

Shock y Hemorragia Interna Post-Operatoria

(Concluye)

Las siguientes observaciones, son productos negativos de mis prácticas quirúrgicas.

CASO N^o I (Clientela hospitalario).

E. E., de 38 años, soltera, hondureña.

Ingresa al Servicio de Ginecología del Hospital General San Felipe el día 14 de mayo de 1949, quejándose de dolores en el vientre y menorragias.

Antecedentes personales: Ha tenido varios hijos. Flujo blanco desde hace varios años. Hábitos alcohólicos.

Enfermedad actual: De dos años a la fecha, dolores muy frecuentes en el bajo vientre, menstruaciones muy dolorosas y abundantes, coitos dolorosos, estreñimiento y dolores durante la defecación, sensación de peso en la región perineal.

Estado actual: Mujer de buena talla, esqueleto normal, masas musculares normales, buen desarrollo del panículo adiposo, piel morena, pulso normal 75 por minuto, presión máxima 130 milímetros, mínima. 65 milímetros, temperatura 36°.5. Tórax normal. Abdomen no hay puntos dolorosos. Ginecológico: Vulva, desgarrado del primer grado; cuello, cervicitis, al tacto abdomino-vaginal, matriz en retroversión adherente, ligero dolor en el Douglas. Exámenes complementarios:

Glóbulos rojos, 6.500
Glóbulos blancos, 4.300.000
P. N. 64%, G. M. 2%, E. 2%, L. 32%
Tiempo de coagulación, 6 minutos
Tiempo de sangramiento 2 minutos
Reacción de Kahn, negativa
Orina, químico y microscópico, normal
Urea en la sangre, 15 miligramos %

Diagnóstico: Retroversión adherente consecutiva a Anexítis crónica.

Operación: La enferma es operada el día 23 de mayo. Operador, Doctor Juan Montoya Alvarez. Ayudante Bachiller Federico Fiallos. Anestesia raquídea. El vientre es abierto por laparotomía infraumbilical. Posición de Trandelenburg. Aislamos el intestino de la pelvis con rollos empapados en suero fisiológico tibio. Matriz en retroversión adherente, procesos antiguos de Anexítis bilateral. Trompas uterinas adheridas al Douglas. Se busca el plano de clivaje, el que se encuentra con alguna dificultad. Se levanta la matriz. Se fija en suspensión por medio del procedimiento de

Baldy-Webster. Después de esta liberación de adherencias se observa hemorragia en sábana, en el Douglas. Se taponan provisionalmente con esponjas; y se procede a extirpar profilácticamente el apéndice. Se quita el taponamiento del Douglas. Se observa la hemorragia, la que continúa. Se hacen ligaduras en algunos puntos. Se hace nuevo taponamiento comprensivo. Se dejan transcurrir algunos minutos, durante los cuales se piensa en un Mickulics. Se solicita. No está preparado. Se saca de nuevo el taponamiento. La hemorragia ha cesado. Se esperan algunos minutos, al cabo de los cuales se observa un ligero resumamiento en los puntos del desbridamiento del Douglas. Se hace un taponamiento con Oxycel y confiando en ésto se procede a la reconstrucción de la pared en la siguiente forma: Sutura continua del peritoneo con Catgut Crónico N^o I. Suturas a puntos separados con lino de los planos musculares y aponeuróticos. Puntos separados de Catgut Simple N^o 0 en el tejido celular subcutáneo. Grapas de Michel para piel. Se da por terminado el acto operatorio. Duración una hora. La enferma es trasladada al Servicio. Se ordena la observación del pulso y presión arterial cada hora durante las primeras 12 horas del postoperatorio; así como las indicaciones habituales del Servicio consistentes en suero fisiológico y glucosado, 400,000 unidades de penicilina cada 24 horas, un gramo de dihidro-estreptomicina, aminoácidos, Vitamina C, movilización, levantamiento y alimentación completa a las 24 horas.

Al día siguiente al pasar mi visita reglamentaria del Servicio, se me informa, que la enferma ha muerto a las ocho de la noche del día de la operación. Según datos obtenidos del personal del Servicio, la enferma permaneció en buen estado hasta las 4 p. m., hora en que se notó que estaba agitada, pálida y al tomarle el pulso lo encontraron débil y acelerado. Llamados los practicantes de guardia indican, tónico cardíaco (caféina y aceite alcanforado), así como calentamiento y observación. Dos horas después y en vista de que la enferma no mejoraba, fueron requeridos nuevamente los servicios de los practicantes de guardia, quienes a su vez y después de constatar la gravedad del caso, se auxilian del Médico de guardia, Doctor Angel Donoso Vargas, quien sentó después del examen el diagnóstico: "Hemorragia interna postoperatoria de carácter grave, no creyendo, dada la gravedad del caso, oportuna la reoperación de dicha enferma, ya que, según él me manifestó después, la enferma estaba en estado agónico, y sólo la reapertura bajo transfusión de plasma o sangre, hubiera dado posibilidad de éxito.

Estando la enferma en la Morgue, me trasladé allí, para hacer la autopsia. Al abrir el vientre encontré la cavidad abdominal inundada de sangre de color rojo oscuro, con pequeños coágulos en los fondos de saco de Douglas y vesico-uterino. Datos que comprobaron el diagnóstico.

CASO No 2 (Clientela particular)

B. B., de 26 años, soltera, hondureña.

Me consulta en los últimos días de agosto de 1949, por dismenorreas y dolor en el vientre.

Antecedentes personales: Ha tenido un hijo. Un aborto de 3 meses y leucorrea desde hace dos años.

Enfermedad actual: Desde hace dos años ha notado que sus menstruaciones son muy dolorosas e irregulares. De tres meses a la fecha el dolor a aumentado de tal manera, que durante su regla, tiene que tomar calmantes y guardar cama.

Estado actual: Mujer de regular tamaño, esqueleto normal» masas musculares normales, regular panículo adiposo¹, piel de color normal, conjuntivas oculares ligeramente pálidas, pulso normal 75 por minuto, presión arterial, máxima 120, mínima 60, temperatura bucal 36°.5. Abdomen, dolor en el punto ovárico derecho. Examen Ginecológico, cuello cervicítico, al tacto abdomino-vaginal se nota la presencia de un tumor en el anexo derecho, doloroso y de regular tamaño.

Exámenes de Laboratorio:

Eritrocitos, 4.500.000
Leucocitos, 6.500
Polinucleares, Neutrofilos 64%
Eosinófilos 1%
Basófilos 1%
Linfocitos 30%
Monocitos 4%
Hemoglobina 80%, 12.9 gramos.
Valor Globular 41%
Volumen Globular 41%
Tiempo de coagulación 5 minutos
Tiempo de sangramento 2 minutos
Reacción, de Kahn, negativa
Reacción de Eagle, negativa (control)
Orina, químico y microscópico, normal

Diagnóstico: Quiste del Ovario.

Operación: La enferma es operada el 2 de septiembre de 1949 a las 10 a. m. Anestesia por el éter. Laparatomía infraumbilical. Abierto el abdomen se busca el ovario enfermo el que es extirpado sin dificultad. A continuación se hace una apendicectomía profiláctica y con esto, los tiempos principales del acto quirúrgico quedan terminados. Reconstruimos la pared por el procedimiento indicado en el caso anterior. La enferma es trasladada a su cama. y queda bajo los cuidados de la enfermera anestesista. Una hora después, ha despertado y salido del shock postoperatorio. 3 horas después, soy llamado con urgencia por la enfermera a su cuidado.

Al llegar me informa, que ha notado que la enferma está intranquila, que el pulso ha aumentado en su frecuencia, que la presión arterial a bajado de 120 y 60 a 80 y 40. Compruebo los signos, y noto además: palidez de la piel y conjuntivas. Respiración profunda con la boca entre bierta (sed de aire). Abdomen doloroso y ligeramente distendido al nivel del hipogastrio. Ligera matitez de esta región. Sensación de sed. Pulso aumentando su frecuencia. Presión arterial cayendo a medida que el tiempo transcurre. Pienso en hemorragia interna postoperatoria. Punciono el Douglas, y extraigo con facilidad por aspiración sangre de color rojo claro. Informo a los familiares la gravedad del caso y la necesidad rápida de intervenir. Aceptan. Opero. Anestesia por éter. Transfusión de plasma. Posición del Trandelenburg. Reapertura del abdomen. Todo está lleno de sangre de color rojo claro. Busco rápido el pedículo utero-várico y el del meso-apendice, que eran los únicos que había ligado y de los que esperaba la hemorragia. Observo que de la ligadura de la utero-ovárica, se escurre algunas gotas de sangre. Refuerzo las ligaduras de estos pedículos, y recojo la sangre almacenada en el abdomen, con objeto de transfundirla después del acto operatorio. Reconstruyo la pared en varios planos por suturas continuas con Cátganst Crónico N° 2. Media hora después la enferma está despierta, consciente y fuera de todo peligro inmediato. Previamente filtrada y citratada es transfundida la sangre extraída del abdomen (1.000 gramos). Se le hace su postoperatoria habitual y la enferma es dada de alta una semana después completamente restablecida.

CASO No 3 (Clientela hospitalaria)

M. L. O. de S., de 35 años, casada, hondureña.

Me consulta en el Servicio de Ginecología el 1° de abril de 1950, por un dolor en la región ilíaca derecha.

Antecedentes personales: Menarquia a los 15 años. 28/4. Indolora. Abundante. Ultima regla el 28 de marzo de 1950. Nunca ha estado embarazada en 16 años de matrimonio.

Enfermedad actual: Desde hace 2 años padece de dolor en la región ilíaca derecha, con irradiaciones a veces al bajo vientre, y otras al miembro inferior derecho. Dolor que desaparece por períodos, siendo a veces, las residivas tan acentuadas que le impiden dedicarse a sus quehaceres habituales. Estas crisis dolorosas coinciden con náuseas, vómitos alimenticios, mareos y cefalagias.

Estado actual: Mujer de buena talla. Sistema óseo normal. Sistema muscular normal. Bastante tejido celuloadiposo. Temperatura 36°.7. Pulso 75 por minuto. Presión arterial, máxima 130, mínima 60. Tórax normal. Abdomen globuloso. Dolor franco a la palpación del punto de Mac Burney. No hay otros puntos dolorosos abdominales. Ginecológico: Vulva y vagina normales. Cuello de nuli para. Fondo de saco vaginales libres. No hay leucorrea.

Exámenes de Laboratorio:

Eritrocitos, 4.500.000
Leucocitos, 8.600
Polinucleares neutrófilos, 54%
Linfocitos 38%
Eosinófilos 6%
Grandes mononucleares 2%
Tiempo de coagulación 7 minutos
Hemoglobina 80%
Reacción de Kahn x x x x
V. D. R. L., x (control)
Orina, química y microscópico, normal

Diagnóstico: Apendicitis Crónica.

Operación: Después de un preoperatorio a base de calcio, Vitamina K y C, extracto de hígado y Vitaminas totales, la enferma es operada el día 14 del mismo mes de abril.

Anestesia raquídea, a cargo del Doctor Napoleón Alcerro.
Cirujano operador, Doctor Juan Montoya Alvarez. Cirujano colaborador, Doctor Gabriel Izaguirre. Asistente, Br. Manuel Romero.

Incisión para-rectal-externa.—Al abrir el peritoneo se notan adherencias de la cara posterior de éste al epiplón mayor. Se busca el ciego y el apéndice. Una vez encontrado se nota, que está grande, duro, y cubierto por fuertes adherencias de la membrana ilioceco-apendiculo-cólica. Se liga el meso y se quita el apéndice por el procedimiento de Infundivilización. Se explora el útero y los anexos. En la cara posterior de la matriz, se encuentra un pequeño fibromioma sub-seroso del tamaño de una almendra. Se extrae por una incisión en ojal y se ponen cuatro puntadas con lino. En el ovario derecho encontramos una ovaritis quística folicular, la que puncionamos. Para facilitar las maniobras sobre la matriz, la hemos tomado con una pinza de garfios y notamos una vez terminadas estas, al quitarla que sangran los puntos donde se fijó. En vista de esto colocamos un punto de sutura con objeto de cerrar la puntura de la cara posterior, notándose siempre marcada hemorragia al pasar la aguja por la pared uterina. Exploramos nuevamente el campo operatorio y no encontramos zonas hemorrágicas nos decidimos a cerrar.

Liberamos las adherencias del epiplón mayor a la cara profundo del peritoneo parietal anterior y las ligamos cuidadosamente con lino.

Empezando estamos a cerrar el peritoneo, cuando notamos la presencia de sangre en la cavidad. En estos momentos el acto operatorio se ha vuelto difícil, porque la anestesia raquídea ha terminado y la enferma empieza a molestar. Sugerimos al Doctor

Alcerro la conveniencia de una nueva anestesia, y él nos atiende, dándole a la enferma óxido nitroso primero y después éter y oxígeno. Una vez obtenido el silencio abdominal, exploramos de nuevo, principiando por el meso apéndice el que encontramos exangüe, luego la matriz, en donde encontramos la hemorragia precisamente a nivel de las punturas dejadas por la pinza de garfio. Colocamos nuevos puntos con lino y una vez terminada la hemorragia empegamos a cerrar la pared por el procedimiento descrito anteriormente.

Terminado el acto operatorio, referimos la enfermera al servicio. Le ordenamos vigilancia del pulso y presión arterial cada hora. Penicilina 400.000 unidades y Dihidroestreptomicina 1 gramo cada veinte y cuatro horas. Movilización cada hora. Levantamiento y alimentación a las veinte y cuatro horas.

A las diez de la noche del mismo día, soy llamado telefónicamente por el médico de guardia, Doctor Ángel Donoso Vargas, quien me manifiesta que dicha enferma está grave, y que él cree que se trata de una hemorragia interna. Después de agradecer al colega Vargas su colaboración, le pido, haga el favor, de abrirme rápido el vientre de esa mujer, y ver si es posible salvarla.

Al día siguiente me informa el Doctor Vargas, que la hemorragia venía del pedículo del meso-apéndice y de la puntura producida por la pinza de garfios en la cara posterior de la matriz.

Al llegar al Servicio la encuentro, intranquila, pálida, fría, sin pulso radial, sin presión arterial. Ordeno transfusión de 500 gramos de plasma, y suero glucosado por vía subcutánea. Pocas horas después la enferma está fuera de peligro.

Tuvimos que lamentar en su postoperatorio, la abertura total con infección de la herida operatoria, lo que motivó nueva operación de reconstrucción y retraso en su restablecimiento.

Comentarios: Después de leer éste trabajo, se puede observar, que en los dos casos hospitalarios, el diagnóstico de hemorragia interna postoperatoria, fue sentido demasiado tarde.

En el primer caso, dicho diagnóstico, fue hecho, estando la enferma en estado agónico tan avanzado, que el médico de guardia que la asistió, a pesar de sus entusiasmos quirúrgicos, no quiso correr el riesgo de un acto operatorio, y se conformó con estudiar Los signos de la agonía.

En el segundo caso, también dicho diagnóstico fue sentido tardíamente (12 horas después del acto operatorio), y me sorprende la resistencia orgánica de la enferma, para haber podido sobrevivir al acto quirúrgico, que por las circunstancias del medio, fue ejecutado fuera de toda transfusión de sangre o plasma.

El éxito completo del segundo caso (clientela particular), se debió al diagnóstico precoz, y la ejecución del acto operatorio dentro de las normas que ordena la medicina.

Dedico éste trabajo a los practicantes de guardia, como una enseñanza, y estoy seguro que si se detienen un poquito a analizar el cuadro de diferenciación entre el shock y la hemorra-