

## TERAPIA INTENSIVA EN CIRUGIA UROLOGICA

*Dres. León María Metz, César San Martín, Luis María Brea  
Enrique Jorge Landi, Roque Augusto Ruiz, Hugo Puddú, Carlos Windaus  
Julio Ravioli, Alfredo Almós, Claudio Zin, Juan Manuel Quiroga,  
y Olga Rusquellas.*

**De los Servicios de Urología y Nefrología y Medio Interno de Institutos Médicos Antártida.**

Es sabido que la gran mayoría de los pacientes urológicos son de edad avanzada y que, conjuntamente con ella, arrastran padecimientos renales, cardiovasculares, hepáticos y humorales de distinta magnitud.

Los pacientes ancianos, pese a tener todos los análisis y pruebas funcionales normales, pueden ser comparados a un frágil cristal, perfectos en su apariencia pero presto a romperse por cualquier injuria es por ello que, desde hace cuatro años enviamos a nuestros pacientes urológicos en el post-operatorio inmediato de cirugía mayor a la Unidad de Terapia Intensiva, aunando de esa manera los esfuerzos de ambos equipos en beneficio del paciente. En ese lapso, hemos enviado al 80 por ciento de nuestros pacientes en el post-operatorio de cirugía mayor a la Unidad, oscilando su permanencia entre las 6 horas y 2 días en el 90 por ciento de los casos; los prostáticos son enviados en el 98 por ciento de los casos, graduando la internación de otra patología de acuerdo a los requerimientos del caso clínico, los deseos del paciente y la factibilidad de su internación.

Los objetivos son los siguientes:

- 1) Lograr resultados óptimos.
- 2) Acortamiento del período de internación.
- 3) Disminución del costo por paciente promedio.
- 4) Evitar sufrimientos inútiles al paciente.
- 5) Cooperación de diferentes equipos.

### 1) LOGRAR RESULTADOS OPTIMOS.

a) Mejoramiento de la técnica quirúrgica:

- 1) En la cirugía renal utilizamos la nefrectomía parcial para resumir las posibles recidivas litiasicas.
- 2) Realizamos plásticas ureteropielicas simples o combinadas con nefrectomías parciales, no utilizando tutores ni drenajes renales. Esto no es logrado en base a una habilidad personal, sino a una organización del trabajo y a una infraestructura adecuada.
- 3) En la cirugía prostática no utilizamos el taponaje de la loge, considerándolo una terapéutica histórica, recurrimos en el 25 por ciento de los casos a la sonda de Foley doble corriente, si luego de practicar la hemostasia, no quedamos perfectamente satisfechos de la misma; y usamos en el 75 por ciento restante la sonda plástica doble corriente. Siempre realizamos el cierre total de vejiga y el lavado permanente de la misma con suero fisiológico variando su goteo entre 60 y 100 por minuto, en el primer día, continuando a veces por 2 y 3 días a goteo va-

riable. Durante muchos años, hemos utilizado soluciones de citrato de sodio al 3 por ciento para efectuar el lavado a fin de disminuir las posibilidades de coágulos.

- 4) En la cirugía vesical practicamos la cistectomía parcial amplia y la total realizando en este último caso la anastomosis ureterosigmoidea a lo Coffey modificada por considerarla la mejor dentro de las posibilidades actuales; asimismo realizamos las plásticas vesicales con intestino.

Todas estas técnicas pueden realizarse con seguridad, logrando el apoyo del equipo de terapia intensiva.

- b) Evitar cualquier desequilibrio clínico y/o humoral.
- c) Diagnosticar este desequilibrio inmediatamente después de producido.
- d) Tratar el mismo en sus fases iniciales.
- e) Tener presente que en pacientes de edad avanzada, cualquier alteración es grave y debe procederse en consecuencia.
- f) No postergar decisiones que conduzcan al diagnóstico precoz, ni a su terapéutica.
- g) Tratar al enfermo con bondad, además de eficiencia, de esa forma evitaremos problemas por falta de cooperación del paciente.
- h) Recordar que la mayoría de las complicaciones son previsibles, siendo el resultado directo de un mal manejo del paciente, en el consultorio externo preoperatorio, en la operación y en el post-operatorio.

## 2) ACORTAMIENTO DEL PERIODO DE INTERNACION.

Si al paciente se le ha practicado una cirugía adecuada y es cuidado en el post-operatorio inmediato en forma correcta, se disminuirán el número de complicaciones y su gravedad, logrando acortar el promedio de días de internación.

## 3) DISMINUCION DE COSTO POR PACIENTE PROMEDIO.

Aunque parezca un contrasentido que al enviar a un paciente a una sala de Terapia Intensiva, con alto costo de internación, se reduzcan los costos promedio, esto es una realidad ya que si de esa manera logramos:

- a) Realizar una cirugía de avanzada con seguridad.
- b) Disminuir el día cama por paciente.
- c) Prevenir las complicaciones o que estas no se produzcan en alta frecuencia.
- d) Tratar a estas en sus fases iniciales para lo cual no se necesitan terapéuticas de altos costos.
- e) Evita la iatrogenia médica o de enfermería por falta de presencia o especialización, el paciente se reintegrará a la sociedad en el tiempo mínimo, con gran satisfacción del mismo del equipo tratante, la Institución responsable y la comunidad.

## 4) EVITAR SUFRIMIENTOS INUTILES AL PACIENTE.

Una terapéutica adecuada, ejecutada con los ajustes según necesidad llevados a cabo por el médico de la Unidad de Terapia Intensiva, logran una pronta re-

cuperación, evitando sufrimientos inútiles al paciente.

## 5) COOPERACION DE DIFERENTES EQUIPOS EN LA ATENCION MEDICA.

Dado lo complejo de la medicina actual es practicamente imposible el manejo del post-operatorio en forma absolutamente personal, necesitando de la cooperación de las distintas disciplinas médicas, para lograr óptimos resultados.

En este trabajo se incluyen 461 pacientes ingresados a la Unidad de Terapia Intensiva de Institutos Médicos Antartida desde Septiembre de 1973 a Enero de 1976 (29 meses) en post-operatorio inmediato de Cirugía Urológica. De ellos 388, (81 por ciento) eran varones y 73 (19 por ciento) mujeres, con un promedio de edad de 61,2 años.

La distribución por patologías se explicita en el cuadro 1. Se consideran los post-operatorios de cirugía renal, ureteral, vesical, y uretral en orden decreciente de frecuencia, siendo la cirugía prostática la mayor contribuyente de nuestra casuística, lo que explica el neto predominio de la población masculina en la muestra, y el elevado promedio de edad.

Los cuadros II, III, IV y V permiten objetivar el tipo de intervenciones en cada uno de los grupos, las intervenciones principales y asociadas, así como su correlación numérica y porcentual. El promedio global de internación en la Unidad de terapia intensiva fue de 2,6 días.

El cuadro VI muestra el número y calidad de las complicaciones que alcanza un valor absoluto de 7 casos, con un porcentual de 1,47 por ciento mortalidad fue de 3 casos, (0,63 por ciento). es de destacar que de los tres pacientes fallecidos, dos lo fueron por sepsis a bacilos gram negativos y uno portador de una insuficiencia renal crónica por poliquistosis renal, se hallaba desde hacía un año y medio en plan de hemodialisis, en nuestra Unidad de diálisis, siendo necesario efectuar una nefrectomía por las continuas e incoercibles hematurias.

Creemos que estas cifras son por demás elocuentes y apoyan nuestra convicción de la utilidad del manejo post-operatorio inmediato de la cirugía urológica en las Unidades de Terapia Intensiva.

### POSTOPERATORIO DE CIRUGIA UROLOGICA

CUADRO I

Tipo de Cirugía	Total Casos	%
1- Prostática	300	65,07
2- Renal	95	20,60
3- Vesical	28	6,29
4- Ureteral	36	7,80
5- Uretral	1	0,24
Total	461	100,00

CUADRO II

<u>POSTOPERATORIOS DE CIRUGIA PROSTATICA</u>		
Tipo de Cirugía	Total Casos	%
Adenomectomías		
a- Simples	243	81,00
b- Combinadas		
Con Cistectomía Parcial	30	10,00
Con Herrería	27	9,00
Total	300	100,00

CUADRO III

POSTOPERATORIOS DE CIRUGIA RENAL		
Tipo de Cirugía	Total Casos	%
Nefrectomías Totales	30	31,58
Nefrectomías Parciales	30	31,58
Pielolitotomías	13	13,68
Ureteropielolisis y Nefronexias	13	13,68
Nefrostomías	7	7,38
Quiستectomías	2	2,10
Total	95	100,00

CUADRO IV

POSTOPERATORIOS DE CIRUGIA VESICAL		
Tipo de Cirugía	Total Casos	%
Cistectomías Totales	11	37,94
Cistectomías Parciales	8	27,59
Cistostomías	5	17,24
Cierre Fístula Vesicosigmoidea	4	13,80
Ileocistoplastia	1	3,43
Total	29	100,00

CUADRO V

POSTOPERATORIOS DE CIRUGIA URETERAL		
Tipo de Cirugía	Total Casos	%
Ureterolitotomía	16	44,44
Ureteropieloplastia	14	38,88
Ureterosigmoideostomía Bilateral	6	16,68
Total	36	100,00

CUADRO VI

COMPLICACIONES SOBRE EL TOTAL DE CASOS	
Embolia Pulmonar	1
Diabetes Descompensada	1
Sepsis	3
IRA	2
Total	7 (1,47%)
Mortalidad	3 (0,63%)

## COMENTARIO

De contar además de las salas de terapia intensiva con salas de recuperación, es evidente que un porcentaje importante de los pacientes que componen nuestra estadística, debería haber sido enviado a las mismas.

Creemos que un paciente añoso, con taras orgánicas de distintos aparatos y que ha sido operado de una patología importante, con las precauciones debidas y en cuyo acto operatorio estuvieron presentes además del cirujano y ayudantes, el anestesista, el transfusionista, el cardiólogo con su monitor, no debiera ser abandonado en una sala de internación con los controles habituales de enfermería, por más severos que ellos sean.

Debiera existir por lo tanto una zona intermedia, para el control de dichos pacientes para su mejor cuidado.

Nos hemos encontrado por otra parte rechazo ni incomodidades mayores de parte de los pacientes, los cuales son avisados en el consultorio externo de su posible traslado a T. I., y no sorprendidos por dicha eventualidad.