

Sección de casos clínicos

Caso clínico No. 54

A. de S. J.—Edad 33 años. Fecha de ingreso a Admisión el 24 de febrero de 1969 a las 1.55 hs.

Se trata de una paciente de sexo femenino de 33 años, múltipara, con obesidad exógena una a dos cruces; con antecedentes de madre diabética; en admisión se elabora el siguiente diagnóstico: Múltipara en T. de P. con dilatación completa y embarazo complicado con polihidramnios, descartar embarazo gemelar. Producto con frecuencia cardíaca audible en C.I.I. y C.S.D. a 140x'; Presentación cefálica, en primer plano, membranas íntegras, borramiento cervical 100% T.A. 160/130. Temp. 36. Resp. 20x'.

Antecedentes personales patológicos sin importancia.

Antecedentes Ginecoobstétricos: Menarca a los 14 años, con ritmo menstrual de 30 x 6; V.S.A.—A los 17 años, con embarazo inmediato. Gesta VIII, Para VII, Abortos 0; Partos a términos, el segundo embarazo fue gemelar; peso de los productos entre 2,00 y 3,500 grs. F.U.R. 23/V/69; amenorrea por embarazo, que ha cursado con edemas de miembros inferiores desde su inicio.

Paciente que inicia contractilidad uterina a las 21 hs. del 23/V/69, la cual se ha-

bía regularizado a las 0 hs. presentando 3 x 10'

Exploración física.—Paciente con obesidad exógena una a dos cruces, afebril, bien hidratada. Aparato cardiopulmonar normal. Abdomen con discreto edema de pared, globoso a expensas de útero gestante, altura del fondo uterino mayor al de embarazo normal por amenorrea, se ausculta foco fetal en C.I.I. normal.

Al tacto: cuello con dilatación de 8 cms., borramiento de 90 a 100%, presentación abocada en O.I.A.

Miembros inferiores. — Con edema una cruz, insuficiencia venosa periférica de II grado en miembro inferior derecho.

A las 3 horas en las condiciones anteriormente señaladas se practica amniorraxis y se obtiene líquido amniótico de aspecto meconial sospechándose embarazo gemelar se instala de inmediato sedación.

A las 4 horas, contractilidad uterina de 3 x 10' tono normal, F.F. 144x', cérvix con 100% de borramiento, 7 a 8 cms. de dilatación, presentación cefálica O.I.A. deflexionada en tres cruces, en primer plano, tocándose cabeza grande; se ordena cruzar sangre.

A las 5 y 5.40 hs. continuaba en iguales condiciones.

A las 6.10 hs. se encuentra con buena contractilidad uterina, F.F. a 140x', dilatación completa O.I.A. en primer plano.

A las 6.45 hs., contractilidad uterina de 4 x 10' x 40 seg. tono uterino normal, F.F. a 132x'; dilatación completa O.I.A. caput dos cruces, bien flexionada, en primer plano, considerando que se trataba de una desproporción cefalo-pélvica real, se indicó de inmediato bloqueo peridural, vigilancia estrecha, para considerar según la evolución la posibilidad de una operación cesárea.

A las 7.30 hs. se aplica bloqueo epidural en L-2, L-3 (lidocaína 100 mgs.). Se encontró una nota de Anestesiología que decía textualmente: "Paciente de labor para bloqueo de conducción por T. de P. prolongado, riesgo quirúrgico 5A (obesa). Diez minutos después presentó disnea, hipotensión y la F.C.F. disminuyó a 60x'. Intento de intubación por nariz fue seguido de vómitos, por lo que se aplicaron 60 mgs. de succinilcolina, se intubó por boca y se pasó a expulsión para ventilación y oxigenación correcta. Se aplicó una ampolla de metoxamina en dosis fraccionada y posteriormente dos ampollitas de hidrocortisona i.v.

La T.A. aumentó a 100/70, para luego descender a 70/50, continua con disnea, taquipnea (60x'), F.C. 160x', se apreciaron petequias en cara y cuello, se pasaron 2,000 cc. de solución Hartmann.

A las 9.30 hs. Bajo anestesia general se practicó histerectomía total abdominal por ruptura uterina, producto en cavidad uterina obitado, placenta y membranas en cavidad abdominal. En el transoperatorio se presentó paro cardíaco, habiendo salido del cuadro con masaje externo, adrenalina y gluconato de calcio. Accidentalmente el uréter izquierdo quedó estrechado por una sutura y al liberarlo se abrió su luz en una extensión de dos milímetros, por el que se

pasó un catéter de bloqueo, hasta la pelvícula por arriba y vejiga por abajo, suturándolo con tres puntos separados. Durante el transoperatorio se pasaron 1,800 cc. de sangre y 2,500 cc. de solución de Hartmann. Paciente pasa a Recuperación.

ANESTESIOLOGIA. --- Recuperación. 16 hs. T.A. 120/60, P 100x', R 25x' presenta agitación motora coordinada, sin adecuada ventilación. Se aplica relajante muscular, ventilador de Bennet, solución de dextrosa al 10% 500 cc. con complejo B y 20 unidades de insulina. Diuresis 300 cc. paciente con buena recuperación post-paro cardíaco.

Nota de Cardiología.—(Sin hora). Condiciones cardio-vasculares que han evolucionado satisfactoriamente. Manifestaciones de edema cerebral en aparente regresión clínica. Actualmente relajada con succinilcolina, respiración con presión positiva. T.A. 100/80, F.C. 130x'. Ha eliminado orina, se sugiere; sulfato de magnesio i.v., electrolitos y CO₂ de urgencia cuyos reportes no se encuentran en el expediente.

ANESTESIOLOGIA. Recuperación. 17 hs. T.A. 120/50, P. 80x', R 25x'; disminución y casi ausencia de ruidos respiratorios en todo pulmón izquierdo, con retracción del hemotórax del mismo lado. Desviación del área cardíaca hacia la izquierda. En estas condiciones no se puede extubar ni suprimir el ventilador de Bennet. Interconsulta con el Serv. de Neumología de la Raza.

ANESTESIOLOGIA. — Recuperación. 21.30 hs. T.A. 130/60, P 120x', R 18x'. No se ha hecho interconsulta con neumología. Se han practicado dos lavados bronquiales con suero fisiológico e hidrocortisona. No se suspende relajante muscular, pues no se ventila bien. Se instala nueva venoclisis

con 500 mgs. de relajante, con lo cual lleva 1,500 mgs. en todo el día.

A las 23 hs. T.A. 120/80, P 120x', R20x', Temp. 36.5. Ruidos cardíacos normales, pulmón derecho normal, pulmón izquierdo con murmullo respiratorio en base (casi silencio respiratorio). Vientre blando y depresible, apósito limpio, no hay sangrado genital, continua vigilancia.

25/II/69. 0 hs. T.A. 115/75, P 110x', R 18x'. Se practican otros dos lavados bronquiales; siguiendo obstruido el bronquio principal izquierdo.

1 hs. Mismas condiciones en pulmón izquierdo con posible atelectasia, agitación ocasional por presencia de tubo endotraqueal.

2 hs. Paciente tranquila, ventilación satisfactoria.

7.10 hs. A las 6.50 hs. principió a deteriorarse la paciente, presentando a las 7.00 hs. paro cardio-respiratorio. Se le aplica masaje cardíaco externo, sin respuesta satisfactoria, declarándola clínicamente muerta a las 7.10 hs.

I. H. B.
L. P. T.
México, D. F.

COMENTARIO AL CASO CLINICO N° 54

El caso que hoy se comenta, trata de una paciente de 33 años de edad, que ingresa al Hospital en trabajo de parto, con probable polihidramnios, producto macrosómico; a descartar embarazo gemelar, con producto en primer plano, membranas íntegras y borramiento cervical 100%. A la exploración física se apreciaron edema de pared abdominal así como de miembros inferiores, obesidad (††); T.A. de 160/130 mmHg., T 36°C y respiraciones 20/minuto, no notaron frecuencia cardíaca; afebril, bien hidratada, con aparato cardiopulmonar. Antecedente de madre diabética.

Dos horas después de su ingreso se practica amniorrhexis y se obtiene líquido amniótico con meconio; se sospecha embarazo gemelar y se instala sedación.

Seis horas después se diagnosticó desproporción fetopélvica real, motivo por el cual se solicitó bloqueo peridural, considerando la posibilidad de operación cesárea.

A las 7.30 hs. de ese día se le aplicó bloqueo peridural con 100 mgs. de lidocaína al 1%, presentando 10 minutos después,

disnea e hipotensión, lo que hizo que se pensara en oxigenarla; se hizo un intento de intubación por nariz (lo que ocasionó que la paciente vomitara) y finalmente se intubó por vía oral, previa administración de 60 mgs. de succinilcolina i.v. La paciente fue pasada a expulsión con el objeto de contar con un aparato de anestesia y poder ventilar y oxigenarla correctamente. En el tratamiento se usaron vasopresores en dosis fraccionadas y dos ampollas de hidrocortisona i.v.. La tensión arterial aumentó a 100/70 y luego descendió a 70/50 mmHg., presentó taquipnea (60/minuto) y 160 latidos de frecuencia cardíaca; en este momento se observaron petequias en cara y cuello. Se administraron 2,000 ml. de Solución de Hartmann.

A las 9.00 hs., bajo anestesia general, se practicó histerectomía total abdominal por ruptura uterina. En el transoperatorio se presentó paro cardíaco, del que se recuperó mediante compresión torácica externa y la administración de adrenalina y gluconato de calcio. En el transoperatorio se le ad-

ministraron 1,800 ml. de sangre total y 2,500 ml. de Solución de Hartmann. La paciente fue a Recuperación.

A las 16.00 hs. el Servicio de Anestesiología reporta: T.A. 120/60, P 100/min., R 25/min., describe "agitación motora coordinada", ventilación inadecuada y ordena la administración de relajante muscular, el uso del ventilador Bennet, 500 ml. de glucosa al 10% con complejo B y 20 unidades de insulina; diuresis de 300 ml. y reporta también buena recuperación post paro cardíaco.

El Departamento de Cardiología señala una evolución cardiovascular satisfactoria. Manifestaciones de edema cerebral en aparente regresión clínica. Ordena sulfato de magnesio y análisis de laboratorio de urgencia.

A las 17.00 hs. el Servicio de Anestesiología anota lo siguiente: ausencia casi total de ruidos respiratorios en hemitórax izquierdo, retracción del hemitórax del mismo lado con desviación del área cardíaca hacia la izquierda y pide inter-consulta con el Departamento de Neumología.

A las 21.00 hs. el Servicio de Anestesiología reporta que se han practicado dos lavados bronquiales con suero fisiológico e hidrocortisona (por no ventilarse bien la paciente); se instalan 500 mgs. de relajante muscular en solución, lo que hace un total de 1,500 mgs. de succinilcolina administrados.

A las 23.00 hs. la paciente se encontraba sensiblemente en las mismas condiciones. A las 0.00 hs. del día siguiente se practican otros dos lavados bronquiales. A las 2.00 hs. la paciente se encontraba tranquila, con "ventilación satisfactoria" y a las 7.00 hs., una nota indica que la paciente empezó a deteriorarse, presentando paro cardíaco, el cual no cedió al tratamiento,

se declaró clínicamente muerta a las 7.10 hs.

Aunque en ocasiones anteriores se había dicho que en la discusión de un caso no se deberían repetir los datos de la historia, me he permitido recalcar algunos de ellos (los más sobresalientes), con el objeto de tratar de fundamentar los posibles eventos que se presentaron y que ocasionaron la muerte de la enferma.

En la presente historia, resaltan tres hechos en el manejo de la paciente: 1o. La hipotensión que sufrió consecutiva al bloqueo de conducción. 2o. La ruptura uterina y 3o. el paro cardíaco transoperatorio.

Aunque es posible que la hipotensión fuera una complicación del bloqueo de conducción, parece ser que la hipotensión se debió a la ruptura uterina, concomitante al bloqueo peridural y enmascarada por éste. Es natural que un anestesiólogo que acaba de instalar un bloqueo peridural y se presenta una hipotensión arterial consecutiva al mismo, piense primero que ésta se deba a una complicación inherente al procedimiento, lo trate como tal y no sospeche una ruptura uterina concomitante. En este caso, la paciente se recupera momentáneamente con la administración de líquidos (2,000 ml. de Solución de Hartmann), pero debido a hemorragia interna severa, la paciente llega al quirófano sin pulso palpable ni tensión arterial audible.

En la nota del Departamento de Anestesiología, que se refiere al bloqueo de conducción dice que se presentó vómito al tratar de intubar por "nariz", no dice que haya habido aspiración de contenido gástrico. Como ustedes saben, este caso se presentó en sesión general en nuestro Hospital, en ella se dijo que el deceso de la paciente se debió fundamentalmente a insuficiencia respiratoria consecutiva a una neumonía por aspiración, lo cual es un ac-

cidente anestésico, con una incidencia y una mortalidad conocida de todos ustedes. Es lógico pensar que haya habido una aspiración de contenido gástrico debido a que el cuadro hipotensivo y el vómito se presentaban en una paciente sedada previamente. Sin embargo, la sedación se administró a las 3.00 hs., y el vómito que describe la historia fue a las 7.30 hs., es decir, 4.50 hs. después. En este tiempo el efecto máximo de la sedación, en las dosis usuales, ha desaparecido. Una paciente en estas condiciones aunque presenta somnolencia, es capaz de hablar y contestar preguntas con coherencia y sus reflejos están activos. Esto nos haría pensar que aunque la paciente haya vomitado, no hubiera habido broneo-aspiración. Por otro lado, en caso de haberse presentado broneo-aspiración, es difícil que ésta haya sido selectiva y que produjera sintomatología exclusivamente unilateral. Lo lógico sería que la sintomatología fuera bilateral, o que predominara en el pulmón derecho, debido a la disposición anatómica de los bronquios principales. Me aventuro a pensar en la posibilidad de que en el traslado de la paciente a la sala de Recuperación, o que durante las primeras horas de estancia de la paciente en la sala, se haya introducido de una manera involuntaria la sonda endotraqueal un poco más, excluyendo al pulmón izquierdo (motivo de la ausencia de ruidos respiratorios en este lado y posteriormente probable atelectasia) y que las alteraciones que se encontraron en la autopsia y que aparentemente explicaron la muerte de la paciente hayan sido ocasionadas por los lavados bronquiales drenados insuficientemente.

Respecto al paro cardíaco transoperatorio, éste se presentó por anemia aguda e hipovolemia, debido al sangrado masivo de la ruptura uterina, más el sangrado inhe-

rente al tipo de cirugía que se estaba realizando. Según los datos de la historia, la paciente se recuperó desde el punto de vista cardiovascular del paro cardíaco, el cual no se sabe cuánto tiempo duró, lo único que se conoce, según el registro de anestesia, es que durante el accidente, no hubo tensión arterial ni pulso en un lapso de 20 a 23 minutos. Tratando de conocer más a fondo este caso, he platicado con los médicos anestesiólogos que intervinieron en él y me fue informado que la paciente recuperó la conciencia (no se sabe si parcialmente o en su totalidad) y que fue trasladada a la subsección de Recuperación consciente. Sin embargo, de la historia se infiere que se pasó en un estado físico precario, ya que se fue intubada o que la conciencia no se había recuperado del todo, ya que era capaz de tolerar el tubo endotraqueal. La nota de anestesia no relata la evolución de la paciente en el transoperatorio posterior al paro cardíaco, ni tampoco en las condiciones en que ésta abandonó la sala de operaciones.

La paciente presentó daño cerebral. La primera nota de anestesia (16.00 hs.) después del acto quirúrgico, nos habla de que la enferma presentó una "agitación motora coordinada" y en seguida una nota de cardiología dice: "manifestaciones de edema cerebral en aparente regresión clínica" sin detallar los signos y síntomas que presentaba la enferma. En el resto de la historia no se vuelve a encontrar una sola nota que hable de la evolución clínica del sistema nervioso central.

Desgraciadamente, la paciente no contó con estudios de laboratorio y gabinete, indispensables en una enferma tan grave, en donde es necesario el control de líquidos y electrolitos, balance ácido-básico, radiografías de tórax, electroencefalograma, etc.; ni siquiera se contó con la medición de la

presión venosa central, método bastante fácil de realizar, máxime tratándose de una paciente que había presentado alteraciones de la volemia tan importantes, que evolucionaron a paro cardíaco.

Aunque la historia no lo relata, se sabe que la paciente falleció a consecuencia de una insuficiencia respiratoria ocasionada por la atelectasia del pulmón izquierdo. Sin embargo, erco que un factor importante

fue el daño cerebral que sufrió durante el paro cardíaco.

Para terminar, quiero mencionar que es lamentable que las notas de anestesia sean incompletas, que no describan de una manera adecuada, los eventos que se suceden durante el manejo anestésico de una paciente, lo cual da lugar a interpretaciones erróneas y a conjeturas.

E. C. O. México, D. F.

