

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Pedro Larghero Ybarz

LABOR QUIRURGICA DURANTE EL AÑO 1962 EN UN SERVICIO DE 47 CAMAS (*)

Consideraciones estadísticas

Dres. Celso Silva y Carlos Ituño

MOTIVACION

El motivo por el cual se presenta este trabajo en la Sociedad de Cirugía, es el de dar a conocer la actividad desarrollada durante un año por nuestro Servicio, agregando además, una serie de consideraciones que se desprenden del análisis de lo realizado.

Hace un año y medio, el Profesor Larghero nos solicitó la realización de un informe mensual, basándose en el similar presentado en el Hospital Henry Ford. Desde entonces, mensualmente, hemos realizado el análisis de toda la actividad quirúrgica del Servicio, que es presentada para su consideración y discusión a todos los miembros del mismo en reunión mensual de técnicos.

Al cumplirse el primer año, realizamos una revisión de toda la actividad del año, cuyos resultados vamos a mostrar hoy.

Los capítulos analizados son los siguientes:

- 1) Total de Ingresos, Egresos y Tiempo de Permanencia en Sala.
- 2) Operaciones realizadas.
- 3) Anestésias y sus complicaciones.
- 4) Complicaciones Post Operatorias.
- 5) Análisis de las Infecciones de las Heridas.
- 6) Análisis de las Muertes y estudio particular de cada una de ellas.

TOTAL DE PACIENTES EGRESADOS: 1055.

HOMBRES	525
MUJERES	530

(*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 24 de julio de 1963.

TIEMPO PROMEDIO DE PERMANENCIA EN SALA

HOMBRES	14,4 días
MUJERES	12,1 días

Este promedio se acerca a lo manifestado por los médicos concurrentes al Curso de Administración Hospitalaria (patrocinado por Unesco), que actuaron en el Servicio en el mes de enero. Manifestaron que desde el punto de vista estadístico, el promedio de estadía hospitalaria ideal no debe sobrepasar los 10 días.

OPERACIONES

TOTAL DE PACIENTES OPERADOS	724
TOTAL DE INTERVENCIONES REALIZADAS	782
PACIENTES EN LOS QUE SE PRACTICO MAS DE UNA INTERVENCION	58
OPERACIONES DE URGENCIA	95
REINTERVENCIONES	23

CLASIFICACION

ABDOMEN: 530.

VIAS BILIARES	171
ESTOMAGO	48
COLON-RECTO-ANO	71
LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS	46
APENDICECTOMIAS	55
EQUINOCOCOSIS HEPATICA	28
COLECCIONES INTRA HEPATICAS	3
INTESTINO DELGADO	13
HERNIAS	66
EVENTRACIONES	12
ESPLENECTOMIAS	7
PERITONITIS	10
GENITO URINARIO	28
TORAX	53
MAMA	12
CIRUGIA VASCULAR	54
CABEZA Y CUELLO	58
MIEMBROS	22
MISCELANEA (OPERACIONES VARIAS)	25

CLASIFICACIONES DE LAS INTERVENCIONES**ABDOMEN: 530****ESTOMAGO: 48**

Gastrectomías	34
Gastroenteroanastomosis	6
Gastrotomías	3
Gastro duodeno pancreatetectomías	3
Cierre de perforación gástrica	1
Ligadura de pedículos gástricos	1

VIAS BILIARES: 171**COLON - RECTO - ANO: 71**

Colostomías	11
Cierre de Colostomías	5
Resección anterior recto sigm.	2
Hemicolectomía derecha	3
Amputación abd. perineal	1
Hemorroides	19
Fístulas	11
Condilomas	1
Dilatación anal	1
Cierre de fístula cecal	1
Extracción de fecalomas	2
Fijación de Ciego	7

LAPAROTOMIAS EXPLORADORAS: 46**APENDICECTOMIAS: 55****HIGADO: 31**

Equinocosis hidatídica	28
Drenaje de Colecciones	3
INTESTINO DELGADO	13
HERNIAS	66
EVENTRACIONES	12
ESPLENECTOMIAS	7
DRENAJE DE PERITONITIS	10

GENITO URINARIO

28

TORAX: 65

Neumonectomías	7
Lobectomías	4
Segmentectomías	4
Quiste Hidático de pulmón	5
Toracoplastias	2
Toracectomía parcial	1
Decorticación pulmonar	1
Esofagectomías	2
Pleurostomía de drenaje	15
Toracotomías exploradoras	7
Toracentesis	5
Mastectomía radical ensanchada	8
(Con castración quirúrgica).	5
Mastectomía segmentaria	2
Mastectomía simple	1
Nódulo de mama-Resección	1

CIRUGIA VASCULAR: 54

Simpaticectomía Lumbar	4
Abordaje Aneurisma Aorta Torácica	1
Trombendarteriectomía femoral	1
Arteriectomía segmentaria femoral y prótesis con tubo de Edwards	1
Arteriotomía femoral y tibial post.	2
Aneurisma Aorta abdominal-Resección. Sustitución con tubo de Edwards	2
Várices	43

CABEZA Y CUELLO: 58

Tiroidectomías	43
Traqueostomías	4
Neoplasma de Labio-Resección ensanch.	2
Vaciamento submaxilar	1
Tumor mixto submaxilar	1
Parotidectomía	1
Quiste amigdalóideo	1
Quiste tiro-gloso	2
Escalenotomía anterior	1
Tiroiditis supurada-Drenaje	1
Flemón pio gaseoso de nuca-Drenaje	1

MIEMBROS	22
MISCELANEA (Operaciones varias)	25

ANESTESIAS

TOTAL 736	
INHALACION	212
PENTOTAL	1
(COMPLETA	214)
(Local	4)
RAQUIDEA: (FALLA: (Pentotal	7)
(Inhalación	24)
(RAQUI-PENTOTAL	0)
LOCAL Y REGIONAL	274

PORCENTAJES

INHALACION	28,7 %
PENTOTAL	0,1 %
RAQUIDEA	33,8 %
LOCAL Y REGIONAL	37,4 %

COMPLICACIONES

CEFALEAS POST RAQUIANESTESIA	39 - 16,3 %
MENINGITIS POST RAQUIANESTESIA	1
MUERTE ANESTESICA	3
DEPRESION O SHOCK P. O. PROLONGADO	4

Las cefaleas fueron de poca entidad y perfectamente controladas por el decúbito y los analgésicos comunes.

La Meningitis es imputable a una contaminación por el material usado. Se logró una identificación segura del agente y fue perfectamente controlada con el antibiótico de elección.

De las muertes anestésicas, sólo una puede imputarse a la Raquídea. Se trató de un enfermo de 72 años con una oclusión intestinal por carcinomatosis peritoneal con un pésimo estado general. En este caso hubo evidentemente una mala indicación del agente anestésico.

Las otras dos muertes imputables a la anestesia, lo fueron en el transcurso de anestias por Inhalación y serán comentadas en el capítulo correspondiente.

COMPLICACIONES POST OPERATORIAS

TOTAL DE ENFERMOS COMPLICADOS	171
TOTAL DE COMPLICACIONES	195

PORCENTAJE DE ENFERMOS COMPLICADOS EN EL TOTAL DE OPERADOS	23,6%
PORCENTAJE DE COMPLICACIONES EN EL TOTAL DE OPERACIONES	24,9%
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA TORACICA	21 - 32,3%
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA ABDÓMINAL ..	46 - 8,2%
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA BILIAR	12 - 7%
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA TIROIDEA	4 - 9,3%
COMPLICACIONES DE LA CIRUGIA VASCULAR ..	4 - 7,4%

ESTUDIO PARTICULAR DE LAS INFECCIONES DE LAS HERIDAS

TOTAL DE HERIDAS INFECTADAS	76 %
PORCENTAJE EN EL TOTAL DE OPERACIONES	9,7 %
PORCENTAJE EN EL TOTAL DE COMPLICACIONES	28 %

A) TIPO DE HERIDA:

OPERACIONES LIMPIAS	424
Infecciones	15 - 1,9 %
OPERACIONES CONTAMINADAS O CONTAMINANTES	318
Infecciones	21 - 6,6 %
OPERACIONES EN INFECCIONES GRAVES	40
Infecciones	40 - 100%

B) TIPO DE INFECCION

Piel abierta - Flemón colectado	7
Piel cerrada - Flemón colectado	14

El criterio utilizado en la Clínica para considerar como infectada una herida, es de absoluta rigurosidad. Basta la existencia de bordes rojizos, tumefactos, o que el estudio del exudado recogido con el ansa de Platino, muestre gérmenes, para incluir esa herida en el grupo de las infectadas.

Del análisis de las infecciones de las heridas, se desprende un hecho: de acuerdo al criterio sustentado en la Clínica, en toda operación contaminada o contaminante se deja la piel ampliamente abierta como profilaxis del flemón colectado. Los resultados están a la vista: En 318 operaciones de este tipo, solamente ocurrieron 21 casos en los que la supuración fue evidente, lo cual arroja un porcentaje de 6,6% de flemones colectados en operaciones contaminantes.

Se aprecia además que hubieron 14 flemones colectados en heridas en las que se dejó la piel cerrada, en cambio sólo 7 en heridas con piel abierta.

Este hecho corrobora una vez más lo afirmado por el Dr. Fernández Chapella en su trabajo de Complicaciones de las Incisiones Quirúrgicas, presentado en esta Sociedad en sesión del 18 de agosto de 1948.

Empleando este criterio y llevando además un control riguroso de todas las heridas operatorias, debemos agregar que en 782 intervenciones realizadas, sólo hubo una infección grave, con flemón pútrido, disecante de la pared abdominal en un paciente operado por una apendicitis Gangrenada que hizo como complicación una dehiscencia del muñón apendicular.

Las demás fueron infecciones perfectamente controlables y no hubo que consignar ninguna otra muerte imputable a esta complicación.

Con respecto a las heridas limpias, en 424 intervenciones de este tipo, se infectaron 15, todas ellas sin gravedad y fueron rápidamente controladas con la apertura precoz de los planos superficiales de la misma.

ANALISIS DE LAS MUERTES

TOTAL	57
NO OPERATORIAS	13
OPERATORIAS	5
POST OPERATORIAS	39
PORCENTAJE DE MUERTES EN EL TOTAL DE INGRESOS	5,4%
PORCENTAJE DE MUERTES OPERATORIAS O P./O. en el total de operaciones	5,6%
NECROPSIAS	31
PORCENTAJE DE NECROPSIAS	54,3%

ESTUDIO PARTICULAR DE LAS MUERTES

NO OPERATORIAS: 13

Once de estas trece muertes pueden ser consideradas como inevitables ya que en 7 casos se trataba de enfermos portadores de un neoplasma (4 de esófago, 1 de estómago, 1 de páncreas y una carcinomatosis peritoneal), generalizado en la etapa terminal.

En un caso, el paciente presentó un coma hepático en el curso de una cirrosis descompensada. En los tres casos restantes, la causa de

muerte no pudo ser precisada ni por la Clínica ni por la Necropsia, integrando el grupo de las llamadas "muertes súbitas" de causa ignorada.

Dos de estas trece muertes pudieron ser evitadas. Uno de los casos correspondió a una paciente con un cuadro clínico confuso con anemia aguda y muerte rápida en la cual la necropsia mostró un hemoperitoneo ignorado por ruptura de un quiste hidático de Hígado involucrando en la zona de ruptura un grueso vaso sanguíneo. El otro caso correspondió a una enferma en la cual la necropsia mostró una peritonitis difusa secundaria a una perforación de un neoplasma de colon ceco ascendente, que no fue diagnosticado clínicamente.

OPERATORIAS: 5

Tres de estas muertes fueron causadas por la premedicación anestésica o por la anestesia misma.

Uno de los casos correspondió a una paciente de 62 años con una fístula hepato brónquica a la que se le efectuó una resección pulmonar, falleciendo en el acto operatorio por exceso de curarización que determinó un paro respiratorio y paro cardíaco secundario.

El segundo caso correspondió a un paciente de 72 años con una oclusión de intestino delgado por masa neoplásica secundaria, falleciendo en el curso de la intervención, inculpándose la causa de la muerte al exceso de premedicación y a la raquianestesia.

El tercer caso, correspondió a una paciente de 16 años, con quemaduras de 2º y 3er. grado, por fuego, que abarcaban el 60% de la superficie corporal, sobreviniendo un paro cardíaco en el curso de la anestesia por inhalación durante la primera cura.

Los dos casos restantes correspondieron a muertes intraoperatorias no inculpables a la anestesia. Una de ellas imputable a una hemorragia incoercible por desgarró de aneurisma aórtico en el curso de su disección.

El último caso corresponde a un paciente de 64 años al que se le practicó 24 horas antes una segmentectomía pulmonar por secuela hidática y que fue llevado a la reintervención para el drenaje de un gran hemotórax con desviación mediastinal e insuficiencia respiratoria y circulatoria, falleciendo mientras se realizaba una toracotomía de drenaje con anestesia local.

Del análisis de las 5 muertes intra operatorias se deduce que las 5 se debieron a errores de técnica.

Las tres muertes anestésicas fueron causadas por mala indicación de la anestesia o administración inadecuada de la misma.

En las dos muertes restantes, el error de técnica es obvio en uno de los casos (desgarro de aneurisma) y el otro, el retardo en la evacuación del hemotórax llevó al paciente a una etapa irreversible de descompensación respiratoria y circulatoria.

POST OPERATORIAS: 39

CAUSAS DE MUERTE:

Insuficiencia respiratoria y/o cardio circulatoria	14
Caquexia neoplásica	6
Fallas de suturas digestivas	5
Hemorragias incontrolables	4
Sepsis	3
Peritonitis difusa	2
Sumación de causas	2
Infarto de miocardio	1
Deshidratación aguda P./O.	1
Insuficiencia suprarrenal	1

COMENTARIO:

Del análisis crítico de estas muertes comprobamos que por lo menos 12 de ellas pudieron ser evitadas ya que la muerte en esos casos estuvo vinculada a un error en la preparación preoperatoria o a un error de táctica o de técnica, y en otros casos, vinculada a una insuficiente o inadecuada reanimación post operatoria del paciente.

EN SUMA: 19 de estas 57 muertes son imputables a errores de técnica o de táctica, pre, intra o post operatoria, lo que arroja un porcentaje de 33,3% de muertes que pudieron ser evitadas.

Dr. García Capurro: Yo quiero destacar que posiblemente esta es la primera vez que en la Sociedad de Cirugía se trae un trabajo de este tipo. Creo que tiene un enorme valor y creo que deberían repetirse. Sinceramente, todos deberíamos traer el resumen de nuestro trabajo en esta forma, ya nos fuera bien o ya nos fuera mal. Probablemente de esto derivaría una gran enseñanza y un gran estímulo y nos ayudaría a mantener dentro de las normas de lo que hoy debe ser la cirugía moderna. De manera que quiero felicitarlo por haber tenido la sinceridad y la valentía de traer un trabajo en que por supuesto todo no puede ser glorias. Este trabajo debería marcar una nueva etapa en esta Sociedad.

Héctor Ardao: Creo que este trabajo es el mejor homenaje que puede hacerle la Clínica del Prof. Larghero a su maestro desaparecido, y creo que la Sociedad de Cirugía con este trabajo tiene, si se puede decir así, a través de los años, una estadística única, concreta, discutible sobre cifras, de algo que fue durante muchos años inquietud del Prof. Larghero. Ya lo señaló el Dr. Ituño, que por allá por los años 47 y 48, en una sesión que se realizó justamente en este salón, el Dr. Fernández Chapela trajo otro trabajo de la Clínica del Prof. Larghero sobre las infecciones post operatorias en las heridas abdominales. En esa época ya se manifestaba esta tendencia a la escrupulosidad en el análisis y en el control de los resultados post operatorios iniciados seguramente en el Dr. Fernández Chapela por inspiración del Prof. Larghero. Este trabajo podría ser el mejor homenaje que se puede rendir a las preocupaciones que tuvo el Prof. Larghero en su actividad hospitalaria y en su enseñanza. Yo me asocio a las expresiones del Dr. García Capurro de felicitación a los autores por el trabajo presentado.

Dr. Ituño: Muchas gracias por las palabras del Dr. García Capurro y del Dr. Ardao, y no tengo más nada que decir.