

Trabajo del Hospital Británico

## TRATAMIENTO DE LOS GRANDES TRAUMATISMOS MÚLTIPLES (\*)

Dr. Rafael García Capurro

Los accidentes ocurridos al personal ferroviario se distinguen por características muy particulares. Las enormes masas de hierro y grandes pesos que deben de ser manejados causan la atrición de los tejidos traumatizados. Las zonas lesionadas son a veces muy extensas y frecuentemente múltiples. En ningún otro trabajo de la vida civil es necesario tratar accidentes tan graves y con tan extensas zonas de tejidos destruidos. En otros accidentes del tránsito los tejidos han sido golpeados, en los de ferrocarril son triturados.

Veamos cómo han sido manejados por lo corriente estos enfermos. Llegaban al Hospital en estado de shok generalmente muy profundo. Se les llevaba a la cama en la Sala donde pasaban varias horas con transfusiones, estimulantes, calor y calmantes esperando la mejoría de su estado de shok antes de proceder a la intervención. Este tratamiento aunque correcto no se realizaba con toda la energía necesaria para poder salvar los casos muy graves. Cuando el enfermo mejoraba y era llevado al cuarto de operaciones, un solo equipo quirúrgico, no podía por razones de tiempo y falta de competencia en tan variadas técnicas, realizar un trabajo de reparación completo y era forzoso que algunas de éstas se hicieran a medias y otras se dejaran para más adelante.

Poco tiempo después de recibir un traumatismo aunque el estado general del enfermo sea grave, sus órganos y tejidos tienen aún una gran reserva de vitalidad, pero pasadas 6 horas comienza a sufrir el paciente las influencias perjudiciales de la infección, del prolongado estado de anemia, las reabsorciones de los tejidos

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 1º de octubre de 1958.

mortificados y el traumatizado pronto se transforma en un enfermo.

Llegado a ese estado las reparaciones se hacen difíciles o imposibles y llevará meses o años la realización de las técnicas necesarias para la recuperación del paciente.

Voy a exponer brevemente los principios que observamos hoy en el manejo de estos casos para luego resumir algunos ejemplos.

A) El gran traumatizado que llega al Hospital, con una gran, o variadas lesiones, es llevado directamente a la sala de operaciones único lugar donde se dispone del espacio, las comodidades técnicas y de la cantidad de personal necesario para que el tratamiento sea realizado con toda la energía del caso.

Los elementos que componen el tratamiento son los mismos que ya hemos anotado lo que hemos cambiado es la intensidad con que se realiza.

B) Desde el primer momento comenzarán su trabajo el transfusionista, el anestesista y el cirujano general mientras se convocan los equipos quirúrgicos de las diversas especialidades que han de ser necesarios (neuro-cirujano, cirujano de tórax, cirugía plástica, traumatólogo, oculista, etc., etc.).

El transfusionista y el anestesista constituyen *el equipo de sostén del enfermo*, el primero, dando las cantidades de sangre necesarias, el segundo, calmando o anestesiando, para disminuir los reflejos. El cirujano general tomará las medidas de extrema urgencia, principalmente la hemostasia.

C) Instalada la terapéutica de soporte, corrientemente varias transfusiones con cánulas intravenosas, sólo se necesitan de 15 a 20 minutos para saberse podrán comenzarse las intervenciones necesarias, y no varias horas como sucede cuando el enfermo queda en la Sala.

D) Formados los equipos quirúrgicos, cada uno de ellos compuesto por cirujano, ayudantes e instrumentista, comenzarán su tarea en cuanto lo crean posible y trabajarán simultáneamente.

E) El equipo de sostén es quien gobierna el ritmo quirúrgico, nunca debe permitir que la presión caiga ni un punto y debe ordenar la suspensión de toda agresión cuando lo crea necesario. Los cirujanos suspenden su trabajo pero quedan en torno del enfermo para reanudar sus tareas en cuanto sea posible.

F) Los principios de limpieza de las heridas, resección de

tejidos muertos o dudosos y reparación al máximo de las lesiones deben ser cumplidas en forma severa y minuciosa. Colgajos, injertos a veces de la misma piel desprendida, todo debe ser realizado. El herido tolera muchas horas de trabajo y enormes reparaciones si no se permite que en ningún momento pierda su equilibrio. Si es posible nada debe dejarse para hacer más adelante. Nunca nos hemos arrepentido de realizar demasiado y frecuentemente de haber dejado de hacer algo o de no haberle dedicado un poco más de tiempo y cuidado a alguna parte de la reparación. Los tejidos que quedan deben ser completamente sanos. El ideal es que todas las heridas queden en tal condición que puedan cicatrizar por primera.

G) *El enfermo no sale de la mesa de operaciones hasta que su equilibrio sea perfectamente estable, esto es de la mayor importancia.*

La realización de todo lo antedicho puede llevar muchas horas de trabajo y muchos litros de sangre en uno de nuestros casos más de 7 horas y más de 5 litros.

La reparación completa desde el primer momento evita una interminable cadena de males. Para el enfermo infinidad de padecimientos y para el cirujano muchos esfuerzos y preocupaciones. Nuestra experiencia nos ha demostrado que bien sostenido y por supuesto esto es la base de estas posibilidades, el paciente tolera enormes reparaciones. Debe trabajarse con precisión pero sin apuro, lo importante es que la reparación sea realizada en la forma más completa posible. Una vez todo reparado, el enfermo mantiene sólo su equilibrio y se recupera con rapidez increíble, de allí para adelante no es un enfermo, es simplemente un herido con cicatrices en vías de reparación.

Los casos que se exponen a continuación serán relatados en forma muy resumida, por razones de tiempo y porque no interesan los detalles sino las líneas generales que se siguieron en el tratamiento de los mismos.

Caso 1. — I. T., 23 años. Ingresa al Hospital Británico el 28 de Julio de 1950 a las 5 horas. Hace media hora ha sido tomado entre los topes de dos vagones de ferrocarril que le han causado una atrición del hombro, región escapular, tercio superior del brazo, fractura de varias costillas, toda esta zona es una herida abierta y una masa de tejidos desgarrados. Profundo estado de schok, se lleva al cuarto de operaciones

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

donde inmediatamente el Dr. Estol transfusionista comienza a pasar sangre por dos transfusiones simultáneas. Al subir la presión sangra profusamente la arteria subclavia. Sección de la clavícula, sin anestesia y se pone una pinza sobre la arteria subclavia. Se espera nuevamente hasta que la presión se acerca a lo normal.

**Operación.** — Dr. García Capúrro, D. Artagaveytia. Anestesia Dr. Trilla. Se trabaja con frecuentes interrupciones, Se extirpan los tejidos atricionados, es necesario realizar una desarticulación interescapulo torácica. Un gran colgajo de piel de la espalda nos permite el cierre total de la herida. Hay varias costillas fracturadas y un neumo tórax que se hace sofocante. Se corrige éste con hiperpresión y se mantiene la corrección con una aspiración continua intra pleural.

El procedimiento llevó en total 7 horas de trabajo, 5 litros de sangre a más de otros fluidos intravenosos. Cuando el enfermo es llevado a la cama su equilibrio parece estable.

Tres días más tarde sacada su aspiración continua, este accidentado está levantado y en buenas condiciones. No fue necesario ninguna otra acción quirúrgica.

La rapidez con que se ha realizado su recuperación no ha dado tiempo a que se alterara su psiquismo.

**Caso 2.** — R. R., 16 años, Noruego. Ingresó al Hospital Británico el 12 de Noviembre de 1957. Presenta gran herida en la región Parieto-occipital izquierda. El cráneo está abierto y se le ve el cerebro lesionado.

Hay herida en el hemitórax izquierdo con fractura expuesta de costilla, penetrante en el espacio intercostal.

Dolor abdominal y defensa generalizada. Anemia aguda, estado de shock.

También hay heridas de partes blandas, en el brazo derecho, mano derecha con secciones tendinosas dorsales, fractura de la primera falange del pulgar derecho, herida palmar con sección del flexor del meñique.

A pesar de todas estas lesiones conserva su estado mental lúcido.

Es llevado directamente al cuarto de operaciones donde comienzan su trabajo el Dr. Estol transfusionista, el Dr. Trilla anestesista. Mejorada la presión comienzan su labor simultáneamente tres equipos.

**Cráneo.** Dr. García Guelfi, Dra. Sande e instrumentista. Resección de los bordes de la herida cutánea, muscular y ósea. Se elimina la sustancia cerebral traumatizada. Se cierra la dura madre y el scalp de cuero cabelludo.

**Abdomen.** Dr. García Capurro, Pcte. Alves, instrumentista. Incisión mediana supra umbilical. Vientre lleno de sangre. Bazo roto. Después de ligar los vasos esplénicos sobre el bordé superior del páncreas se procede a la esplenectomía.

**Tórax.** Dr. García Capurro, Pcte. Alves. Se resecan los bordes de la herida, se cierra el espacio intercostal y la piel. No había neumotórax.

**Miembros.** Dr. Miquelini. Pcte. Calleriza. Se reparan las heridas del brazo y mano después de cuidadosa resección de los bordes y limpieza.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

Se corrigen las fracturas, enyesando la mano. Sólo se dejó sin reparar la sección del flexor del meñique.

El trabajo llevó cuatro horas y media pero una vez llevado a la cama no fue necesario ningún otro procedimiento quirúrgico. Veinte días más tarde, viajaba para Noruega en excelente estado general con todas sus heridas cicatrizadas.

**Caso 3.** — A. C., 40 años, Marzo de 1957. Es traído del Sanatorio del Banco de Seguros. No se conocen las circunstancias del accidente, profundo estado de shock, inconsciente. Pasa al cuarto de operaciones donde se comienza la recuperación, Dr. Estol transfusionista, Dr. Castiglione, anestesista.

Presenta hundimiento de cráneo. Fracturas complejas de ambas piernas en el tercio inferior interesando articulaciones tibio tarsianas. Enorme pérdida de piel y tejido celular en la cara posterior de la pierna y muslo izquierdos, con gran decolamiento cutáneo. Se toman radiografías de cráneo y pierna en la mesa de operación. Se comienza a trabajar simultáneamente con tres equipos.

**Cráneo.** Dr. García Guelfi. Dra. Sande. Instrumentista. Se levanta un gran hundimiento que interesa toda la región parieto occipital izquierda.

**Traumatología.** Dr. García Capurro. Extensiones transcalcaneanas y maniobras de reducción bajo control radiológico. Contención con telas de yeso y vendas elásticas manteniendo las extensiones sobre dos atelas de Supinger Putti.

**Cirugía plástica.** Dr. Miquelini. Pcte. Calleriza. Limpieza minuciosa de la parte posterior de la pierna y muslo izquierdos. Resección de los bordes. La piel desprendida que se extirpa y se transforma cuidadosamente en un injerto dermo epidérmico. Este no alcanza para cubrir totalmente la zona descubierta. Se completa con un injerto tomado con el dermato eléctrico del muslo del mismo lado. La estadía en el cuarto de operaciones es de cuatro horas y media. La evolución posterior sin incidentes dignos de mención.

Afortunadamente no son muchos los enfermos de este tipo que hemos tenido que tratar.

La organización de los diversos especialistas con quienes trabajamos, su competencia y su buena voluntad, nos han permitido concebir y realizar la cura de estos enfermos. Los resultados obtenidos nos han convencido de que es así que podemos brindar al enfermo las mejores y más rápidas condiciones de recuperación.

**Dr. Stajano.** — Yo he oído con particular atención el trabajo del Dr. García Capurro, que trae a la Sociedad de Cirugía el motivo de su preocupación para ensanchar los límites útiles de la cirugía, tan azarosa

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

como es la de los traumatizados con lesiones complejas, combinando equipos especializados que acometen la reparación si es posible en un solo acto quirúrgico, por prolongado que sea. Evidentemente, que la preocupación del cirujano, en el momento actual es poder realizar con el máximo de posibilidades y garantías, dentro de lo posible, esa cirugía urgente, del gran traumatizado que aspira a ser una cirugía atraumática, si no total por lo menos sub total.

Pero, ¿por qué se puede realizar hoy esta cirugía? ¿Por qué los enfermos después de seis, siete horas de operación, salen en perfectas condiciones y los post operatorios son, no digo como apendicectomías, pero similares? Es peor una apendicectomía mal hecha que una operación de diez horas hecha con buen conocimiento del operado y de la agresión.

Y eso, ¿se debe al perfeccionamiento técnico manual del cirujano? No; claro que la perfección técnica es un desiderátum de la cirugía y del cirujano, pero todas las preciosas y maravillosas resultancias de los actos operatorios más grandes, no dependen de la exclusiva técnica quirúrgica. Es del mayor conocimiento de la fisiología, del mayor conocimiento de todos los factores agresivos que inciden en el resultado de la operación. La agresión quirúrgica es un gran tema que debe ser estudiado en una forma analítica y perfecta para poder dar cuenta, de las consecuencias de las distintas agresiones, para comprender las maravillas de la cirugía atraumática, anociva total, como consecuencia del mayor conocimiento de la tecnología del operado. La técnica pura tuvo su auge en los principios de este siglo hasta el año 1930, en que se morían muchos enfermos o hacían post operatorios terribles. Ese es el progreso de la cirugía actual, gracias al conocimiento físico-patológico, de infinidad de reflejos nocivos que se combaten. La patología del shock no depende de un proceso de hipotensión, o de tal o cual hecho aislado, sino que es un trastorno de los centros nerviosos, cuyas manifestaciones múltiples dependen de acciones vegetativas que se neutralizan en parte con la gran oxigenación, que se conjuran también en parte con la gran transfusión, dando oxígeno y sangre a los centros nerviosos que están pasando por el cat clismo funcional desencadenado por la agresión quirúrgica o la agresión traumática.

Al Dr. García Capurro diré que me alegra que haya traído este tema. Creo que el objetivo de los cirujanos del momento, es la fisiología de los operados, el conocimiento del estado anímico del hombre que está en la mesa de operaciones esperando que lo operen, soportando todo ese preparativo del acto operatorio como factor de agresión; es la agresión psíquica, anímica, que se conjura con la pérdida de sangre, con la falta de oxígeno produciendo esos fenómenos vegetativos que configuran la emoción, cuya sede nervioso central, alta, cortical, contribuye a agravar la resultante agresión de los traumatizados y de los que están en inminencia de soportar el acto quirúrgico, que es como una compleja agresión que converge hacia la torre de comando de los centros vegetativos.