

# TRATAMIENTO DE LOS ACCIDENTES VASCULARES CEREBRALES ESPONTANEOS

## Discusión

Dr. ROMAN ARANA.—Creo que debe ser motivo de especial satisfacción para un Congreso de Cirugía, haber escuchado los diferentes aportes que se han hecho al tratamiento de los accidentes vasculares cerebrales espontáneos.

Evidentemente hace cinco años no se podría haber dicho absolutamente nada de todo lo que acaba de escucharse. Ni las afecciones vasculares médicas se trataban quirúrgicamente. No me refiero ya al tratamiento de los aneurismas y al tratamiento de la trombosis de la carótida.

De manera que el primer comentario debe ser señalar el avance importantísimo que se ha registrado en la cirugía nacional en este campo.

Respecto a los procedimientos de diagnóstico, tanto desde el punto de vista clínico como radiológico, han sido precisados en forma brillante. Y aunque lo que se refiere a la clínica no implica una novedad —como ocurre con lo relativo a la cirugía— también es digno del más franco elogio.

Creo que en estos Congresos debemos tener la preocupación, sobre todo, de facilitar a los colegas del interior las ventajas para el tratamiento de sus enfermos que vamos aprendiendo en las Clínicas y en la Facultad, donde tenemos todo mucho más facilitado, y en este sentido cabe insistir en que el tratamiento de los hematomas espontáneos puede estar al alcance del médico que hace cirugía en el interior y que ha visto tratar estos casos, ya que el procedimiento quirúrgico en sí es simple en muchos casos. Si bien el diagnóstico y tratamiento correcto exige todos los métodos que hemos visto enumerar esta noche, es indudable que una hemorragia capsular o paracapsular puede ser operada sin estudio radiológico —que me excuse el Dr. Azambuja— y puede hacerse mucho bien al enfermo.

De manera que, desde este punto de vista, el tratamiento quirúrgico podría prestar utilidad aun en aquellos medios en que no se pueden tener los diferentes aparatos e instalaciones de la especialidad.

Era lo que quería decir.

### CIERRE DE LA DISCUSION

Dr. ATILJO G. RÓCIA GUELFÍ (Coordinador).—Se ha tratado de poner al día un tema de enorme importancia y se ha hecho en la forma más sucinta y más clara que pedir se pueda.

En la parte clínica se puso de manifiesto la importancia del diagnóstico precoz de estas lesiones y la importancia de alguna sintomatología, como las manifestaciones herniarias, que implican ya un sufrimiento importante de las estructuras centroencefálicas, y que indican cuándo es oportuna la intervención quirúrgica, fin primordial de esta reunión, ya que el tema es el tratamiento quirúrgico de estas afecciones.

La parte radiológica nos enseña y nos localiza la lesión y la importancia y magnitud de las hernias, hecho capital para apresurar el tratamiento quirúrgico en las mejores condiciones posibles.

El Dr. San Julián, en forma sucinta, puso de manifiesto cuáles son las directivas quirúrgicas, en qué condiciones es deben hacer y en qué momento oportuno.

Y desde el punto de vista de los aneurismas se puso de manifiesto la utilización de la hipotermia, hecho de una extrema importancia, y que abre enormes posibilidades quirúrgicas en lesiones de la importancia y gravedad de los aneurismas, que ya de por sí implican enorme riesgo quirúrgico, y que la hipotermia, al mejorar las condiciones del edema, al mejorar las condiciones circulatorias facilitando la detención, aun cuando sea momentánea, de la circulación cerebral, permite poner los vasos en condiciones tales de ser clipados fácilmente, sobre todo cuando en el acto quirúrgico los aneurismas se rompen.

Por último, el gran capítulo de las trombosis de carótida, con la experiencia del Dr. Abó, que con sus cuatro casos es una de las más importantes, ya que según las publicaciones, en este momento el máximo de experiencia personal es de seis casos, abre un nuevo capítulo importante para el tratamiento de estas lesiones.

Muchas gracias.

9º CONGRESO URUGUAYO DE CIRUGIA

---

MESA REDONDA

SECCIONAL DE ANESTESIOLOGIA

Viernes 12 de diciembre

*Ocupan la Mesa los doctores Victor Armand Ugón, Isidro Porta,  
Barsabás Ríos y Aníbal Sanjinés*

TEMA

MUERTE EN SALA DE OPERACIONES

COORDINADOR:

Dr. ISIDRO PORTA

PONENTES:

“Riesgo quirúrgico-anestésico”: *Dr. Dardo E. Vega.*

“Muerte en sala de operaciones e hipoxia”: *Dr. Antonio Cañellas.*

“Accidentes transfusionales”: *Br. Gualberto C. Olira.*

“Paro cardiocirculatorio en el quirófano”: *Dr. Isidro Porta.*

DISCUSION

# RIESGO QUIRURGICO-ANESTESICO

Dr. DARDO E. VEGA

## I) CONSIDERACIONES GENERALES

La práctica anestesiológica acostumbra a pensar que frente a toda operación quirúrgica la valoración del riesgo que correrá el paciente es una cuestión fundamental. Desde años atrás las clasificaciones americanas han prestado su utilidad, pero tienen el defecto de ofrecer esquemas demasiado estrictos que muchas veces no están de acuerdo con la clínica. En el reducido espacio de tiempo de que disponemos, trataremos de señalar de la manera más amplia posible, los elementos constitutivos del problema. Hemos tomado como punto de referencia de la exposición nuestra experiencia personal de más de doce años de ejercicio de la anestesiología en todos los ambientes de nuestro medio quirúrgico.

## II) ELEMENTOS DEL RIESGO

En la integración del problema es necesario considerar tres elementos: enfermo, anestesista y cirujano. La enfermedad quirúrgica es dentro del planteamiento general un aspecto relativamente estable del problema; en cambio, la condición médica es lo que concede a la discusión la extraordinaria variabilidad de la clínica. Sobre esa condición médica insistiremos en especial.

### 1) EL ENFERMO

Comenzaremos la enumeración por un tipo de pacientes que son *grandes trabajadores intelectuales*. directores de empresas,

políticos, profesionales, etc., que suelen ofrecer un riesgo delicado y una responsabilidad que trasciende al cirujano y al anestesista, por lo cual el problema se complica aún más.

El niño llevado despierto a la sala de operaciones o en estado de sedación insuficiente, es un típico caso de reacción de alarma emocional provocada por la separación de los padres. El estado de hiperexcitabilidad nerviosa y un grado de adrenalinemia endógena exagerado explican ciertas inducciones tormentosas y aun ciertas terminaciones fatales. Esto también es aplicable al adulto pusilánime.

Ha sido, en mi experiencia, origen de complicaciones para el normal desarrollo del acto anestésico, los problemas derivados de las *dificultades de la intubación* por disposiciones anatómicas viciosas. Un cuello obeso, corto, con un pliegue grasoso en la nuca o una artrosis de la columna cervical, que impiden la adecuada hiperextensión de la cabeza y la debida elevación del maxilar inferior, perturban la exposición de la laringe y la intubación consiguiente. Otros elementos desfavorables son la lengua de dimensiones exageradas, el escaso desarrollo del arco del maxilar inferior y el prognatismo del maxilar superior con dentadura prominente. Los intentos intubatorios reiterados, tanto por acción local como por anoxia e hipercapnia generales, provocan la facilitación de reflejos laringocardiácos que exageran considerablemente el riesgo.

La condición médica que influyó más desfavorablemente en nuestra casuística fue la *arterioesclerosis*. El hecho tiene una trascendencia enorme desde que se ha comprobado la extensión de esta enfermedad a edades de la vida en que era inhabitual encontrarla. Las crisis vasculares de tipo infarto de miocardio, reblandecimiento o hemorragia cerebral, bloqueo renal, etc., pueden aparecer en el período anestésico o en el postoperatorio inmediato o alejado, según mostramos en la casuística. Desde el punto de vista del riesgo el grado de hipertensión es menos importante que el estado de los vasos y que el proceso de las modificaciones tensionales durante la anestesia.

En la consideración del riesgo quirúrgico-anestésico los problemas derivados de la *patología del aparato respiratorio* tienen su importancia desde que tres condiciones han aumentado con la longevidad y la extensión de la cirugía a los viejos. Se trata del

enfisema, la bronquitis crónica y el asma. El riesgo que representan esas afecciones deberá ser disminuido a base de una correcta oxigenación y una prevención adecuada de la acidosis respiratoria.

El *vientre prominente de un obeso* es siempre un problema de exageración de riesgo. Crea dificultades en el campo operatorio y desorganiza la mecánica respiratoria cuando el paciente está bajo curarización. Es aún más complicado el problema cuando a la obesidad se agrega una estructura muscular abundante y tensa.

Una consideración de especial significación ha merecido el problema de los *estómagos llenos* en el momento de la inducción de la anestesia. En estrecha relación está el caso de la oclusión intestinal. La gravitación del vómito sobre la vía de aire y la posible inundación bronquial multiplica la gravedad del riesgo. Estos problemas se plantean en la cirugía de urgencia y, en especial, en las cesáreas.

Siempre hemos tenido especiales cuidados cuando anestesia- mos a un paciente portador de una *ictericia*. Si queremos que disminuya el riesgo debemos dosificar los agentes anestésicos y curarizantes de manera estricta a fin de no desbordar la capacidad detoxificante del órgano. Otro tanto debe consignarse acerca de la insuficiencia renal.

En lo que tiene relación con las endocrinopatías y salvando por conocidos los elementos del riesgo que presentan el hipertiroidismo y el mixedema, hemos sido impresionados por la importancia que en los últimos años ha tomado el cuadro de la *insuficiencia suprarrenal* en la explicación de ciertos shocks irreversibles postoperatorios. Existe en nuestro medio un buen estudio sobre el riesgo quirúrgico en los pacientes tratados con cortisona y ACTH.

Dentro de las hemopatías los *síndromes hemorragíparos* han complicado el problema del riesgo por la posible interferencia de la sangre en la vía aérea.

Mención aparte merecen las *condiciones generales*, que deberán ser tenidas en cuenta en cada caso particular: obesidad, diabetes, vejez, neoplasia, desnutrición, deshidratación, hipertermia, anemias, etc.

## 2) EL ANESTESISTA

Nada hubo más importante en la evolución del problema del riesgo, desde el punto de vista de mis posibilidades, que la *intensificación de mi experiencia personal*.

Se comprueba con cierta frecuencia descuidos en la *vigilancia de la anestesia*. Es posible ver actos anestésicos que transcurren durante lapsos más o menos largos de tiempo, sin la presencia del anestesista. Ello significa un aumento del riesgo por las siguientes razones: 1) aumento del gasto de anestésicos por no existir la dosificación y el ahorro según la necesidad quirúrgica; 2) un desequilibrio anestésico en el sentido de la superficialización obliga a una administración rápida que desquicia el plan regular de la anestesia; 3) imposibilidad de actuar con prontitud ante cualquier emergencia.

Otro elemento que en la práctica anestesiológica aumenta el riesgo es la *falta de conocimiento previo del enfermo*. No se trata aquí de riesgo de vida o muerte, sino de elementos más sutiles del riesgo, donde entran en consideración no sólo el hecho de enfrentar la anestesia conociendo la clínica del paciente, sino también el entregamiento y la confianza que despierta dicho conocimiento previo.

Por razones que no son del caso explicar, hemos observado y hemos experimentado que *la sobrecarga de trabajo y la falta de sueño* crean un estado de fatiga que afecta el riesgo de manera precisa, pero no grave. La índole misma de la práctica anestesiológica y la escasez de especialistas han llevado a este problema de la fatiga profesional, donde se entremezclan factores de tensión emocional, hastío, cansancio físico y hasta impregnación por agentes volátiles.

Los elementos estudiados hasta el momento llevan a considerar que en nuestro medio una *orientación viciosa en la organización general* del trabajo ha llevado, en última instancia, a una repercusión desfavorable sobre el riesgo. La gran mayoría de los médicos ha fragmentado su actividad en distintos ambientes para integrar una retribución a que aspiran como profesionales. Este problema ha repercutido sobre la actividad del anestesista de una manera muy aguda. Sin dominio de su tiempo y con pocas posibilidades de regir sobre la ordenación laboral, se ha visto

obligado a multiplicarse, a correr de un sanatorio a otro, dejando en ese afán un déficit de vigilancia y un aumento del riesgo. Sólo el anestésista estabilizado en uno o dos ambientes a lo sumo será capaz de compensar este aspecto del riesgo.

En contadas oportunidades las *fallas del instrumental anestésico* han complicado inútilmente el riesgo del anestesiado. Defectos de iluminación, de calibre de sondas, de aspirador, de manómetro de oxígeno, etc., pueden perturbar un acto anestésico que de otra manera se hubiera desarrollado normalmente.

Las *nuevas técnicas y las nuevas orientaciones* anestesiológicas han aumentado el riesgo sin llevarlo a límites extremos.

### EL CIRUJANO

Es ocioso insistir sobre el *valor de la experiencia*. Existen cirujanos *demasiado ambiciosos en la ejecución de sus planes quirúrgicos*. Así, para el cirujano como para el anestésista, el elemento clínico esencial es comprender qué capacidad de absorción de agresión tiene el enfermo y tratar en todo momento de no desbordarla. Sólo en contadas oportunidades (caso N° 10) un plan quirúrgico demasiado ambicioso es capaz de malograr un enfermo, pero antes de llegar a este extremo existe una serie de posibilidades en que el riesgo aumenta. Igualmente pernicioso para el enfermo es el cirujano temeroso que en la velocidad sacrifica la correcta ejecución de la táctica quirúrgica.

Algunos cirujanos son *traumáticos, agresivos e imprecisos* en la ejecución de las maniobras quirúrgicas. De esta manera complican el trámite operatorio, obligan a un mayor gasto anestésico y aumentan inútilmente el riesgo.

La *meticulosidad* llevada a extremos innecesarios y la *lentitud* de la acción operatoria prolongan el tiempo y el gasto anestésico. No existe aún el agente anestésico o curarizante ideal y mientras tanto el tiempo cuenta de manera desfavorable en toda prolongación ociosa del acto operatorio.

Pocos cirujanos confían totalmente en la técnica quirúrgica y *no han estudiado adecuadamente al enfermo*. El acto quirúrgico carece del equilibrio necesario y el riesgo aumenta en proporción.



### III) CASUÍSTICA

- Caso N° 1.**— Hombre de 67 años. Colecistectomía. Arterioesclerosis. Hipotensión. Falla cardiocirculatoria. Muerte en el postoperatorio inmediato.
- Caso N° 2.**— Hombre de 64 años. Neumonectomía derecha. Anoxia, shock, balanceo mediastinal. Anestésista y cirujano con escasa experiencia. Muerte en la sala de operaciones.
- Caso N° 3.**— Mujer de 47 años. Neoplasma de seno. Halstead. Sobredosis anestésica. Muerte en la sala de operaciones.
- Caso N° 4.**— Hombre de 42 años. Quiste hidático supurado de pulmón. Inundación brónquica. Incorrecta conducción de la anestesia. Muerte en la sala de operaciones.
- Caso N° 5.**— Hombre de 52 años. Sarcoma de la pelvis. Hemorragia incoercible y muerte en sala de operaciones.
- Caso N° 6.**— Hombre de 58 años. Hematemesis reiterada por úlcus. Gastrectomía intrahemorrágica. Shock irreversible y muerte en sala de operaciones.
- Caso N° 7.**— Hombre de 63 años. Colecistectomía por litiasis. Insuficiencia hepática postoperatoria. Muerte a los cuatro días.
- Caso N° 8.**— Hombre de 72 años. Arterioesclerosis. Apendicectomía. Hipotensión durante la anestesia. Muerte por uremia a los cinco días del postoperatorio.
- Caso N° 9.**— Paro cardíaco durante la inducción de la anestesia. Barbitúrico intravenoso. Se trataba de una estrechez mitral con un ventrículo izquierdo muy pequeño. Muerte.
- Caso N° 10.**— Hombre de 54 años. Neoplasma gástrico. Hipertensión y arterioesclerosis. Antecedente de infarto de miocardio, disnea y angor de esfuerzo. Gastrectomía total, pancreatectomía, esplenectomía, toracotomía y anastomosis yeyunoesofágica. Plan quirúrgico demasiado ambicioso. Muerte en la sala de operaciones.
- Caso N° 11.**— Hombre de 72 años. Arterioesclerosis. Hernia inguinal izquierda. Anestesia general sin modificaciones tensionales importantes. Al día siguiente hace, al levantarse, colapso, entra en un estado de sopor hasta que fallece quince días más tarde.
- Caso N° 12.**— Hombre de 56 años. Arterioesclerosis. Prostatactomía. En el postoperatorio desarrolla una amnesia de siete días de duración. Recupera la memoria, cambia el carácter y fallece años más tarde de infarto de miocardio.
- Caso N° 13.**— Mujer de 27 años. Cesárea. Desarrollo de una obstrucción respiratoria e intensísima cianosis (condición cercana a la muerte) por abandono de la anestesia para atender al recién nacido.
- Caso N° 14.**— Hombre de 59 años. Hipertensión. Arterioesclerosis. Obeso de vientre prominente. Hernia estrangulada. Operación lenta y prolongada (cuatro horas). Desequilibrio vascular durante la anestesia. Hemiplejía y muerte a las cuarenta y ocho horas.

Caso N° 15.—Mujer de 52 años. Antecedentes de arritmia cardíaca. Miocardiopatía. Aparición durante la anestesia de una arritmia completa incontrolable. Fallecimiento una semana más tarde.

## RESUMEN

En el gran problema del riesgo anestésico-quirúrgico intervienen una multitud de factores, de los que hemos señalado los que creemos más importantes. En todo momento es necesario valorar la condición médica del candidato a la operación, ajustar adecuadamente los elementos de técnica y trabajo para que la reserva vital del paciente se conserve en el mayor grado posible.

## BIBLIOGRAFIA

- ADRIANI, J. — "Techniques and Procedures of Anesthesia". Ed. 1ª. Springfield, Ill. Charles Thomas Publisher, 1947, pág. 17. Cap.: Classifying the patient as an operative risk.
- CASTRO BLANCHINO, O.— Medicación anticoagulante en la arterioesclerosis. "El Tórax", VII: 77-87; marzo de 1958.
- CASTRO VARELA, R.— Insuficiencia suprarrenal y shock postoperatorio en geriatría. "Rev. Chilena de Anest.", I: 187; mayo-agosto de 1958.
- GLAMPIETRO, A. y VILLAMIL, A. Riesgo quirúrgico de la grávida. "III Congr. Lat. Am. de Obst. y Ginec." (contribución al tema). No publicado.
- LITTLE, D. y STEPHEN, C. R.— "Modern Balanced Anesthesia: A Concept." "Anesth.", 15: 246; mayo de 1954.
- MASON, R. y ZINTEL, H.— "Pre-operative and Post-operative Treatment". Cap. III: Conditions Affecting the operative risk. Saunders Co., 1946. Philadelphia.
- RAMOS DIAZ, T. y CARRIQUITY, P. El fondo de ojo en la arterioesclerosis y en la hipertensión arterial. "El Día Médico", XXV: 2171-77; junio de 1958.
- SELYE, H.— Reacciones endocrinas durante el stress. "Currents Researches of Anesthesia and Analgesia", 35: 182-193; mayo-junio de 1956.
- VEGA, D.— La anestesia en el cardiópata. "5º Congreso Uruguayo de Cirugía" II: 221-240; 1954.
- VENTURINO, W.; RIOS, G. y LARGHERO, P.— Riesgos quirúrgicos y anestésicos en enfermos tratados con cortisona y ACTH. "El Día Médico" XXIV: 1549-58; marzo de 1957.