

# Sección de casos clínicos

## Caso clínico No. 52

G.R.I., paciente de 25 años de edad, Gesta IV, Para O, Abortos 2 y una cesárea hace dos años por posible desproporción fetopélvica. Ingresa al Hospital el día 13-XII-68, con diagnóstico de primer período de trabajo de parto. Al ingreso los signos vitales eran los siguientes: T.A. 90/60, pulso 120 y soplo sistólico mesocárdico. Este mismo día se interviene quirúrgicamente con la siguiente nota de anestesiología: R.A.Q. 6B (obesa++, febril y síndrome abdominal agudo). La hoja de operaciones señaló que existía material purulento en cavidad peritoneal. Al finalizar la operación cesárea, se cerró la cavidad por planos, nada indica en cuanto a canalización ni exploración.

16-XII-68: 9:15 a.m. T36°C, Pulso 98, T.A. 110/70. Buen estado general, signos vitales normales, conjuntivas pálidas.

Al tercer día post-cesárea, presentó bruscamente calosfrío y taquicardia de 160 por minuto, T.A. 130/80, T 38.8°C, con 24 horas de constipación y dolor en cuadrante inferior derecho. Abdomen globoso, discretamente doloroso.

18:15 hrs: Estado general: Lúcida, diaforética, febril, hidratada, dolor en región lumbar sin irradiación. Abdomen blando, distendido, timpánico; en flanco derecho se palpa un empastamiento sin modificaciones posturales. Loquios sero hemáticos en regular cantidad y fétidos.

Impresión diagnóstica: Ileo paralítico, de-

ciduomietritis, cuerpo extraño o absceso en fosa ilíaca derecha, apendicitis.

Plan: Radiografía simple de abdomen: A.P., oblicua y de pie.

Fórmula blanca diferencial.

Sonda de Levin a permanencia.

Succión continua.

Electrolitos.

Pronóstico: Delicado.

19:50 hrs. Diagnóstico Radiológico: Ileo paralítico y probable absceso en fosa ilíaca derecha, signos de peritonitis.

20:40 hrs. Evacuación intestinal abundante, fétida, se suspende succión gástrica.

22:15 hrs. Se reciben los resultados de los análisis practicados: Hb 7.75, Ht 26, C.M.H.C. 29, Leucocitos 5,200, T.A. 70/45 mmHg., CO<sub>2</sub> 19.2 Cloro 120, Potasio 3.9, Sodio 146.

23:00 hrs.: El médico consultado encuentra discrepancias entre los hallazgos de laboratorio y el estado de la paciente indica que: "clínicamente el aspecto de la paciente no corresponde a la anemia (Hb 7.75 g) y la cifra de leucocitos no corresponde al cuadro clínico infeccioso. El CO<sub>2</sub> indica acidosis, sin poder constatar si hay o no compensación debido a que no se ordenó pH."

Exploración Física: tumoración como de 8 cm. de diámetro, dura, no móvil y regularmente dolorosa. Al tacto, el cervix es

permeable a un dedo, existen loquios hemáticos abundantes, fétidos y se toca la tumorcación descrita.

Diagnóstico:

- 1.—Deciduomietritis postcesárea.
- 2.—Probable absceso a cuerpo extraño en F.I.D.
- 3.—Ileo paralítico por infección.

Plan:

- a) Antibioticoterapia intensa.
- b) Corrección electrolítica.
- c) Succión gástrica.

Pronóstico: Delicado.

17-XII-68. 1:00 hrs.—Succión trabajando, T 37°C, orina espontáneamente; canaliza gases con dificultad, T.A. 95/50 mmHg.

9:45 hrs.: T 37°C, P 120/min., T.A. 100/70. Consciente, pálida, bien hidratada. Taquicardia de 128 por minuto. Abdomen distendido, se dispone transfusión de 1,200 ml. de sangre total. Se retira succión gástrica. Loquios fétidos escasos. Como posibilidad secundaria se descartará hematoma o absceso por dehiscencia de histerorrafia.

15:00 hrs.: Se mantienen los signos vitales; se está transfundiendo sangre total, misma que se suspende por reacción alérgica.

15:20 hrs.: Los exámenes de laboratorio muestran cifras dentro de límites normales.

16:50 hrs.: T 38°C, reacción de intolerancia sanguínea por incompatibilidad, ya que muestra edema palpebral y reacciones cutáneas, hematuria ligera, dolor lumbar, se retiró transfusión. Se aplica 100 mg. de Benadryl.

18:30 hrs.: T 37.1°C. Buen estado general.

17-XII-68. — Nota preanestésica (22 hrs.).—“La paciente se encuentra en las siguientes condiciones: anemia, fiebre, pre-

senta diaforesis y taquicardia. Se considera R.A.Q.=3B

22:05 hrs.—Resultados de los exámenes de control: Hb 9.5, Ht 29, CMHG 33, Leucocitos 9,600, Segmentadas 63, Glucosa 115, CO<sub>2</sub> 24, Cl 98, Potasio 4.4, Sodio 138. Afebril, hidratada y consciente.

### CONTROL DE LIQUIDOS

Ingresos

2050 ml.

Diuresis 800 ml.

Balance positivo de 250 ml.

Egresos

Pérdidas Insensibles:

1,000 ml = 1,800

Se inicia transfusión sanguínea sin complicaciones.

13-XII-1968. 9:30 hrs.: T 36.5°C, P 80/min. R 20/min. T.A. 110/80. Terminan los 1200 ml. de sangre, buena coloración de tegumentos y conjuntivas. La taquicardia ha disminuido a 98 por minuto. Mejor estado general. El balance de líquidos es positiva en 1500 ml.

11:30 hrs. Nota de Anestesiología: Paciente procedente de piso para celiotomía exploradora. Se administra anestesia general con Epontol® I.V. y C<sub>3</sub>H<sub>6</sub> + O<sub>2</sub>; se intuba la tráquea, previos 60 mg. de succinilcolina I.V.; el mantenimiento anestésico se hace con perfusión I.V. de solución al 0.1% de succinilcolina y los gases mencionados. Se solicita venodisección para introducir un catéter, ya que traía del piso 2 agujas hipodérmicas instaladas.

Baja tensional por hemorragia, se solicita sangre total y se principian a transfundir los primeros 600 ml. Ya para terminar el acto quirúrgico y habiendo retirado la solución de succinilcolina y el ciclopropano (14:20 hrs.), se notó un cambio en la facies de la enferma caracterizándose por una palidez acentuada, por lo que se soli-

citó inmediatamente la presencia de otro anesthesiólogo, quien principió a dar masaje cardíaco por maniobras externas, ya que no se escuchaba latido ni T.A. Se aplicó calcio y adrenalina intracardiaco, sin obtener respuesta, el cirujano procedió a la toracotomía y masaje directo durante más o menos 20 a 25 minutos, durante los cuales se permaneció oxigenando a la paciente. Se declaró muerta a las 15:30 hrs.

15:30 hrs. Nota post-operatoria y alta

por defunción: Se hace una descripción del acto quirúrgico, en el cual se menciona que se trataba de una paciente lábil, con un proceso infeccioso; habiendo aproximadamente 50 ml. de material purulento verde y fétido. Ruptura apendicular, pelviperitonitis, piómetra con piosalpinx y paro cardíaco.

Nota: El acto quirúrgico previo al paro cardíaco duró más de 3 horas.

S.G.V.

México, D.F.

## COMENTARIO AL CASO CLINICO N° 52

Con anterioridad, no una, sino en varias ocasiones, se ha inculcado la actuación del gineco-obstetra por su inexplicable tardanza para resolver en forma juiciosa pero enérgica el foco u origen de la pelviperitonitis en obstetricia. Una y otra vez se ha llevado a cabo la presentación de casos semejantes en forma conjunta con los cirujanos buscando la coordinación e intercambio de ideas y conocimientos, para obtener los mejores resultados.

Desgraciadamente, dichas confrontaciones han resultado estériles, ya sea por una deficiente valoración clínico-quirúrgica o a la falta de interés del anesthesiólogo en el conocimiento y aplicación de las normas esenciales surgidas de nuestra cada vez mayor experiencia derivada del manejo de casos semejantes; a pesar de ello, y eso es lo más importante, las pacientes siguen muriendo en el trans o postoperatorio inmediato.

Entonces me pregunto: ¿Cuál es la utilidad y de qué han servido dichas reuniones? ¿No hemos conseguido ponernos de acuerdo sobre cuáles son las maniobras o técnicas de anestesia que por su facilidad y seguridad ofrecen a este tipo de pacientes

un mayor índice de sobrevivencia? Podría seguir inquiriendo una serie de verdaderas necesidades que de una vez por todas es imperativo tener en mente.

La presentación del caso adolece de las siguientes omisiones:

- 1ª) Narración cronológica escueta del evento anestésico, por otro lado; la redundancia de datos obstétricos de escaso valor.
- 2ª) La valoración del riesgo anestésico-quirúrgico no corresponde a lo anotado. Transcribo lo consignado en la nota postoperatoria "se trata de una paciente hábil, con un proceso infeccioso". Ello, asociado a la anemia crónica, desequilibrio electrolítico y obesidad elevan el riesgo anestésico quirúrgico.
- 3ª) No se debe iniciar la anestesia si no se han canalizado por lo menos dos venas de grueso calibre. La venodisección se realizó con la paciente anestesiada.
- 4ª) No se describe la concentración del

anestésico empleado, la cantidad total del relajante y el tipo de ventilación utilizada.

- 5ª) No se relatan los cambios de tensión arterial, pulso y respiración. La utilidad de la actividad eléctrica del corazón y de la presión venosa central, han demostrado ser de utilidad en estos casos. Tengo entendido que no se utilizaron.
- 6ª) Se ignora el cálculo de la pérdida sanguínea y el total de líquidos transfundidos.
- 7ª) No dudo de la existencia de otros fenómenos que seguramente el anestesiólogo observó en el período de anestesia de 4 horas. La omisión de tan valiosos datos, invalida cualquier planteamiento diagnóstico.

Para terminar, no quisiera dejar de reconocer la importancia y responsabilidad

que implica tanto la presentación adecuada de un caso clínico como el comentario justo y documentado, con el propósito no sólo de señalar los errores sino de corregirlos y dejar una verdadera enseñanza.

M.M.C.

México, D. F.

#### SECUENCIA LOGICA QUE DEBE SEGUIRSE EN UN ESTADO DE CHOQUE SEPTICO:

- 1.—Examen clínico del enfermo.
- 2.—Vía aérea permeable.
- 3.—P.V.C.
- 4.—Administración de líquido según P.V.C.
- 5.—"Monitoreo".
- 6.—Administración de drogas.
- 7.—Cultivo de sangre.
- 8.—Administración de antibióticos.

*Dr. R. Lilliohi.*

