

MUERTE DE POSIBLE ORIGEN REFLEJO DURANTE OPERACIONES INTRATORÁCICAS

MARIO P. COLLADOS STORNI ✓

(Cordoba, Arg.)

Médico Anestesiólogo. M. S. en Anestesiología.
Graduado por el Am. Board of Anesthesiology.

AP 577

No es nuestro propósito hacer una revista de las causas capaces de producir la muerte por un mecanismo reflejo durante las intervenciones intratorácicas. Solo deseamos comunicar a nuestros colegas anestesistas, para dar la voz de alerta, algunas observaciones recogidas de nuestra experiencia durante este tipo de operaciones. La gravedad de los accidentes justifican su presentación.

La muerte súbita del paciente, durante o al finalizar delicadas operaciones intratorácicas, ocurrida al parecer como consecuencia de peligrosos reflejos desencadenados por el cateter aspirador en el momento de efectuar la limpieza endotraqueobrónquica, nos obliga a pensar en la posibilidad de desenlaces fatales imprevistos hasta ahora y que deben ser evitados. Hemos visto este accidente en enfermos con reflejo tusígeno activo y solo durante o inmediatamente después de intervenciones intratorácicas. Nunca en otro tipo de operaciones.

En nuestra serie de 213 casos de cirugía endotorácica efectuada en los últimos 34 meses, se practicaron 136 resecciones pulmonares de diversos tipos. 206 enfermos fueron operados bajo narcosis con eter-oxígeno; seis con nembutal endovenoso mas protóxido de azoe-oxígeno; y uno con local. Todos con intubación endotraqueal. Tres muertes, debidas al parecer al mecanismo que nos ocupa, se registraron dentro del grupo de los anestesiados con eter-oxígeno.

En algunos enfermos, con una relación de causa a efecto evidente, aparecieron signos tan alarmantes como bradicardia acentuada con caída brusca de la presión arterial y cianosis consecutiva a un estado de adinamia cardíaca aguda, que obligaron a postergar la aspiración traqueobrónquica, en unos, hasta su completo despertar; y en otros, hasta profundizar la anestesia para hacer desaparecer el reflejo de la tos.

El siguiente caso ilustra uno de estos desagradables accidentes:

Agapito V.; operado el 29 de Enero 1948. Diagnóstico clínico: Vesícula enfisematosa gigante. Operación: Oclusión de la Bulla. Aspecto del paciente antes de iniciar la narcosis: Obnubilado por la premedicación. Aparato cardiovascular: Insuficiencia mitral. Ap. Respiratorio: Vesícula enfisematosa gigante ocupando casi todo el lóbulo superior derecho. Premedicación: Embutal, 0,50 grs.; Morfina, 0,01 grs.; Atropina 1 miligramo, una hora antes. Anestésico: Eter-Oxígeno. Circuito cerrado. Intubación traqueal con laringoscopio. Presión Arterial: Mx. 110; Mn. 70 milímetros de mercurio; Pulso 60; Respiración 25. La presión, pulso y respiración se mantienen en las mismas cifras durante 45 minutos (control cada cinco minutos). A los 50 minutos de iniciada la anestesia — 30 de iniciada la operación — la presión arterial se modifica: Mx. 100; Mn. 85; Pulso 150. Respiración 30. Se inyecta entonces 1/4 miligramo de ouabaina endovenosa y se cambia la carga de cal sodada. Diez minutos después: P. A.: Mx. 130; Mn. 80; Pulso: 140. Estas cifras se mantienen sin variantes durante una hora y treinta minutos, momento en que, al aspirar las secreciones por el tubo endotraqueal, se produjo un paro cardíaco prolongado con caída de la presión arterial a cero. Inyección de 1 miligramo de adrenalina intracardíaca efectuada por el cirujano que mientras tanto practicaba el masaje del corazón. Recuperación de los latidos cardíacos inmediatamente después de la inyección de adrenalina. Durante el accidente, el anestesista mantuvo la ventilación pulmonar con oxígeno sin mezcla anestésica. Luego de profundizar nuevamente la anestesia, se continúa el acto quirúrgico. Media hora después, nueva aspiración endotraqueal, pero como se produce evidente bradicardia, se abandona todo intento de ulterior aspiración. El corazón estaba latiendo a la vista del cirujano durante estas maniobras.

Transcurre otra media hora más y la operación finaliza, siendo entonces las condiciones las siguientes: Presión Arterial: Mx. 100; Mn. 50. Pulso: 140; Respiración 25. Cantidad total de sangre transfundida durante la operación: 500 cc.; Cantidad total de suero fisiológico inyectado endovenoso en igual tiempo: 500 cc. El enfermo es dado de alta siete días después en excelentes condiciones. En la actualidad se encuentra reintegrado a sus actividades en perfecto estado.

Este caso que acabamos de comentar, en el que el accidente se produjo cuando aun el torax estaba abierto y en el que el cirujano notó el paro brusco del corazón casi simultáneamente cuando el anes-

tesista iniciaba la aspiración bronquial (que despertó uno o dos golpes de tos), puede decirse que tiene casi el valor de una experiencia de laboratorio. * Afortunadamente este caso no tuvo un desenlace fatal. La recuperación del enfermo fué completa y el post operatorio excelente.

En otros tres enfermos, la muerte sobrevino bruscamente en la sala de operaciones, cuando ya la operación habia terminado y nada hacia preveer tan terrible accidente. Ni la presión arterial, ni las características del pulso, tomadas dentro de los cinco minutos que precedieron a la muerte, ni el curso de la intervención quirúrgica, hacian sospechar la proximidad de tal desenlace. En todos el reflejo de la tos estuvo presente durante la aspiración de secreciones, pero ninguno habia recuperado la conciencia. Uno de ellos estaba todavía en la posición operatoria; los otros dos acababan de ser colocados sobre la camilla para transportarlos a sus habitaciones.

Es de hacer notar que no en todos los casos en que el reflejo tusígeno esta presente, las maniobras de broncoaspiración son seguidas de síntomas tan alarmantes. Una enorme mayoría de enfermos parecen tolerar bien la toilette bronquial, aun en los planos superficiales de la anestesia, pero creemos que estos desagradables accidentes, aunque raros, deben ser tenidos muy en cuenta por el anestesista y el cirujano de torax, quienes deberán estar atentos a las respuestas reflejas del miocardio durante las maniobras aspiradoras de secreciones desde la luz traqueobrónquica, para suspenderlas ante el menor amago de modificación del ritmo cardíaco.

Después de estos accidentes, cuando las circunstancias nos obligan a efectuar la broncoaspiración en enfermos que empiezan a despertar de la narcosis, los reatropinizamos por la via endovenosa previo a la aspiración; y si se considera necesario efectuar la aspiración broncoscópica, se profundiza la narcosis hasta que desaparezca el reflejo de la tos. En aquellos otros casos en los que el grado de ventilación pulmonar no está muy comprometido por las secreciones, se los dejan sin aspirar hasta que recuperen por completo la conciencia.

* La ficha de anestesia no menciona si se infiltró el vago con novocaína previo al accidente. Como esta infiltración se practica en todos los operados nuestros en los que se efectuan maniobras o tracciones sobre el hilo pulmonar, nos queda la duda de si se trata de una omisión en la ficha, o si es que en realidad no se hizo la infiltración vagal en este enfermo.

Creemos beneficiosa la reatropinización del enfermo al finalizar el acto quirúrgico en los pacientes susceptibles, como así también el no moverlos de la posición operatoria hasta la completa recuperación de la conciencia.

Es prudente que mientras se efectúa la limpieza endotraqueobronquial con el cateter aspirador en enfermos con torax cerrado al finalizar la operación, un ayudante controle constantemente las características del pulso y presión arterial.

Resumen

Accidentes reflejos graves y tres muertes por reflejos a punto de partida endotraqueobronquial se refieren como consecuencia de maniobras aspirativas efectuadas en planos superficiales de narcosis durante o al finalizar operaciones quirúrgicas intratorácicas. Este accidente nunca ha sido observado por el autor en otros tipos de operaciones.
