

Trabajo de la Clínica Quirúrgica F. Hospital Pasteur. - Prof. Larghero

COMPLICACIONES DE LAS INCISIONES QUIRURGICAS *

Dr. A. Fernández Chapella, Ptes. A. Morquio y J. M. Alonso

El control de la evolución de las heridas operatorias, ha constituido desde que se inició el trabajo en nuestro Servicio, una preocupación de primer plano: la vida del enfermo, la validez o, en el menos malo de los casos, el plazo de hospitalización indebidamente prolongado, están ligados a esta preocupación.

Habitualmente los casos desgraciados provocan en nuestro medio una violenta reacción y medidas tendientes a la búsqueda del culpable. Esta culpa recae generalmente en el encargado de la esterilización. Se olvida con ello que en la complicación de una herida operatoria gravitan todos los factores en relación con el estado del enfermo, con el tipo de lesión y con las personas que intervienen en la preparación para la operación, en el acto operatorio y en el postoperatorio. El descuido en el control riguroso de los guantes y la ropa, empleados en una operación séptica, en un block operatorio donde trabajan varios servicios en común, constituye sin ninguna duda la fuente más común de infección de heridas.

A ello contribuye la desaprehensión de algunos cirujanos para imponer con todo rigor, cuando realizan una operación séptica, el sacrificio de este material.

Pero, además de estas causas, existen otras inherentes al estado de los tejidos del enfermo, al tipo de operación realizado y al cuidado o descuido que pone el cirujano o los ayudantes en evitar la lesión de estos tejidos durante el acto operatorio o las

(*) Esta comunicación fué presentada en la sesión del 18 de agosto de 1948.

contaminaciones por las manos infectadas, las narices o la boca no cubiertas.

En un tercer plano de causas están las maniobras de curaciones por personal no competente o con material en malas condiciones de esterilización.

Áportamos las conclusiones de esta estadística, realizada en el Servicio, sobre evolución de la incisión quirúrgica en 1164 operaciones de todos los tipos.

Las cifras de complicaciones han sido consignadas con toda honestidad, porque hemos creído que el mejor medio de desterrar las complicaciones de las incisiones quirúrgicas, es conocer el elevado porcentaje que en nuestro medio tienen las complicaciones de estas incisiones. Es nuestro deseo que si esta comunicación puede merecer comentarios, ellos sean hechos sobre la base de cifras rigurosamente controladas, como las que dan base a este trabajo.

Basándonos en estos preceptos, al efectuar nuestra estadística hemos analizado los siguientes elementos de las historias clínicas:-

a) edad; b) diagnóstico de afección; c) operación; d) cirujano responsable; e) factor duración; f) elección de anestesia y tipo de incisión quirúrgica; g) papel de antibióticos y antisépticos; h) material de sutura empleado; i) comportamiento con la piel; j) observación del estado general del enfermo buscando taras; k) focos sépticos en el acto operatorio; l) control bacteriológico de la secreción de las heridas cuando se creyó conveniente.

Figuran en esta estadística dos casos de flemones gangrenosos que llevaron a la muerte; dos enfermos jóvenes muertos por contaminación operatoria.

Aunque no fueron operados por personal de nuestro Servicio, figuran en esta estadística, porque en ambos casos actuaron cirujanos competentes, no pudiendo imputarse lo sucedido a defectos de técnica. Señalamos el hecho llamando la atención.

Total de historias revisadas: 1.164 (enfermos operados).

En los cuales 127 fueron complicados: 10.9 %.

- a) *Supuración* { con abertura de cavidad séptica, 83 casos
 9 % del total de he- } sin abertura de cavidad séptica, 24 casos
 ridas complicadas. } con mal estado general, 20 casos.
- b) *Hematomas*: 11 { Supurados, 4.
 0.94 del total de he- } No supurados, 7.
 ridas complicadas
- c) *Flemones gangrenosos*: 2
- d) *Exudación serohemática*: 3
- e) *Evisceraciones*: 6 { Todas en enfermos con mal estado general.
 (0,51 del total; 4,7 % de las complicadas).

Supuraciones en operaciones con apertura de cavidad séptica

A) *Intervenciones abdominales.*

- 1) Apendicitis agudas con peritonitis de origen apendicular. Drenaje: 27.
- 2) Quistes hidáticos de hígado, supurados: 8.
- 3) Operaciones con abertura de intestino: 11.

a) Por el mismo proceso	{	Perforaciones tíficas . 2 Fístula ileal 2 Neoplasma cecal 3 Traumatismo 1
b) En el acto operatorio	{	Duodeno - coledocotomía 2 Ano ilíaco 1
- 4) Operaciones con abertura de gastro-duodeno: 9
 - a) gastrostomía: 1
 - b) gastrectomía por ulcus con adherencias laboriosas: 8.
- 5) Colecistitis agudas: 8.
- 6) Epiplocele crural estrangulado: 3.
- 7) Abscesos de hígado: 2.
- 8) Equinococosis peritoneal secundaria con marsupialización: 1.

B) *Intervenciones en miembros.*

- 1) Psoítis: 2.
- 2) Fístula glútea supurada: 2.
- 3) Osteomielitis: 2.

C) *Intervenciones perineales.*

- 1) Fístula perineal: 2.

D) *Intervenciones en cuello.*

- 1) Adenoflemón carotídeo: 1.
- 2) Absceso de parótida: 1.

E) *Intervenciones en tórax.*

- 1) Hemotórax supurado y condritis: 1.
- 2) Pericarditis hidática supurada: 1.

En todas estas intervenciones existía un foco supurado y lógicamente la herida tenía que drenar pus; la labor del cirujano en este caso es efectuar el drenaje en las mejores condiciones posibles, reduciendo al mínimo la supuración.

Supuraciones en operaciones sin abertura de cavidad séptica

A) *Abdominales.*

- 1) Incisión de Mac Burney: 3.
- 2) Laparotomía exploradora: 2.
- 3) Hernias inguinales: 2.
- 4) Eventraciones: 5 (de operaciones sépticas datando de corto tiempo).
- 5) Nefrectomía por quiste simple: 1.
- 6) Rotura de embarazo ectópico: 1.
- 7) Quiste de ovario: 1.

B) *Genitales.*

- 1) Hidrocele: 1.
- 2) Operaciones plásticas de Le Fort: 1.

C) *Miembros.*

- 1) Vaciamiento ganglionar inguino-crural: 2.
- 2) Meniscectomía: 1.
- 3) Safenectomía: 1.
- 4) Amputación a la altura de muslo: 1 (arteritis).
Amputación de pierna: 1.

Simpaticectomía lumbar: 1.

De estos 24 casos, malas defensas generales en

6 casos (caquexia - anemia - obesidad).

5 casos eventraciones postoperatorias de operaciones sépticas anteriores.

3 casos elementos de meiopragia regionales - arteritis - infiltración neoplásica.

La supuración en estos 24 casos fué de poca entidad.

Hematomas: 11

A) *Intervenciones abdominales.*

I) Hernias.

1) Hernia inguino-escrotal izq. con hidrocele comunicante. Resección del saco.

2) Hernia inguinal. Bassini. Disección total del saco. Hematoma que no supuró.

3) Enorme hernia por deslizamiento conteniendo: ciego, colon, ascendente y transverso y 2 mts. de intestino delgado. Hematoma en bolsa derecha.

4) Recidiva de hernia inguinal derecha. Hematoma del tejido celular sin infección al 9^o día.

5) Hernia crural. Epiplocele estrangulado. Hematoma que supuró. Liberación del saco.

6) Hernia inguino-escrotal. Bassini. Hematoma infectado.

II) Hidrocele bilateral. Hematoma de la herida (del tipo corriente).

III) Peritonitis plástica. Ulcera callosa adherida a páncreas. Tubo de drenaje, cierre de piel, hematoma supurado.

IV) Pfannestiel. Apendicectomía. Doleris. Hematoma subcutáneo sin infección.

B) *Intervenciones en cuello.*

1) Bocio con hipertiroidismo. Tiroidectomía subtotal. Drenaje de goma bilateral. Gran hematoma del cuello.

C) *Intervenciones en miembro.*

1) Melanoma de planta de pie. Vaciamiento ganglionar de región crural y fosa ilíaca interna. Hematoma que supuró.

Conclusiones: de 11 hematomas la mayoría no se infectaron, o sea 7. Gran porcentaje correspondieron a hernia: 6.

Los hematomas más voluminosos corresponden a hernia con resección total del saco.

Evisceraciones: 6

Todas se produjeron en enfermos con malas condiciones generales a saber:

1er. caso: Ictericia prolongada; cirrosis hepática.

2º Quiste hidático abierto en vías biliares; gran hepatomegalia; colecistitis supurada.

3º Litiasis del colédoco. Abscesos múltiples del hígado. Complicación pulmonar post-operatoria.

4º Neoplasma de estómago, pasada la etapa de cirugía radical. Gastroenteroanastomosis.

5º Neoplasma de laringe. Hematemesis por ulcus gástrico. Anemia aguda.

6º Anemia aguda de 1.000.000 de glóbulos rojos. Ligadura de la gastroduodenal.

Conclusiones: Hemos observado la producción de evisceraciones en poliinfectados, caquéticos, anémicos, demostrando una vez más la importancia del terreno en su producción.

Para evitar estas complicaciones deben aplicarse los siguientes principios

A) En el preoperatorio:

- 1) Higiene cuidadosa de la piel.
- 2) Elección de la incisión operatoria, para el tipo de enfermo y el carácter la lesión.

B) En el acto operatorio:

- 1) Comportamiento con cada uno de los planos. Correcta hemostasis.
- 2) Protección de la grasa. Ejemplo: úlcera perforada que hace flemón parietal si se sutura la piel y no peritonitis, porque la grasa no se defiende.

- 3) Maniobras instrumentales. Evitar los manoseos de los tejidos.
 - 4) Material de sutura, seleccionado para cada caso.
 - 5) Cierre de la piel en los casos asépticos. Piel abierta en las operaciones con supuración o apertura de cavidades sépticas.
 - 6) Acción del suero fisiológico (lavado amplio del tejido celular antes de suturar).
 - 7) Factor dura ión de la operación.
 - 8) Vendaje. Esponja de goma compresiva.
 - 9) No se usa sulfamida en los tejidos, salvo en casos bien seleccionados.
 - 10) Evitar superficies de decolamiento y espacios muertos.
- C) Postoperatorio:
- 1) Prioridad de las curaciones de heridas asépticas, en la rutina diaria de la sala.
 - 2) Curaciones deben ser hechas por personal técnico.
 - 3) Poco o ningún uso de antisépticos locales.

En múltiples afecciones la mejor manera de evitar una supuración o atenuarla si existe, es dejar los planos superficiales abiertos

Este concepto debe ser aplicado en los siguientes casos:

- A) Peritonitis diversas.
- B) Ulceras perforadas.
- C) Colecistitis agudas.
- D) Colecistitis crónicas y subagudas, si la intervención es muy laboriosa.
- E) Ulceras gastro-duodenales y neoplasmas de estómago.
- F) Cirugía de colon y recto.
- G) Cirugía torácica séptica.

La práctica de dejar la piel abierta en las peritonitis apendiculares y todos los planos abiertos, salvo el peritoneo cuando esta peritonitis se debe a la perforación o gangrena del apéndice, ha conducido a la eliminación total del flemón de la pared. La

cicatrización de la piel se hace por segunda intención en un plazo no mayor de 20 días, lo que puede ser abreviado por la sutura secundaria previo control bacteriológico del exudado de la herida. Esta práctica constituye, además, la mejor profilaxis de las eventraciones y la incisión de Mac Burney, y en el caso de que ésta se produzca, la cura de la eventración es una operación fácil, porque los músculos no han sido infiltrados ni destruidos por un flemón disecante.

Las cifras que se enumeran a continuación prueban lo afirmado anteriormente.

Estas cifras corresponden al archivo de Cirugía de Urgencia del Prof. Larghero.

En 541 apendicitis y peritonitis apendiculares, hubo 45 flemones de la pared, 41 con piel suturada, 4 con piel abierta;

por el contrario, en 74 peritonitis con planos músculo cutáneos abiertos, no hubo ningún flemón.
