

REINTERVENCIONES URGENTES EN CIRUGIA ABDOMINAL *

Estadística y conclusiones
sobre 6.636 operaciones abdominales

Dr. JORGE C. PRADINES

INTRODUCCION

Parte de los integrantes de la actual Clínica Quirúrgica del Prof. W. Suiffet, bajo su inspiración,** hemos hecho la revisión de la casi totalidad del archivo de la Clínica Quirúrgica del Prof. Pedro Larghero. Han pasado así por nuestras manos historias que hicimos o ayudamos a hacer y que ahora analizamos desde un nuevo ángulo. Ha sido tarea ímproba, pero hecha con gusto por cada uno de nosotros ya que es, si se quiere, un pequeño homenaje a nuestro maestro ausente.

MATERIAL Y METODOS

Hemos trabajado con 18.000 historias clínicas que significan otros tantos ingresos al Servicio. El primero fue en julio de 1946 y el último en diciembre de 1962; es decir, que este material abarca un período de dieciséis años y medio.

Se han reunido así 6.636 intervenciones sobre abdomen y ese número de operados se ha clasificado en seis grupos, a saber:

- 1) Cirugía gastroduodenal.
- 2) Cirugía hepatobiliar.
- 3) Cirugía apendicular.
- 4) Cirugía intestinal.
- 5) Cirugía de las paredes abdominales.
- 6) Cirugía esplénica, urogenital, pancreática, peritoneal y retroperitoneal.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. W. Suiffet.

** Por una lamentable omisión no citamos, al leer este trabajo, a los Profs. Adjs. Dres. Luis M. Bosch del Marco y Bonifacio Urioste, quienes también contribuyeron a su realización.

Cada uno de los que me seguirán en la exposición, analizará algunos aspectos de cada grupo (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7).

Hemos reunido 158 *reintervenciones*, aceptando como tales todas aquellas situaciones en que el paciente hubo de ser sometido a una nueva operación en un plazo que extendemos hasta los treinta días del postoperatorio. No se han tenido en cuenta reintervenciones urgentes realizadas fuera de la cavidad abdominal aunque su causa estuviera vinculada a la operación precedente.

En un capítulo aparte, el Dr. Ríos Bruno expondrá una apretada síntesis de los enfermos que fallecieron luego de haber sido reoperados. Su número asciende a 59.

Cuadro 1

Historias analizadas	18.000	
Operaciones abdominales	6.636	36,8%
Reoperaciones	158	2,3%
Reoperados muertos		37,3%

15 VII-46 31-XII 62

En el cuadro 1 se señalan los hechos más salientes, entre los que se destaca una letalidad del 37,3% del total de reintervenciones. A su vez, en 6.636 intervenciones abdominales se reoperaron 158 enfermos, lo que arroja un porcentaje del 2,3%.

En el cuadro 2 se presenta la clasificación de las operaciones abdominales, de acuerdo a los seis grupos en que fue hecha.

Cuadro 2

OPERACIONES ABDOMINALES

Clasificación

1) Gastroduodenal	876
2) Hepatobiliar	1.997
3) Intestinal	600
4) Apendicular	1.318
5) Parietal	1.039
6) Esplénica, urogenital, etc.	806
Total	6.636

Cuadro 3

REINTERVENCIONES EN CADA GRUPO●

1) Gastroduodenal	51	5,8%
2) Hepatobiliar	59	2,1%
3) Intestinal	20	3,3%
4) Apéndice	13	1,0%
5) Parietal	5	
6) Urogenital, esplénica, etc.	10	1,2%
Total	158	

Ofrecemos en el cuadro 3, el porcentaje de reintervenciones realizado en cada grupo. La cirugía gastroduodenal es la que se acompaña de reintervenciones más frecuentes. Se verá más adelante (2) que la gran mayoría de reoperados corresponde a enfermos con neoplasmas gástricos. En esa cirugía se reúnen dos grandes causas de reintervención: operaciones extendidas y estado general mediocre.

Cuadro 4

REINTERVENCIONES Y MORTALIDAD

1) Gastroduodenal	24	47,0%
2) Hepatobiliar	19	
3) Intestinal		35,0%
4) Apéndice	4	
5) Parietal	5	60,0%
6) Urogenital, esplénica, etc.		20,0%
Total		

Habíamos señalado que existía una letalidad del 37,3% entre los reoperados. En el cuadro 4 se indica cuáles son sus valores en cada grupo.

La cirugía parietal es la que tiene mortalidad más elevada, pero ese número puede ser desechado dado que el total de pacientes es muy bajo. En cambio, es a señalar la alta mortalidad en la cirugía gastroduodenal, donde de cada dos reoperados muere uno.

CONCLUSIONES

De los cuadros expuestos y del examen del material archivado, se pueden extraer algunas conclusiones.

—Todo enfermo a reintervenir presenta un pronóstico grave e incierto, habiendo, de acuerdo a nuestras cifras, una letalidad que alcanza al 37,3%. Podemos decir, groseramente, que de cada tres reoperados muere uno.

Los factores que llevan a esta situación de gravedad son varios y entre ellos nos limitamos a mencionar:

—*Enfermedad primaria y entidad del tratamiento quirúrgico instituido.* A modo de ejemplo, señalamos el enfermo neoplásico, que requiere por lo general una operación de importancia. Se suman así dos factores que explican la frecuencia de reintervenciones en este grupo de enfermos.

—*Edad y estados patológicos concomitantes.* Es indudable que a través de los años, el promedio de edad de los pacientes operados se va elevando y con ello el cortejo de afecciones asociadas.

—*Trastornos metabólicos presentes.* Mediante los controles que se pueden realizar actualmente, se llega a su corrección de una manera más efectiva. Creemos que ante un trastorno metabólico que persiste, ante una deshidratación que no se logra equilibrar, no nos debemos engeguercer con los iones y el laboratorio, y aproximarnos más al enfermo, buscando en el protocolo operatorio o en un nuevo examen clínico el origen del trastorno. A veces, la espera en situaciones de este tipo es nefasta, como lo señala con frecuencia la necropsia: aparece allí la causa primaria que debió tratarse quirúrgicamente y que descompensaba nuestro enfermo.

—*Factor tiempo.* Es excepcional que el cirujano, en su reintervención, no encuentre ninguna lesión que la justifique. También es raro que quede satisfecho del momento que eligió para reoperar a su enfermo. Lo común es que, hecha la laparotomía, surja con claridad meridiana un diagnóstico que, o no se sospechó o que, sospechado, no se quiso aceptar. Conclusión práctica: la reintervención es comúnmente un gesto tardío y a veces ultratardío. Las causas de esa demora pueden ser varias: cuadros clínicos frustrados, tórpidos, a menudo modificados por la terapéutica, todo lo cual lleva a una actitud expectante o de duda. Creemos que ante todo postoperatorio que no es normal, en el que se sospecha una complicación, el cirujano debe preguntarse: ¿qué es mejor para el enfermo?, ¿esperar o hacer una laparotomía? Estamos convencidos que la laparotomía siempre es mejor y la hacemos cada vez con más frecuencia, de acuerdo a lo que nos han enseñado. También hemos aprendido a no desanimarnos

ante un enfermo con estado general mediocre o malo; es sorprendente lo bien que toleran una reintervención, que con frecuencia significa su recuperación.

Resumiendo lo dicho, abogamos por acortar al máximo los plazos de observación, rever la anamnesis, rever la evolución clínica valorando al máximo los síntomas y actuar a la mayor brevedad.

Cada día perdido frente a una reintervención necesaria, se inscribe en el alto índice de letalidad. Nos atrevemos a decir que, paradójicamente, esos índices caerán cuando el cirujano realice más reintervenciones sin causa que las justifique.

BIBLIOGRAFIA

1. GREGORIO, L. A. Reintervenciones en cirugía hepatobiliar. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".
- CAZABAN, L. A. y CASTIGLIONE BARRIERE, J. C.—Reintervenciones en cirugía gastroduodenal. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".
- SILVA, C.—Reintervenciones en cirugía intestinal. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".
- MACHADO DA LUZ, R.—Reintervenciones en cirugía del apéndice ileocecal. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".
5. ITUÑO, C. Reintervenciones sobre la pared abdominal. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".
6. CAMAÑO, M. C.—Reintervenciones en la cirugía del bazo, peritoneo, retroperitoneo y aparato urogenital. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".
7. RIOS BRUNO, G. Análisis de las causas de muerte en reintervenciones en cirugía abdominal. "Décimo Quinto Congreso Uruguayo de Cirugía".