

Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", Ciudad de La Habana

HALLAZGOS NECRÓPSICOS EN 100 PACIENTES DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Dr. Jesús Valdés Jiménez,¹ Dr. Juan Carlos Barreras Ortega,¹ Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo,² Alexis Cantero Ronquillo³ y Dra. Janet Pedrosa⁴

RESUMEN

Se revisan los protocolos de necropsia de las defunciones del Servicio de Cirugía General, durante el período comprendido entre enero de 1996 y diciembre de 1998 y se seleccionan aquellos enfermos a los cuales se les practicó algún tipo de intervención quirúrgica. En los 100 fallecidos estudiados se hizo evidente que el incremento de la edad es proporcional al aumento de las complicaciones graves y la mortalidad, con significación en la alta frecuencia de las enfermedades asociadas (63,0 %). El 70 % de las operaciones tuvo carácter urgente y las principales indicaciones fueron el síndrome peritoneal (29 %), la obstrucción intestinal (27 %), el cáncer visceral (12 %) y el sangramiento digestivo alto (10 %). La peritonitis secundaria a perforación y dehiscencia de sutura fue la complicación quirúrgica más frecuente y entre las clínicas la bronconeumonía, la atelectasia y el tromboembolismo pulmonar. Las causas directas de muerte fueron la sepsis generalizada, el *shock* hipovolémico y la bronconeumonía.

DeCS: SERVICIO DE CIRUGIA EN HOSPITAL; AUTOPSIA; MORTALIDAD.

En la actualidad las técnicas quirúrgicas se perfeccionan constantemente, a pesar de esto y la habilidad creciente de los cirujanos, la muerte continúa cobrando tributo entre los pacientes operados.¹⁻²

Determinar las causas de muerte y analizar las medicinas que se tomarán con vistas a disminuir la mortalidad es el objetivo fundamental de un equipo quirúrgico.³⁻⁷ Estos criterios nos motivan a realizar está re-

visión en nuestros servicios, con el fin de identificar los principales factores que influyen en la mortalidad quirúrgica.

MÉTODOS

Entre enero de 1996 y diciembre de 1998 se estudiaron 100 protocolos de necropsias de fallecidos operados en el

¹ Especialista en Cirugía General.

² Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar.

³ Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente.

⁴ Especialista en Medicina General Integral.

Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Manuel Fajardo".

Todos los enfermos fueron seleccionados consecutivamente hasta llegar al número final. La fuente de información utilizada fue el informe de Anatomía Patológica y las historias clínicas del Hospital, y los resultados se organizaron en tablas con el método estadístico de porcentaje.

RESULTADOS

El 76 % de los enfermos tenía 61 o más años y el 6 % rebasaba los 90 años; sólo el 5 % presentaba edades inferiores a los 30 años, con mayor frecuencia en mujeres (53 %). Motivaron la intervención en el 78 % el síndrome peritoneal (úlcer perforada, divertículo de sigmoide perforado y colecistitis aguda, entre otros), la oclusión intestinal por bridas, cáncer o vólvulo, el cáncer visceral (predomina el cáncer de colon y recto) y el sangramiento digestivo, en ese orden de frecuencia, y el 70 % se operó de urgencia.

Entre las enfermedades asociadas se destaca el cáncer visceral, la cardiopatía isquémica y la diabetes mellitus y el 63 % tiene algún tipo de enfermedad asociada (tabla 1).

Las operaciones quirúrgicas fueron variadas con destaque de la lisis de brida, las resecciones del intestino delgado, las colostomías, la colecistectomía, la epiploplastía, la ligadura de vasos sangrantes con piloroplastia, las colostomías y las resecciones de colon.

Entre las complicaciones quirúrgicas se presentaron 9 dehiscencias, de sutura, 5 peritonitis localizadas, 5 sangramientos digestivos y 4 sepsis de la herida quirúrgica como causas destacables (tabla 2).

Los tipos de dehiscencia de sutura fueron variados con predilección por el colon.

Entre las causas directas de muerte predomina la sepsis generalizada, el *shock* hipovolémico y las complicaciones respiratorias y cardiovasculares (tabla 3).

TABLA 1. *Enfermedades asociadas*

Enfermedades	No.
Neoplasias malignas	29
Cardiopatía isquémica	15
Diabetes mellitus	9
Cirrosis hepática	6
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	5
Hipertensión arterial	3
Sin enfermedades asociadas	37

Fuente: Historias clínicas e informes operatorios.

TABLA 2. *Complicaciones quirúrgicas*

Complicaciones	No.
Peritonitis por dehiscencia de sutura	9
Peritonitis localizadas	5
Sangramiento digestivo alto	5
Sepsis de la herida	4
Necrosis de la colostomía	3
Gangrena de la pared abdominal	3
Evisceración	2

Fuente: Historias clínicas e informes operatorios.

TABLA 3. *Causas directas de muerte (necropsia)*

Causa directa	No.
Sepsis generalizada	46
<i>Shock</i> hipovolémico	15
Tromboembolismo pulmonar	8
Bronconeumonía bilateral severa	6
Atelectasia	4
Insuficiencia respiratoria aguda	4
Insuficiencia hepática	3
Pancreatitis aguda hemorrágica	3
Arritmias inestables	2
Broncoaspiración	2
Enfermedad neoplásica avanzada	2
Infarto agudo del miocardio	2
Miocarditis severa	1
Necrosis hepática masiva	1
Insuficiencia cardíaca congestiva	1

Fuente: Protocolos de necropsias

DISCUSIÓN

Aunque en algunos trabajos se refiere predominio del sexo masculino, en los fa-

llecidos^{1,2} este no es un factor de riesgo a diferencia de la edad, en que todos coinciden que es un elemento determinante.³⁻⁷ El anciano enfrenta 2 graves problemas: la gravedad de la enfermedad y el peligro de otra enfermedad que puede ser oculta. El envejecimiento es fundamental, pues produce pérdida de las funciones y estructuras que debido al uso y desgaste conducen a la involución.⁸⁻⁹

Las enfermedades asociadas son un factor sumatorio de riesgo que aumentan proporcionalmente la mortalidad operatoria.⁶⁻⁹ En la mayoría de las publicaciones la hipertensión arterial se señala como la más frecuente.⁹⁻¹¹

La peritonitis por diverticulitis de sigmoide constituyen procesos graves, donde la mejor alternativa es la resección del foco séptico y evitar las secuelas mortales de peritonitis generalizada y fallo multiorgánico, y dejar la sutura con calostomía proximal o la exteriorización como una segunda opción debido a su mayor mortalidad.^{2,6,11}

La mortalidad en el vólvulo de sigmoide fue alta, creemos en la descomprensión por colonoscopia o por laparotomía, y dejar para un segundo tiempo la resección mejorarían estos resultados.¹²

Los problemas del *tractus* respiratorio, cardiovascular y la sepsis generalizada son las situaciones de mayor mortalidad,^{3,5-7} si unimos a estas complicaciones complejas, de difícil control el hecho de tratar enfermos con afecciones quirúrgicas y edades avanzadas, se explican por sí mismo los resultados.^{3,5}

La patogenia de las infecciones respiratorias dependen de 3 factores: aspiración de microorganismos, inhalación de gases o aerosoles contaminados y diseminación hematogena. La mejor medida es la profilaxis en enfermos de riesgo; en los fallecidos por esta complicación ninguno tenía tratamiento profiláctico.

Se acepta que la sepsis es la principal causa de muerte después de la cirugía mayor.^{2,6,10-11} En nuestro hospital estamos desarrollando el lavado quirúrgico programado en la peritonitis grave y se están obteniendo resultados alentadores, pues la laparotomía precoz disminuye significativamente la mortalidad.

El sangramiento es una situación de emergencia médica que con criterios adecuados, la intervención temprana es la única alternativa en el anciano.

La dehiscencia de sutura es un problema de extrema gravedad, que puede conducir a la muerte por las peritonitis localizadas o generalizadas.^{1,2,6,11}

En resumen, el índice de supervivencia depende de la envergadura de la enfermedad tratada, la gravedad de las enfermedades acompañantes que hace variar la mortalidad del 35 al 80 %, la edad y deterioro orgánico del enfermo, o la complejidad de la operación e intensidad de las complicaciones presentadas.¹¹

En conclusiones:

1. La edad avanzada y las enfermedades asociadas aumentan la morbilidad y mortalidad quirúrgica.
2. El 70 % de las operaciones tuvo carácter urgente y los diagnósticos preoperatorios más frecuentes fueron: el síndrome peritoneal, la obstrucción intestinal, el cáncer visceral y el sangramiento digestivo.
3. La peritonitis secundaria a perforación y dehiscencia de sutura fue la complicación quirúrgica más frecuente (51 %) y entre las clínicas la bronconeumonía, la atelectasia y el tromboembolismo pulmonar (64,8 %).
4. Las causas directas de muerte que predominan son: sepsis generalizada, *shock* hipovolémico y tromboembolismo pulmonar.

SUMMARY

The necropsy protocols of the deaths registered at the Service of General Surgery from January, 1996, to December, 1998, were reviewed. Those patients who underwent some kind of surgical procedure were selected. In the 100 studied deaths, it was proved that the age increase is proportional to the rise of severe complications and mortality. The high frequency of associated diseases was significant (63.0 %). 70 % of the operations had an emergent character and the main indications were peritoneal syndrome (29 %), intestinal obstruction (27 %), visceral cancer (12 %) and high digestive bleeding (10 %). Peritonitis secondary to perforation and dehiscence of suture was the most frequent surgical complication, whereas bronchopneumonia, atelectasis and pulmonary thromboembolism were among the commonest clinical complications. The direct causes of death were generalized sepsis, hypovolaemic shock and bronchopneumonia.

Subject headings: SURGERY DEPARTMENT, HOSPITAL; AUTOPSY; MORTALITY.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Porro NN. Mortalidad en cirugía general. Estudio comparativo de dos años. Rev Cubana Cir 1923;22:3.
2. Agüero BN Estudio necrópsico de la mortalidad post-quirúrgica. Revisión durante 6 años. Rev Cubana Cir 1978;17:391-404.
3. Porro NN. Oclusión Intestinal. Presentación de 100 casos. Rev Cuabana Cir 1984;23:3.
4. Reyes CJ. Colecistitis aguda calculosa y síndrome de disfunción múltiple de órganos. Rev Cubana Cir 1997;36(1):22-7.
5. Piriz MA Cirugía biliar en el anciano. Rev Cubana Cir 1991;30(1):34-43.
6. Rodríguez FZ, Debrosa MS, Goderich LJ. Morbimortalidad en Cirugía General. Estudio durante un año. Rev Cubana Cir 1982;21:5.
7. Reyes CJ. Morbilidad y mortalidad por afecciones benignas del sistema biliar. Nuestra experiencia. Rev Cubana Cir 1997;36(1):28-34.
8. Harrison TR. El paciente que envejece. En: Medicina Interna. Buenos Aires: La Prensa Médica Argentina, 1973:44.
9. Ibáñez DF. Cirugía biliar en los pacientes mayores de 70 años. Cir Esp 1987;42:93.
10. Maristany GA Avits N, Charles E. Cirugía mayor en los ancianos. Rev Cubana Cir 1984;23:445.
11. Cohn IJr, Vance F. Antisepsia intestinal y peritonitis por perforación. En: Sabinston DC. Tratado de patología quirúrgica. La Habana: Instituto del Libro, 1978;t7. (Edición Revolucionaria)
12. Cantero R, Regalado E, Paula R, Vólculo de sigmoides. Experiencia internacionalista en 58 casos. Rev Cubana Cir 1992;31(2):124-35.

Recibido: 21 de agosto del 2000. Aprobado: 17 de diciembre del 2000.

Dr. *Jesús Valdés Jiménez*. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Comandante Manuel Fajardo", Zapata y D, Vedado, municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana, Cuba.