

# Consejos prácticos acerca del uso y manejo de los drenos en cirugía general

Por el Dr. *Alejandro Membreño\**

El constante mal manejo de los drenos en las heridas operatorias por parte del personal de enfermería por un lado y el franco desinterés que los internos y residentes de nuestros hospitales demuestran diariamente por aprender a manejar correctamente los drenos, me ha impulsado a escribir este artículo con la sana intención de instruir a las enfermeras y de orientar y aconsejar a los internos y residentes para que razonen mejor el uso y manejo de los drenos en cirugía general a los cuales ellos han prestado poca atención, sin ser en realidad culpables de ello puesto que ha sido el medio ambiente el que los ha absorbido pero no educado. Se ha demostrado repetidamente que un drenaje puede ser la clave del buen éxito de un procedimiento quirúrgico y por lo tanto mi primer o principal consejo es: "a los drenos nosotros los cirujanos los debemos ver y tratar con respeto puesto que pueden prevenirnos y/o tratarnos complicaciones".

## A) INDICACIONES

Los drenos se dejan por dos razones:

- a) Profilácticamente para prevenir acumulación de líquidos, y
- b) Terapéuticamente para dejar salir (drenar) líquidos ya acumulados como pus, sangre, linfa, bilis, contenido intestinal, líquido de exudado o trasudado.

## B) TIPOS DE DRENOS

- 1.—Una "gaza" actúa como drenaje únicamente mientras su acción capilar le hace absorber líquido, ya que en cuanto se satura más bien obstruye en vez de drenar y por esto en la actualidad prácticamente este tipo de drenaje ha sido descartado. Debe de estar siempre marcada con material radiopaco, en el caso de usarse para drenar una cavidad.

---

Cirujano Jefe de Sala y de Emergencia del Hospital General San Felipe,  
Tegucigalpa, Honduras.  
Cirujano asociado del Hospital Viera de Tegucigalpa, Honduras.  
Profesor de la Cátedra de Anatomía Macroscópica  
de la Facultad de Ciencias Médicas de Honduras.

- 2.—El mejor dreno es el "hule simple" o el "hule en forma **de tubo**" llamado PENROSE. Este último puede tener una gaza dentro convirtiéndose en un "dreno en cigarro". De cualquier manera deben de ser siempre radiopacos.
- 3.—Los drenos llamados "tubos Sump" que son aquellos que se usan para drenar cavidades contra la fuerza de la gravedad y necesitan únicamente un tracto fistuloso pequeño sin importar el tamaño de la cavidad a drenar precisamente porque drenan a través de su luz por medio de succión continua y por eso evitan el daño a la piel alrededor del orificio de salida si el líquido que se está drenando es irritante, y **también** permiten medir adecuadamente las cantidades de líquido drenado. Pueden ser usados también para irrigar al mismo tiempo que para drenar. Se usan ante todo después de cirugía extensa de pelvis, colon, páncreas. Pueden ser también usados como "tubos" para fístulas y deben ser siempre radiopacos.
- 4.—Los catéteres finos de polietileno o hule usados para drenar espacios muertos. y colgajos cutáneos (con succión intermitente).

### C) CONSEJOS PRÁCTICOS

- a) No olvidar que el paciente que sale de la Sala de Operaciones con drenos y/o tubos a gravedad o succión están más expuestos a desarrollar problemas post-operatorios de tipo respiratorio o venoso y por lo tanto necesitan mejores cuidados tanto del médico como de la enfermera.
- b) Los drenos en la cavidad peritoneal sólo deben usarse para drenar áreas localizadas donde ya hay líquido **acumulado** o se presume se acumulará. "No es posible drenar toda la cavidad peritoneal".
- c) Drenar el área cercana a las anastomosis intestinales es innecesario, especialmente en las de colon, ya que esto puede interferir con la buena cicatrización de la anastomosis, y en realidad se han observado menos complicaciones cuando no se deja dreno aun en aquellos casos en los que ocurre dehiscencia de la anastomosis post-operatoriamente.
- d) En general, pero en especial en casos en los que hay contaminación de la herida, es mejor sacar los drenos por una herida distinta a la operatoria para evitar infección y/o dehiscencia de ésta y la herida separada debe ser amplia para permitir un buen drenaje-e. "No existen, sin embargo, pruebas concluyentes de que el hecho de sacar un dreno por la misma herida operatoria aumente verdaderamente el riesgo de infección y/o dehiscencia de ésta".
- e) Después de cerrar el peritoneo y la fascia, "en casos de verdadera contaminación operatoria" (en apendicectomías perforadas, heridas intestinales, cirugía intestinal o colónica de urgencia, es aconsejable drenar la herida operatoria por debajo de la piel, es decir el tejido celular subcutáneo, con un dreno de hule simple.
- f) Los drenos dejados profilácticamente deben de ser removidos tan pronto sea evidente que no hay mayor drenaje, que no ha habido drenaje, o que deja de hacerlo; y no es necesario quitarlos poco a poco ya que se supone no han formado fístula en el poco tiempo que se han dejado post-operatoriamente y precisamente ya no hay que drenar.

- g) Los drenes dejados terapéuticamente deben de ser removidos hasta que ya sea bien evidente que el drenaje ha cesado, y por *lo* tanto la cavidad está vacía. Para removerlos lo mejor en realidad es darles varias vueltas para romper adherencias y dejarlos después de esto otras 24 horas para ver si no habrá más drenaje y si al día siguiente ya no hay drenaje entonces se comienza a halarlos progresivamente día a día por pulgadas para promover cicatrización de dentro para afuera.
- h) Los drenes, de cualquier tipo, no deben dejarse en cavidades articulares, cerca de tendones, nervios, arterias o de órganos sólidos solamente se deben usar "drenos blandos" porque si se usan "drenos duros" se puede producir erosión o necrosis de una de estas estructuras y nunca deben dejarse en contacto íntimo con esas estructuras.
- i) Todo dreno debe ser manejado en forma estéril para prevenir infección a través de él, ya sea de la herida o de la cavidad que se está drenando.
- j) Los drenes deben ser siempre fijados a uno de los bordes de la herida de salida en forma cuidadosa y con material resistente no absorbible, siempre evitando ocluir la herida cutánea lo que dificultaría el drenaje.

#### EN RESUMEN LOS DRENOS DEBEN SER:

- 1.—"Lisos" para no permitir que fibrina se adhiera a ellos.
- 2.—De un material radiopaco y resistente.
- 3.—"Suaves" para no erosionar o dañar tejidos, órganos o estructuras.
- 4.—Sacados preferentemente por una herida diferente a la operatoria.
- 5.—Fijados cuidadosamente a la piel en su orificio de salida, y
- 6.—Manejados post-operatoriamente con cuidados estériles especiales.

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.—BARONE, R. M.: "Care of drains and tubes. A-Management of Drains": in *Manual of Surgical Therapeutics*. Second Edition. Little, Brown and Company. 142-144, 1972.
- 2.—NOER, R. J.: "Drains" in *Complications in Surgery and their Management*. W. Saunders 23-25, 9617.
- 3.—PEACOCK, Jr., E.E.: "Drains and tubes" in *Manual of Preoperative and Postoperative Care*. W. Saunders 15-17, 1971.