

SOCIEDAD ARGENTINA DE UROLOGÍA

3a. Sesión Ordinaria - 27 de Junio de 1963

Presidente Dr. José Casal
Secretario „ Oscar Carreño

REVISTA ARGENTINA DE UROLOGIA Y NEFROLOGIA
Volumen XXXII - Nº 1, 2 y 3 - Pág. 42 a 44

HERIDAS SIN APOSITO

NUESTRA SIGLA A. L. N. E.

(Apósitos Lavados No Esterilizados)

Por los doctores

RICARDO BERNARDI, R. SEGUIN y S. WAINBERG

En esta época ultracientífica, atómica, de astronautas, antibiótica, de esterilización local absoluta y hasta integral de los ambientes quirúrgicos, resulta inconcebible y hasta un pecado, si se quiere, hablar de incisiones operatorias **sin apósito** o cubiertas inmediatamente después del acto operatorio con Apósitos Lavados, No Esterilizados (A. L. N. E.). Sin embargo, los hechos un tanto temerarios del principio y la práctica diaria posteriormente demostraron que esto es perfectamente factible, sin que muy por el contrario signifique mayor inconveniente (infección) o riesgo (dehiscencia) para los operados.

Este procedimiento fue empleado por cierto número de cirujanos plásticos desde 1918, y posteriormente en forma discontinua en la cirugía ginecológica y obstétrica en el Middlesex Hospital, y luego por Herfetz, Richards y Lawrence, en Canadá. En 1949, William Mengert, presentó un interesante trabajo con el objeto de comparar la evolución entre **288 operaciones sin apósito y 203 tratadas con los procedimientos asépticos corrientes**; a 100 de las primeras, **les cubrió solamente la mitad**, no habiendo observado en general dificultades en la curación, ni complicaciones infecciosas mayores que las comunes. El examen y el cultivo de las bacterias, halladas en los bordes de ambos tipos de incisiones, mostró gérmenes en número y características similares.

Lock y Linton, del North Caroline Baptist Hospital, entusiasmados por estos resultados, presentaron un trabajo similar al 11º Congreso de la Asociación de Obstetricia y Ginecología, realizado en Atlantic City, basado en **794 operaciones ginecológicas y obstétricas**, ejecutadas durante el período 1951 a 1956. Tuvieron en pocas ocasiones pequeñas supuraciones de puntos sin mayor importancia o muy discreta induración de los bordes, en algunos enfermos; en el resto:

Dos infecciones que requirieron tratamiento.

Cuatro dehiscencia de las heridas.

Dos dehiscencias completas con evisceración.

En resumen:

794 operaciones sin apósito. { 0,25 % requirieron tratamiento antiinfeccioso.
0,75 % dehiscencia.

Este excelente resultado obtenido desde esa época (1951) convenció a los autores de la necesidad de abolir los apósitos esterilizados en todas las operaciones que realizan en la actualidad, llevando hasta el presente **12 años de uso continuado**, sin inconvenientes y, por el contrario, con muchas ventajas. R. Mc. Dowell, del Duval Medical Center de Jacksonville, realizó 332 operaciones grandes ginecológicas y obstétricas con 12 infecciones discretas y 2 dehiscencias.

En el Cabarrus Memorial Hospital, de Concord Nort Caroline, realizaron con el mismo procedimiento:

950 operaciones ginecológicas y obstétricas incluyendo cesáreas	}	0,30 % evisceraciones. 0,63 % infecciones de las heridas (microcucus, piógeno, variedad aureous).
--	---	---

Altemeier, en 1958, llega a resultados similares.

Comparemos estas estadísticas con algunas de las incisiones tratadas **con apósitos esterilizados**:

Howe (Massachusets Gral. Hospital): 1.229 operaciones - 2,85 % infecciones.

Royal Victoria Hospital: 6.600 op. ginec. y 0,59 % obstétricas.

Como surge bien claro de las comparaciones de estas dos estadísticas entre operaciones **con apósito** y las **sin apósito** parecería que las ventajas desde el punto de vista de la infección y evisceración fueran mayores para las últimas o por lo menos comparables, contra lo que sería lógico pensar al dejar las heridas totalmente al descubierto desde los primeros momentos de la operación, como lo hacen algunos autores.

Entre nosotros es muy común en algunos cirujanos plásticos, no cubrir las heridas con apósitos y Pataro presentó una estadística de más de 1.000 heridas, tratadas sin apósito desde el primer momento, con resultados altamente satisfactorios.

En cuanto a nosotros, desde hace muchos años, dada la precariedad del ambiente hospitalario en que trabajábamos nos llamó la atención que muchas heridas que **premanecían largas horas al descubierto**, desde las primeras horas de la tarde hasta las ocho o diez de la mañana siguiente, en que eran curadas nuevamente, evolucionaban perfectamente bien, sin complicaciones infecciosas, ni dehiscencia parietal superior a las corrientes, atribuyéndolo a especial resistencia inmunológica de los enfermos. Fue así que en los últimos años en forma discontinua empleamos el mismo procedimiento.

Pero desde fines del año pasado decidimos tomar 100 enfermos en estas condiciones con el objeto de hacer una experiencia más seria.

En esta primera etapa de nuestras observaciones preferimos dejar los apósitos **esterilizados durante 24 ó 48 horas** con el objeto de absorber la eliminación sanguínea, retirándolos luego totalmente de manera de dejar la herida al descubierto, en contacto con la faja o las sábanas **no estériles**.

En la actualidad hemos cambiado un tanto el criterio y en lugar de colocar **apósitos esterilizados durante 24 o 48 horas** ponemos Apósitos Lavados No Esterilizados (A. L. N. E.) durante ese lapso, reemplazando los asépticos (esterilizados) simplemente por los lavados. De esta manera evitamos que la pequeña eliminación de sangre que se produce en las primeras horas manche la ropa o sábanas del enfermo y ahorramos el material esterilizado, elemento bastante escaso en los ambientes hospitalarios, pequeñas clínicas y consultorios privados.

De tal manera es que desde el presente año colocamos, en forma sistemática e inmediatamente después de la operación, **apósitos lavados no esterilizados** (A. L. N. E.) en todos los enfermos, salvo los que presenten drenajes, superfi-

ciales o profundos, o derivaciones urinarias de cualquier índole; en estos casos usamos hasta su total extracción, apósitos esterilizados.

Los 100 enfermos de nuestra estadística son los siguientes:

Eventraciones post-operatorias	6
Nefropexias	7
Quiste del cordón	11
Torsión del testículo	4
Hidroceles	20
Varicoceles	15
Orquiectomías	15
Ureterolitotomía con sutura parietal	3
Epididimectomías	4
Nefrectomías	10
Pielolitotomía con sutura parietal	5

Consideramos que para seguir este criterio, deben existir las siguientes condiciones:

- 1º) Heridas sin secreción post-operatoria; diríamos "Secas".
- 2º) Bordes sin edema, ni congestión que perturben la cicatrización per-prima.
- 3º) Sutura cuidadosa de los bordes con buen afrontamiento.
- 4º) Evitar los drenajes, que aunque raramente, pueden canalizar la infección hacia el interior; solamente después de retirados y cuando no exista secreción alguna, puede ponerse directamente la herida en contacto con las

cubiertas no esterilizadas del enfermo.

La experiencia nos ha demostrado un hecho curioso: en todos estos casos en que se reúnen las referidas condiciones, la infección de la herida se realiza por gérmenes provenientes del interior de la misma y no del exterior; al cabo de unas pocas horas de operado, la fibrina y la barrera leucocitaria que se forma en el sitio de la sutura es suficiente para defender los tejidos de una invasión externa.

No colocamos antisépticos en las heridas, ni damos antibióticos de ninguna clase, salvo cuando lo exijan infecciones viscerales o de los tejidos profundos.

Es común observar gran extrañeza o temor en los enfermos que ven su herida al descubierto, pero los tranquilizamos inmediatamente, diciéndoles que antes de cerrarla, les hemos colocado un antibiótico especial que evita la infección.

Los puntos los sacamos a los siete u ocho días, como de costumbre, usando instrumental esterilizado, de la misma manera cuando colocamos un drenaje en forma de tubo, lámina o tapón de gasa, que va a la profundidad.

Los resultados hasta la fecha son ampliamente satisfactorios:

- 1º) Porque limita las curaciones.
- 2º) Por el ahorro de escaso material hospitalario y del tiempo empleado en las curaciones.
- 3º) Porque facilita la observación rápida y directa de las heridas, así como la palpación de la misma en caso de sospechar la existencia de hematomas, derrames, etc.
- 4º) Evita el empleo de apósitos calurosos, en verano y de la molesta tela adhesiva, causante de frecuentes escoriaciones de la piel.

Indirectamente mejora la psiquis de los enfermos temerosos de una simple curación o cambio de apósitos.

Por las razones apuntadas, consideramos que su aplicación resultará sumamente práctica y económica en la mayoría de los casos de cirugía urológica y general.