfermo que acaba de sufrir un resfriado agudo recupere la inmunidad natural.

Debería esperarse varias semanas después de terminados todos los síntomas respiratorios antes de emprender una operación electiva. Sin embargo, en muchos casos ésta no puede ser pospuesta indefinidamente y resulta necesario

transigir de acuerdo con las circunstancias. Intervienen principalmente:

- 1).- Padecimientos obstructivos, (ejem. boque).
- 2).- Los que disminuyen la capacidad respiratoria, (ejem. Pleuresías).

En niños pequeños para operaciones plásticas (labio, paladar) estén contraindicados desde un simple estado catarral, más aún si tiene tos. La consecuencia de intervenir en estas circunstancias es que se provoca en las horas siguientes a la operación bronconeumonía o bronquitis capilar.

Por otra parte la aspiración de productos sépticos que se observan en vaciamientos de bocas, originan frecuentemente complicaciones bronco-pulmonares. En estos casos, si hay presencia de cualquier estado gripal o bronquial, debe dejarse pasar una o dos semanas antes de la intervención, debiendo prepararse a estos pacientes mediante antibióticos desde 48 horas antes; entre ellas la combinación de penicilina estreptomina (400 mil U. de penicilina y $\frac{1}{2}$ gramo de estreptomina) cada 24 horas, hacen una buena prevención.

Los flegmones del piso de la boca; así como las osteomielitis de los maxilares suelea provocar no sólo complicaciones del tipo de bronconeumonías sino también abscesos pulmonares. La mejor prevención es la misma que en el caso anterior, mediante antibióticos.

Resumiendo, dos serán los principales cuidados que deben tenerse:

- 1).- Cerciorarse de que las vías de aire están libres y son suficientes.
- 2).- Buscar cuidadosamente las afecciones respiratorias de tipo gripal que como se vé son esencialmente peligrosas para ésta clase de cirugía.

ESTUDIO DEL APARATO DIGESTIVO.

Son de interes los siguientes puntos:

VOMITOS.- No sólo impiden la adecuada ingestión de alimentos, sino que causan grave disminución de la cantidad de líquidos de la economía y por lo tanto producen deshidratación. Hacen perder cloruros.

En pacientes muy deshidratados se administrarán líquidos en grandes cantidades, por la boca si son bien tolerados. Por vía endovenosa puede administrarse, lentamente, un suplemento de suero fisiológico salino, de 20 c.c. por Kg. de peso corporal.

El ayuno operatorio, por lo menos 4 horas antes de la intervención tiene el fin de disminuir los vómitos desde el punto de vista de la anestesia general.

HIPO.- Es producido por espasmos clínicos del diafragma acompañado de cierre de la glotis.

Es manifestación frecuente de estados peritoneales, padecimientos de vías biliares, oclusiones intestinales. Sólo eventualmente en los grandes infectados crónicos por ejemplo, ostiomielitis más o menos difusas del maxilar inferior, en cambio en el post-operatorio sí se presenta con alguna frecuencia, por lo tanto debe volverse a hablar de él en el capítulo respectivo, haciendo hincapié en su terapéutica.

DIARREA.- Origina una pérdida anormal de líquido en el cual predomina el ión sodio. En consecuencia disminuye el volumen de sangre y se concentran los líquidos tisulares; la oxigenación es imperfecta y la circulación deficiente. Es conveniente posponer la operación hasta que pase el estado agudo.

ESTUDIO DEL HIGADO.- Cuando el hígado está seriamente dañado, o hay obstrucciones crónicas del tracto biliar los pacientes presentan una severa tendencia a las hemorragias.

aunque puede usarse el protóxido de pазoe. Sin embargo, es preferible usar anestesia local o regional.

En las nefritis crónicas (esclerosis renal de los ancianos), puede presentarse: 1) con ligera insuficiencia renal, que son de pronóstico relativamente bueno. Si existe edema la cicatrización es lenta y las heridas son fácilmente infectables. Deberán tomarse todas las medidas posibles para suprimir el edema antes de operar y 2) casos con insuficiencia renal grave. El peligro aumenta proporcionalmente al grado de lesión renal. Disminuir la retención nitrogenada, la acidosis y la deshidratación. La anestesia se administrará con muchas precauciones.

NUTRICION. VITAMINAS.

Desde que se sabe que el estado nutritivo desempeña importante papel en la curación de los heridas, resulta esencial valorar la situación nutritiva de todo paciente que debe someterse a una operación máxilo-facial. Una historia cuidadosa puede descubrir que durante meses o años el régimen alimenticio ha sido inadecuado. Personas de edad avanzada, los de situación económica difícil, los que sufren diarrea crónica o vómitos, los que voluntariamente siguen regímenes absurdos, los que tienen infecciones crónicas, posiblemente sufren carencias vitamínicas. Si se comprueba la existencia del trastorno carencial es necesario modificar o aumentar la dieta para corregirla. Lo mejor será administrar grandes cantidades de productos crudos, concentrados que contengan vitaminas, una dieta rica y bien equilibrada y principalmente el uso abundante pero juicioso de los llamados "complementos alimenticios" es decir, emplear los extractos de hígado, principalmente en forma inyectable diariamente o cada tercer día, el uso diario de las vitaminas A, B, C y D empleando algún producto polivitamínico en forma de cápsulas o comprimidos tomados junto con cada comida.

Es también muy importante insistir en la necesidad de prescribir - en éstos enfermos como complemento alimenticio las preparadas a base de aminoácidos; en muchos casos éstos llevan además una fórmula vitamínica bastante completa. Estos deben darse en forma abundante por ejemplo, 2 cucharadas en un vaso de leche al final de cada alimento.

Es particularmente importante combatir la carencia en vitamina C porque dificulta la curación de las heridas, ya que es necesaria para la formación del colágeno, imprescindible para la cicatrización. Sin embargo, deficiencias tan severas de esta vitamina raramente se encuentran.

La deficiencia de vitamina K puede ocasionar hemorragias en pacientes con ictericia obstructiva, en los que han sufrido enfermedades gastrointestinales o los que han tomado drogas como las sulfas que interfieren con su absorción. Se requieren dosis masivas para corregir la deficiencia de protrombina (de 5 a 25 mgrs. por día empleados principalmente por vía endovenosa durante varios días.)

ALTERACION QUE SUFRE EL ORGANISMO ANTE LA PERSPECTIVA DE FUTURA OPERACION. - - - -

El organismo humano es una compleja interrelación de aparatos y sistemas de estructura constante, que soporta y une el conjuntivo, protege y cubre la piel, y, que por sus funciones engendra la vida.

Todo organismo al que se le hace una agresión, sufre. El propio organismo sano se le altera ante la inminencia de un detrimento técnico o accidental, que si se realiza determina una lesión. Esto nos enseña: accidentes y operaciones dañan el organismo, pero el propósito de la cirugía es que el daño que cause tenga como fin curar. Así pues, la Cirugía es un arte lesivo, o más bien

una acción o actividad lesiva que el organismo con ayuda transforma en arte. -
No sólo los traumatismos sino también otras causas producen daño. Estas alteraciones
locales o generales cuyos efectos antibióticos perturba o compromete la vida
orgánica, pueden tratarse operatoriamente.

Existen también defectos, condiciones hipoplásticas, deformidades
congénitas y disposiciones paralíticas corregibles igualmente con técnicas qui-
rúrgicas.

Cuando se interviene en un enfermo, a su condición general alte-
rada se agregan los efectos del menoscabo operatorio, en el que se inciden tejidos,
estiran y comprimen, se destruyen relaciones, seccionan pequeños nervios y
vasos de distinta importancia, se alejan órganos adaptados en nueva vecindad, se
abren cavidades exponiendo a la luz regiones que viven cubiertas y en la obscu-
ridad, se alteran disposiciones anatómicas, etc., viéndose por esto, que el acto
quirúrgico constituye un peligro, en ocasiones muy grave. Hay que sumar, ade-
más, un gran número de factores, como la nueva condición creada y otros que úni-
camente en parte advertimos al no poder juzgar de una manera precisa las resis-
tencias orgánicas. Se debe aún agregar las complicaciones insospechables, e impo-
sibles de evitar aún con las mejores técnicas, y, que una vez desencadenadas nos
hace sentir en la más deplorable incapacidad para su tratamiento. De aquí que en
cada operación puede presentarse algo imprevisto, y siendo imposible garantizar
seriamente su resultado. Sin embargo, en general podemos influir con amplitud en
las condiciones patológicas de manera de que el curso post-operatorio se fije -
con mucha seguridad. Esta seguridad de los resultados se logra llevando a cabo
cuidadosamente las prácticas que hacen que el paciente se recobre hasta donde -

más se pueda o se acerque mucho según el caso al estado normal. Aún vamos -- más allá cuando al organismo equilibrado se le aumentan las defensas específicas con vitaminas y otras sustancias, extractos orgánicos y vacunas y se aceleran -- las cualidades coagulantes de la sangre.

Las alteraciones y modificaciones orgánicas de orden quirúrgico -- pueden constituirse silenciosa y paulatinamente (síndromes comprensivos del endocráneo, tumores cerebrales, alteraciones endocrino y trofovasculares, histomas, -- etc.), o establecer desde luego, tomar crecimiento ostensible y desarrollo rápido (traumatismos, flegmones, procesos histolíticos piógenos localizados).

Estas condiciones que requieren operarse para su mejoramiento, o -- o curación, pueden existir sin alterar el organismo o determinando diversos -- estados patológicos agrupables en la forma siguiente:

- 1o.- Estados de equilibrio normal con lesión.
- 2o.- Estados con desequilibrio por trastornos funcionales.
- 3o.- Estados con desequilibrio por lesiones orgánicas y trastornos --
funcionales inherentes.

Por la exploración cuidadosa de todo el organismo, especialmente de sus sistemas y órganos más importantes (corazón y sistema vascular, aparato -- urinario, pulmones, órganos abdominales particularmente el hígado, sistema nervio -- so, propiedades y reacciones de la sangre y su estructura celular), podemos llegar al conocimiento, al conocimiento de la disfunción de la lesión de uno o de va -- rios órganos, previendo los peligros consiguientes mediante un tratamiento pre-ope -- ratorio adecuado y la adopción de ciertas precauciones durante el acto quirúrgico. Aún tratándose de estados de equilibrio normal, conviene tener en cuenta medi--

das profilácticas encaminadas a evitar las complicaciones más comunes.

De lo anterior se desprende que en la decisión operatoria debe influir poderosamente el conocimiento de la resistencia orgánica para la operación, esto es, el valor de la constitución operatoria del enfermo que se averigua:

1a.- Por el examen clínico de rutina o además por un examen especial.

2a.- Por el examen funcional de rutina o además por exámenes funcionales especiales.

El examen clínico cuidadoso de rutina es siempre indispensable.

El examen clínico especial lo determina el desequilibrio, padecimiento constitucional o fondo orgánico "lues, diabetes, hemofilia, reumatismos diversos, enfermedad tuberculosa, bronco-neumopatías, sepsis local, septicemia, nefropatías, anemias, shock, hiponutrición, enfraquecimientos, obesidad, astenia, nerviosidad, y en los niños: atresia, hábito pastoso, inestabilidad nerviosa, convalecencia, entero-colopatías y bronquitis recientes".

El examen funcional de rutina se refiere al conocimiento de la capacidad de los órganos actualmente considerados como más importantes: corazón, pulmones, riñones, glándula hepática y propiedades de escurrimiento y coagulación de la sangre.

Los exámenes funcionales especiales se dirigirán a los órganos y sistemas que la exploración clínica revela lesionados o alterados gravemente: desequilibrio endocrino órgano-vegetativo, estudio electrocardiográfico, estudio espirométrico y roentgenológico de los pulmones, capacidad eliminadora cualitativa y cuantitativa por separado de ambos riñones, otras pruebas funcionales hepáticas,

citología hemática; sedimentación, Índice icterico, fosfataza, urica en la sangre, etc.

Las consideraciones anteriores pueden esquematizarse en un cuadro anotándose los cuidados más importantes que deben practicarse rutinariamente, -- así como los límites medios de las pruebas.

No obstante que las pruebas satisfactorias de un examen pre-operatorio nos dan seguridades, no bastan para fijar la marcha post-operatoria. Otras medidas son de recomendarse: ingreso al hospital dos o tres días antes de la operación, aposento cómodo, buen abrigo, reposo físico y mental.

Sedantes dos o tres días con prioridad al de la operación. Penumbra doce horas antes del acto quirúrgico, manejo y conducción tranquila y lenta a la sala de operaciones. Instrumental quirúrgico dispuesto y cubierto antes de entrar el paciente a la sala. Abrigo perfecto del cuerpo dejando sin él sólo la parte por operar; luminosidad baja mientras el paciente está sin narcosis. Si se emplea anestesia regional iluminar simplemente el campo operatoria.

Bloqueo de las excitaciones dolorosas iniciales, evitar tracciones innecesarias, presiones y otros traumatismos, siguiendo técnicas sencillas, seguras y cuidadosas dentro de un pensamiento fisiológico.

INFECCIONES CONCOMITANTES-INFECCIONES AGUDAS-INFECTADOS CRONICOS.

Los postulados que la clínica ordena para llegar al diagnóstico y establecer el índice de fuerza compensadora (órganos y defensas) en cada paciente, se hacen más escrupulosamente obligatorios cuando se trata de infectados que van a ser sometidos al riesgo de una intervención quirúrgica; por lo cual para definir caminos de conducta útiles en el período que haya de prece-

der a toda intervención conviene hacer las distinciones que siguen:

1o.- El enfermo de un padecimiento quirúrgico es portador también de un foco de infección que no tiene relación en sitio, tiempo, evolución ni etiología con dicho padecimiento; verbi gracia: un portador de hernia que padezca un proceso infeccioso de los dientes.

2o.- Se trata de un proceso séptico de marcha aguda que amerita como tratamiento local la operación; ya sea que se trate de una simple desbridación de absceso por adenitis, v.gr., o de llevar a cabo una técnica cuidadosa para abordar un apéndice o un absceso de hígado situado profundamente.

3o.- El paciente que ha de operarse es un infectado crónico, un osteomielítico, un ulceroso, un fistuloso por antiguo pitorax, etc.

La obligación de establecer en cada paciente su estado clínico-total y no conformarse con descubrir un padecimiento que amerite operación, nos señalará los enfermos infectados que necesiten concomitantes recursos quirúrgicos por motivos distantes y distintos; en el período pre-operatorio de los enfermos, - estamos obligados a buscar todos los posibles focos de infección antigua o crónica, larvada o presente aunque con caracteres mínimos de extensión y de virulencia; la nasofaringe, los dientes, las amígdalas y los bronquios principalmente pueden constituir sitios frecuentes de infección que siempre deberán buscarse. A propósito del estado de los dientes considero que las radiografías de todas las piezas dentarias son controlaciones pre-operatorias que deben llevarse a cabo más repetidamente de lo que ahora se hace, ya que no es suficiente el aspecto exterior de encías y dientes para comprobar muchas veces abscesos apicales; por lo que respecta a infecciones de la nasofaringe y amígdalas, conviene controlar con

suetudinariamente su estado en los días inmediatos a la intervención.

En la búsqueda y reconocimiento de tales focos de infección, precisa deslindar naturaleza de la misma, si posible es de los gérmenes y su virulencia, patogenia y evolución del proceso, que al mismo tiempo nos darán idea de la repercusión general en el individuo o en algunos de sus órganos y nos llevarán a indicaciones terapéuticas y de oportunidad operatoria, esto es, aplazando la intervención o realizándola de inmediato.

Cuando en el paciente por operar existen uno o varios focos de infección pequeños lejanos del sitio u órgano por operar, es indispensable antes de hacer la operación principal, curar aquéllos. Si clínica, y biológicamente no representan factor activo, es según creemos el mejor caso de hacer uso de la vacunación que sensibilizando la leucocitosis hará su beneficio evidente: vacunación en infecciones dentarias, nasofaringeas, bucales o amigdalinas, así como en dermatitis principalmente para operaciones en los huesos. Las aplicaciones y curas locales con antisépticos químicos o biológicos completan la acción de las vacunas inyectadas y por vía oral. La terapéutica de pequeños choques, la proteínoterapia y frecuentemente la autohemoterapia han sido suficientes en todos los casos cuya resolución operatoria pudo sujetarse a los cánones de rigor. Tales estados infecciosos concomitantes acarrearán obligatoriamente una profilaxia útil.

Para los enfermos de procesos infecciosos en fase aguda urge aumentar la fagocitosis, neutralizar o destruir toxinas y favorecer la eliminación; en mi concepto son los casos en que tales funciones pueden quedar garantizadas por la administración de suero glucosado al 47 por mil subcutáneo en cantidad de --- 500 c.c. una o dos veces con intervalo de 12 hasta 24 horas, si tal tiempo pue-

de esperarse, y seguida cada aplicación de la administración de 10 unidades de insulina (o sea por cada 2.5 gramos de glucosa). El suero hipertónico salino - (20 c.c. al 20%) en inyección intravenosa una o dos veces, favorece peristaltismo intestinal, el flujo de sangre a los órganos que necesitan mejor irrigación entre otros el riñón; aumenta la hiperemia en el foco de infección y favorece la acción fagocitaria; la glucosa favorece el funcionamiento hepático, el líquido diluye toxinas y aún facilita diuresis y eliminación. Considero, repito, que los infectados quirúrgicos con proceso agudo se preparan esencialmente a sufrir su operación en las mejores condiciones a base de hidratarlos proporcionándoles sueros glucosado y salino, isotónicos o hipertónicos. Algunas ocasiones utilizamos la transfusión de sangre, la administración de sueros específicos (antiperitonítico, por ejemplo) y la quimioterapia en el pre-operatorio de tales infectados, aunque muy frecuentemente son recursos muy preciados durante el acto operatorio mismo o en los cuidados después de la intervención.

En cuanto a los infectados crónicos, múltiples investigaciones no sólo clínicas sino de laboratorio que hemos mencionado hacen indicaciones para el uso de medicamentos tales como la digitalina, como la escilarina que damos a nuestros oligúricos que retienen urea; el calcio y la vitamina K a quienes no coagulan correctamente su sangre y también los sueros durante varios días observando además las variaciones de la tensión arterial cuyas modificaciones son el mejor índice marcador del momento oportuno para intervenir en tales enfermos así como para aumentar o disminuir la provisión de líquidos con los sueros que tampoco deben usarse de una manera rutinaria. Por último y para dejar señalados los recursos que consideramos de elección en el pre-operatorio de los infectados cró-

nicos quiero decir unas cuantas palabras de la transfusión de sangre y de las sulfanilamidas. Cuando el proceso séptico lo permita hacemos día o más transfusiones de 100 a 150 c.c. de sangre con intervalos de 5 a 10 días según la aparente necesidad de intervenir. La mayor parte de los procesos infecciosos crónicos quirúrgicos acreditan la presencia del estreptococo, estafilococo, neumococo, gonococo, colibacilo, etc., en ocasiones añadidos al bacilo de Koch, pero de cualquier modo su presencia y acción se modifican rápida y ostensiblemente con el sulfatiazol preferiblemente o con la sulfadiazina y sulfaguandina; a veces también en este período hacemos uso de prontosil y rubiazol inyectados. Creemos que todas estas sustancias, aún en tales pacientes, son de fácil manejo pero que deben darse en cantidad y período de tiempo útil; que su uso no debe ser prolongado sobre todo en pre-operatorio del que venimos ocupándonos y que no en todos los casos se obtienen inmediatos y palmarios efectos, lo que por otra parte no excluye su asociación con las vacunas a que ya nos hemos referido. Recuérdese que subraya White Morquecho en este mismo volumen sobre el uso de las sulfanilamidas y los barbituratos, para suspender su administración cuando haya necesidad de servirse de estos en la anestesia.

En resumen es conveniente formar tres grupos de los enfermos quirúrgicos con infecciones:

- 1o.- Los que lleven infecciones coexistentes sin relación con su padecimiento principal.
- 2o.- Los que tienen como principal un proceso infeccioso agudo quirúrgico.
- 3o.- Los infectados quirúrgicos crónicos.

En los párrafos que anteceden se hace hincapié sobre las obligaciones de estudio y verificación en el período pre-operatorio y en cuanto a cuidados y medicación durante el mismo se prefiere girar todo el programa terapéutico alrededor de lo siguiente:

A los del 1er. grupo vacunación.

A los del 2o. grupo administración de sueros glucosado y salino, isotónico e hipertónico y

A los del 3er. grupo: transfusión de sangre y quimioterapia con sulfatazol de preferencia.

EL ESTADO PSIQUICO DEL PACIENTE.

Además del estudio clínico y las pruebas de laboratorio que nos dan el diagnóstico integral del enfermo, comprendiendo el conocimiento del estado de los emontorios y la forma en que se realiza la nutrición, hay algunas cosas que me parece importante que se realicen en el pre-operatorio de los enfermos.

Quiero referirme en primer lugar a la preparación psíquica de los enfermos, evitándoles hemorragias de sensibilidad y de emoción. Estas angustias de que son presa preferentemente enfermos emotivos y especialmente las mujeres. Entre las medidas que acostumbro, está no decirle al enfermo el día ni menos aún la hora en que va a ser operado, pues es frecuente que muchos de ellos estén como encapillados, contando los días y los minutos que les restan para ser operados, lo que les ocasiona verdaderos síndromes angustiosos. Esta medida debe ser de preferencia seguida en enfermos que se van a operar por bocio tóxico. Mas de una vez he podido observar que en esta forma, e indicando al enfermo que sólo se le va a hacer una exploración, han pasado sus 5 ó 6 primeros días de operados sin darse cuenta de que lo fueran y en un estado psíquico y general muy acep

tables.

Igualmente la serie de preparaciones a que se sujeta un enfermo le van dando confianza en el acto quirúrgico, pues él se da cuenta de que se está procurando prever todos los posibles accidentes o incidentes que en su operación o en el post-operatorio puedan presentarse.

Me parece una medida ventajosa a este respecto el que los enfermos sean internados en el Hospital o Sanatorio con anticipación de algunos días, tanto para realizar los tratamientos a que nos obliga el estudio pre-operatorio, cuanto para realizar la preparación local de la región por operar. No cabe duda que cada cirugía debe tener, además de todo el estudio pre-operatorio a que nos obliga la integración del diagnóstico del enfermo, algunas peculiaridades que ya sea por la patogenia de producción de un accidente post-operatorio o por el conocimiento de determinadas insuficiencias metabólicas a que por razón natural queda sujeto el enfermo en su post-operatorio.

De las primeras debemos de recordar la frecuencia de las flebitis post-operatorios en los grandes tumores abdominales. La comprobación de que estos casos se han debido a un aumento de la viscosidad sanguínea que trae aparejado un tiempo de coagulación de la sangre más rápido, nos obliga a hacer la medida viscosimétrica de la sangre y la dilución de ella en los días anteriores a la operación con sueros hipotónicos.

A la misma causa se invoca en cirugía gástrica y hepática las congestiones pulmonares tipo Woilles que suelen presentar los enfermos desde las 24 horas siguientes de su operación y que en algunos casos se complican de verdaderos estados neumónicos infecciosos.

En relación con las segundas, la conservación del equilibrio

ácido-básico en todos los enfermos operados y especialmente en aquellos que por la misma naturaleza de su operación no se podrán hidratar, son junto con el metabolismo de los hidratos de carbono, especialmente la glucosa, con toda su brillante acción glucogénica sobre la fibra cardíaca, sobre la conservación de la glucemia general y de la célula nerviosa, etc., índice que en cirugía orgánica del aparato digestivo preferentemente y en general abdominal, nos obliga a usar grandes cantidades de agua azucarada en los días previos y aún en el mismo día de la operación.

Que no decir de los avitaminosos post-operatorios que, como se asientó en la ponencia a nombre de la docta Academia ante el Primer Congreso de Medicina Interna, he observado con frecuencia en el post-operatorio de enfermos digestivos y especialmente en operados de estómago y de vías biliares. Las vitaminas C y B son de aquellas que prontamente con los antisépticos y dietas rigurosas se agotan en el organismo y cuya reserva es siempre reducida. Si a la ministración pre-operatoria de las vitaminas C y B se agregan extractos hepáticos, habremos dado al enfermo buenas reservas para pasar su post-operatorio en mejores condiciones; y que no se diga que las pruebas cromógenas del hígado revelan el estado de las otras funciones hepáticas porque apenas si estas pruebas marcan la función de fijación de un colorante sin dar, sino imperfectamente idea de sus otras funciones.

Quiero igualmente hacer hincapié en algo que no he visto mencionado en las ponencias tan interesantes que han sido presentadas en el seno de esta Academia, me quiero referir a la preparación anti-infecciosa de los enfermos.

De todos es conocida la infección focal que partiendo de la dentadura o las amígdalas puede sostener un cuadro infeccioso y hasta estados septicémicos graves. En enfermos del aparato digestivo, especialmente operados de estó

magó e intestino, es frecuente que algunas suturas de estas vísceras se pierdan por la ingestión de productos sépticos deglutidos por el enfermo junto con sus primeros alimentos, después de la operación. Si agregamos la formación de fuliginosidades de los dientes y la saburra glossofaríngea que se forma en el post-operatorio y que igualmente deglute al enfermo como productos taxi-infecciosos.

En esta cirugía ya mencionada del aparato digestivo, debe ser sistemática la cuidadosa observación de la dentadura y aún los tratamientos pre-operatorios que pueden llegar hasta pequeñas operaciones de la boca previas a la operación de los órganos digestivos.

Dado que las complicaciones más frecuentes en operaciones de vientre alto son las catarrales del aparato respiratorio, debe en su pre-operatorio hacerse un tratamiento anti-infeccioso desde 10 ó 15 días antes de la operación para evitar estos frecuentes casos de morbilidad post-operatoria.

En esta forma creo haber llenado un pequeño hueco que a mi juicio hubiera podido quedar en el estudio pre-operatorio que la H. Academia abordó.

CONCLUSIONES.

Haciendo un sumario de las ideas expuestas, puedo establecer para el pensamiento, que los cuidados pre-operatorios tienen como fondo el conocimiento íntegro de la condición y alteraciones bio-químicas del paciente, y, como fin, mejorar ó elevar su constitución operatoria.

Todo enfermo requiere antes de operarse un exámen médico, esto es ffsio-bio-químico, que debe ser completo, así como una preparación segura o suficiente, pero puede limitarse como también su preparación en los casos extra y sub-urgentes. El límite del conocimiento y preparación en las operaciones lo impo

ne el caso.

Un estudio de la capacidad de los órganos y sistemas considerados como más importantes es indispensable; conviene así conocer; el complejo endócrino - vegetativo-conjuntivo-vascular; examinar el corazón y los vasos; los pulmones y el abdomen; estudiar el psiquismo.

El exámen clínico y funcional especialer lo determina el órgano ó sistema que la exploración clínica general revele lesionado o alterado gravemente.

En los cuidados pre-operatorios se debe considerar:

1o. - Las investigaciones integrativas del diagnóstico.

2o. -El tratamiento de las disfunciones y alteraciones bio-químicas halladas, que requerirán:

a). -cuidados generales a todo individuo que va a sufrir una operación;

b). -cuidados especiales según la operación que va a practicarse;

c). -cuidados necesarios según la anestesia que deba emplearse.

3o. -La preparación del paciente para el acto quirúrgico, y, adicionalmente, su manejo inmediato a la operación.

Del estudio clínico del enfermo puede así mismo obtenerse la indicación de usar determinado anestésico además de la indicación precisa para dictar el tratamiento.

El mal estado de la dentadura, del aparato respiratorio, las lesiones del circulatorio, la edad, deben tenerse en cuenta.

Las pruebas clínicas de un pre-operatorio nos dá seguridades.

No bastan para fijar la marcha post-operatoria, y recomienda otras medidas: ingreso al hospital dos o tres días antes de la operación, aposento comodo, buen abrigo, reposo físico y mental. Es lantés dos o tres días con prioridad al de la -

operación, manejo y conducción tranquila y lenta en las salas de operaciones; instrumental quirúrgico dispuesto y cubierto antes de entrar el paciente a la sala; abrigo perfecto del cuerpo dejando solo sin él la parte por operar; luminosidad baja mientras el paciente esta sin narcosis; si se emplea anestesia regional iluminar simplemente el campo operatorio. Bloqueo de las excitaciones dolorosas iniciales, evitar tracciones innecesarias, y otros traumatismos siguiendo técnicas sencillas, seguras y cuidadosas dentro de un pensamiento fisiológico.

De lo escrito anteriormente se deduce que, el buen éxito de las intervenciones quirúrgicas, grandes o pequeñas, depende grandemente de un pre-operatorio acertado; logrando así que el post-operatorio reduzca al mínimo molestias a los pacientes y evitando riesgos que muchas veces son fatales en la vida de los cirujanos.

Como se ve, en cirugía maxilo-facial no hay nada que no se haya dicho en cirugía general, siendo las operaciones bucales día a día de mayor importancia, como en las operaciones estéticas en las enfermedades congénitas (labio-leporino) en que el dentista dedicado a esta especialidad reintegran sin prejuicios a un individuo a la sociedad. Qué no se dirá en los casos de fistulas, osteomielitis, tumores, fracturas, etc.

Los dentistas que se dedican a la cirugía tienen el deber de conocer todos los riesgos y alivios que la cirugía moderna ha puesto a merced de los que quieran no crearse un nombre dentro de tan noble especialidad, sino de llegar a ser profesionistas útiles a la sociedad que confiadamente llegue a sus manos.

BIBLIOGRAFIA:

Academia Mexicana de Cirugía.

Proppedéutica Médica. (Dr. Francisco Cuevas).

Apuntes de Terapéutica Médica. (Dr. White Morquacho).

INDICE:

- 1.- Introducción al pre-operatorio.
- 2.- El pre-operatorio para llevar a su mínima expresión los grandes riesgos.
- 3.- El pre-operatorio del enfermo.
- 4.- Examen general.
- 5.- Historia clínica.
- 6.- Examen físico.
- 7.- Análisis general de laboratorio.
- 8.- Análisis general de la orina.
- 9.- Biometría hemática.
- 10.- Dosificación de urea, glucosa y creatinina sanguínea.
- 11.- Estudio de los principales aparatos y sistemas.
- 12.- Nutrición, Vitaminas.
- 13.- Alteraciones que sufre el organismo ante la perspectiva de futura operación.
- 14.- Infecciones concomitantes, Infecciones agudas, Infecciones crónicas.
- 15.- El estado psíquico del paciente.