

Shock y Hemorragia Interna Post-Operatoria

Dedicado a los Practicantes de Guardia del Hospital General San Felipe, por el Doctor JUAN MONTOYA ALVAREZ, Jefe del Servicio de Ginecología del mismo centro.

El shock y la hemorragia interna postoperatoria es una de las complicaciones que entra en los diagnósticos de urgencia del abdomen, implicando uno de los problemas más difíciles de resolver en la práctica.

En efecto, después de operaciones abdominales en que no se ha dejado drenajes, puede soltarse la ligadura de un vaso importante, constituyéndose una hemorragia interna que se instala lentamente hasta matar al enfermo, si no se adopta rápidamente una decisión quirúrgica para ligar el pedículo soltado o efectuar un taponamiento de la zona hemorrágica.

Esa decisión quirúrgica de reoperar un enfermo que horas antes fue laparotomizado, llega generalmente tarde por la dificultad de un diagnóstico categórico, por la gravedad sorprendente del cuadro y por la esperanza de que la hemorragia se detenga.

Por otro lado es un trance muy duro, un trance shockante, podríamos decir, para el cirujano, decidirse a reabrir horas después el abdomen; la incomprensión de los familiares que ven en ello una mala operación, inhibe su acción.

Hoy en día, con los progresos de la técnica, con la preparación perfecta preoperatoria quirúrgica, es muy raro observar una hemorragia interna importante postoperatoria que obligue a reoperar de inmediato.

Pero aun después de operaciones impecables y en manos quirúrgicas privilegiadas, el accidente puede producirse y es entonces el diagnóstico oportuno y la reoperación inmediata la única probabilidad de curación.

Después de colecistectomías, de histerectomías y menos frecuentemente de gastrectomías salpinguectomías o de apendicectomías, la ligadura de un vaso importante que creíamos perfectamente colocada, se suelta y la hemorragia se instala.

En ese momento es necesario demostrar que no se trata de shock operatorio.

¿Cómo se llega al diagnóstico de hemorragia interna postoperatoria?

La ficha operatoria tiene gran valor: el cirujano repasará en su mente qué dificultades tuvo durante la operación y sabrá si le quedó temor sobre alguna ligadura y cuál podría ser el pedículo capaz de sangrar.

Es conveniente e imprescindible .observar bien al enfermo una vez terminada toda laparotomía; a veces, el acumulo de trabajo y otras circunstancias hace que se descuiden esos detalles de tanta importancia.

Se deberá anotar el tiempo que duró la operación, si ella fue simple o si hubieron manipuleos groseros o dificultades técnicas, si hubo mucha hemorragia durante la intervención. Por otro lado, el tipo de operación realizada tendrá mucha importancia; por ejemplo: grandes exéresis.

Es necesario entonces, inmediatamente a toda la paratomaía, anotar:

Cuánta anestesia se empleó.

Si fue laboriosa.

Color de la piel y mucosas antes y después de iniciada la anestesia.

Pulso y tensión arterial.

Respiración, número de respiraciones y si eran superficiales o profundas.

Cuánto tiempo tardó el paciente en despertarse y recobrar su conocimiento; si se usó anestesia general.

Condiciones orgánicas del operado: agotamiento, desnutrición, intoxicación, etc.

Cuando se usa anestesia raquídea, es común que el enfermo salga pálido de la operación, con pulso pequeño, hipotenso, poco frecuente; pero en estado de colapso periférico cede rápidamente a la efetonina, afedrína, adrenalina o cafeína.

Tiene también importancia el tipo de anestesia complementaria empleada; por ejemplo: en los que se utilizó escopolamina la tensión baja mucho, produciéndose en ciertos casos un estado de colapso que puede inducirnos a diagnósticos erróneos.

Es conveniente, en cuanto ese postoperatorio inmediato deje la menor duda, ver a los enfermos cada hora, pues si se trata de una hemorragia interna, como ésta se instala progresiva y lentamente, sin mayor sintomatología, puede pasar desapercibida y recién se verá al enfermo cuando ya está con anemia aguda, en gravísimo estado.

Durante la primera hora del postoperatorio de una intervención importante, hay siempre un ligero grado de shock operatorio que pasa rápidamente si se hace una buena atención inmediata a la terminación del acto quirúrgico.

Pasada esta hora y si el enfermo, no mejora, deberá entonces sospecharse en el shock operatorio serio.

El paciente no impresiona bien desde el primer momento. Llama la atención la palidez de la cara y en cambio las mucosas y las extremidades están azuladas. Hay enfriamiento.

El enfermo está indiferente, insensible. Acostado en decúbito dorsal, no habla, no se queja. Si se le hace sentar, le cuesta mucho. Lo único que no es alarmante es la respiración frecuente,

pero regular; sin presentar la disnea tóxica de los peritoneales; ni la angustia ni la sed de aire de la hemorragia interna.

El pulso es pequeño, hipotenso, débil, se palpa la arteria contraída (espasmo), generalmente es frecuente, pero puede ser lento.

Temperatura sub-normal.

Ausencia de reflejos.

Como se ve, el cuadro clínico del postoperatorio responde al cuadro del colapso periférico y debe lucharse rápidamente contra él. Si persiste y se va agravando, debe pensarse en la hemorragia interna a pesar de que se haya realizado una operación correcta y satisfactoria, por cuanto la ligadura de un vaso importante puede soltarse.

La hemorragia interna debe sospecharse con más razón cuando durante el acto operatorio no han existido las causas enumeradas como responsable del shock; más difícil es orientarse si ellas han estado presentes, pudiendo aparecer los dos cuadros: el del shock y el de la hemorragia.

Para que la pérdida de sangre sea importante como para dar síntomas requiere que haya habido tiempo para que la arteria sangre y por eso el cuadro de hemorragia no se presenta a veces claro hasta después de seis horas de una operación.

El enfermo, que impresionó bien inmediatamente de operado, entra poco a poco en estado de gravedad. Está intranquilo, se mueve.

Hay palidez general, especialmente en las mucosas; lo mejor es buscarla en las conjuntivas oculares.

Si se hace expresión suave desde la extremidad proximal de la yema del dedo como queriendo llevar la sangre hacia la punta, en un sujeto normal se lo ve enrojecer y bajo la uña se aprecia el color rojo normal. Por el contrario, cuando hay hemorragia, se lo ve pálido, anémico.

Se ve igualmente pálido el pabellón de las orejas y aunque se le caliente y se haga presión hacia el lóbulo, no se ve aparecer el rojo normal.

El pulso es frecuente y se va apreciando gradualmente un aumento de pulsaciones. Hay hipotensión. La arteria no se percibe, está vacía; las venas están exangües y se les nota achatadas.

Los enfermos respiran profundamente, con la boca abierta; piden aire, tienen sed de aire.

Pueden aparecer zumbidos de oídos.

El abdomen se distiende y se abomba poco a poco, sobre todo a nivel del hipogastrio.

A la presión existe algo de dolor. Si se percute con cuidado puede notarse matidez en los sitios de declive, dato que debe de buscarse con prolijidad, pues tiene gran valor.

Hay sed, a veces intensa.

Temperatura sub-normal

Con todo, cuando existan causas operatorias que han motivado al mismo tiempo el shock quirúrgico, el diagnóstico, que tanto interesa resolver, es difícil.

Inclinarse al diagnóstico de hemorragia interna cuando ella produce un cuadro tan grave implica a decidirse a reoperar para ligar el vaso que sangra.

El análisis de sangre bien hecho, buscando el número de glóbulos rojos, su aspecto y el título de hemoglobina es primordial para afirmar el diagnóstico. La sangre que se va derramando en peritoneo libre puede ir a ocupar el Douglas. Es difícil por tacto vaginal o rectal asegurar la existencia de un derrame libre. Cuando se puede practicar la punción del Douglas como en el embarazo ectópico, debe realizarse. No pudiendo hacerse la punción del Douglas, puede realizarse la punción abdominal. Se coloca al enfermo en posición de Fowler y se hace una punción con una aguja larga y de 9 a 10 mm. de ancho (de preferencia de platino) a nivel de la I fosa ilíaca izquierda. La aspiración en caso de hemorragia grave, permite extraer con facilidad sangre de color rojo claro, notando- se a veces pequeños coagulos, y si la hemorragia lleva ya unas horas tendrá un color más oscuro.

Para combatir el shock se puede ejecutar el siguiente plan:

Calentar al enfermo: Bolsas calientes, envolturas algodonosas de los miembros. Si se tiene a mano el horno de Bier, será muy útil.

Posición de Trendelenburg.

Estimular el corazón: No hay que emplear ni digitalina, ni hipofisina, ni adrenalina.

Son recomendadas: La estricnina, 0,001 Gr. cada hora.

Cafeína, 0,25 Gr. y aceite alcanforado, 5 c. c.

Atropina, 0,001 Gr. cada 4 horas.

Llenar la circulación: cuando ha habido gran pérdida sanguínea puede recurrirse a la inyección endovenosa de suero fisiológico o glucosado.

Si no han existido pérdidas abundantes, el suero puede hacerse subcutáneo pero no en los muslos ni brazos, pues allí la circulación es escasa; debe hacerse en la axila, por debajo de la mama o en el abdomen.

Generalmente el shock mejora lentamente, la conciencia vuelve, reaparecen los reflejos. Si el estado general empeora, debe recurrirse a la transfusión de sangre, plasma o amino-ácidos (Amigen), y generalmente después de una de éstas inyecciones se verá, que la transición entre el estado de gravedad y mejoría es rápido.

Si el diagnóstico de hemorragia interna se impone, se prepara al enfermo para reoperarlo y se recurrirá a la transfusión de sangre o plasma durante la operación, que va rápidamente en busca del vaso que sangra.

Si el cuadro de anemia aguda es grave y se ha instalado rápidamente, no hay que contar con la detención de la hemorragia

y en cuanto se noten progresar los síntomas, la laparotomía se impone con todo el pesar que el cirujano tiene ante esta tan desagradable complicación, hoy de rara observación, afortunadamente, gracias al perfeccionamiento de la técnica operatoria.

La falta de decisión oportuna es el motivo de que se pierdan generalmente estos enfermos.

Del Doctor F. H. Martín, de Chicago, he tomado el siguiente cuadro de diferenciación entre el Shock y la Hemorragia post-operatorias :

SHOCK

HEMORRAGIA

- | | |
|---|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Después de operaciones prolongadas, muy traumáticas. 2. Más probable en aquellos que han estado gravemente enfermos, que están débiles o agotados. 3. Síntomas que aparecen desde la operación. Colapso rápido cuando son enfermos ya debilitados. 4. Síntomas que tienden a mejorar. 5. Paciente apático, inmóvil, en decúbito dorsal. 6. No hay dolor abdominal. 7. Piel blanca, fría, pegajosa. 8. Cara pálida. 9. Mucosas blancuzcas. 10. Unas de los dedos azuladas. Se pueden enrojecer apretando la yema hacia el extremo. 11. Ojos cerrados, sin reflejos. 12. Aparición de síncope que se repite (a menudo). 13. Temperatura baja, por debajo de lo normal. 14. Pulso pequeño, débil frecuente. La arteria está llena, | <ol style="list-style-type: none"> 1. Considerando la duración y carácter de la operación, se deduce su importancia. 2. Condición anterior del paciente. 3. Síntomas desarrollados gradualmente algunas horas después de la operación. Se ha despertado de la anestesia. 4. Síntomas con tendencia a empeorar. 5. Inquietud; el enfermo se mueve de un lado para otro, ansioso, angustiado. 6. Abdomen dolorido, a veces intensamente. Blando, pero puede haber tensión de la 7. piel muy pálida, fría, pegajosa. 8. Mucosas blancuzcas. 9. Mucosas blancuzcas. 10. Unas lívidas. 11. Ojos filiosos, pupilas dilatadas. 12. ídem, frecuente 13. Temperatura por debajo de lo normal. 14. Pulso débil y oscilante; rápido. No se palpa Ja cuerda arterial. |
|---|---|

- | | |
|--|--|
| 15. Respiración rápida y superficial. | 15. Respiración laboriosa, profunda, habiendo la boca (sed de aire). |
| 16. No se quejan de desmayos; desvanecimientos. | 16. Desvanecimientos y zumbidos de oídos. |
| 17. No tiene sed. | 17. Mucha sed. |
| 18. venas superficiales llenas de sangre. | 18. Venas superficiales colapsadas. |
| 19. Hemoglobina normal. Examen de sangre normal. | 19. Moderada o alta leucocitosis, con rápido descenso de los glóbulos rojos y de la hemoglobina ; aumento de la coagulación de la sangre. La hemoglobina y los glóbulos rojos bajan paralelamente. |
| 20. El tratamiento estimulante mejora el pulso. | 20. El tratamiento estimulante es ineficaz, aumentando la gravedad y la hemorragia. |
| 21. Hematocrito: hemoconcentración. | 21. Hematocrito: Hemodilución creciente. |

Recomiendo el estudio y aprendizaje de este interesante cuadro a los guardias del Hospital General San Felipe, para que así, haciendo, el oportuno diagnóstico de hemorragia interna postoperatoria, puedan ayudar a los Jefes de Servicios de Cirugía a resolver estos desagradables problemas.

(Continuará)