



Selecciones de Prensa Médica Mundial*

*Reportes de MORTALIDAD MATERNA. Obstetricia and Gynecological Survey, Vol. IV, N° 4, Julio Ago. 1949.-
Traducción del Dr. Luis Castelazo Ayala*

CASO N° 78

Se trataba de una paciente privada, de 26 años, raza blanca, I gesta, sin serología ni pelvimetría, con factor Rh positivo, cuya última menstruación había principiado el 2 de diciembre. El 19 de febrero, al final de la 11^a semana del embarazo, se presentó al médico de la familia para su atención prenatal. Tenía entonces una T. A. de 118/64 y se encontró un tumor pelviano que fue identificado por el médico como un útero gestante. No se obtuvieron entonces datos pelvimétricos ni se hicieron estudios sanguíneos serológicos ni citológicos; el grupo sanguíneo y factor Rh fueron identificados con posterioridad a su ingreso al hospital. Aún cuando parecen haber existido algunos síntomas anormales previos que fueron tratados por vía telefónica, lo cierto es que una semana después de la visita al médico apareció dolor abdominal, principiando por lo menos entonces los síntomas de importancia (12^a semana del embarazo). Al día siguiente tuvo diarrea, síntoma que al parecer fue interpretado por su médico como un episodio de origen gastrointestinal. Por la información con la que se cuenta, parece ser que la paciente concurrió por segunda vez al consultorio de su médico el día 6 de marzo (13^a semanas de embarazo), quejándose de desvanecimientos a más de lo anterior. No se dio importancia al cuadro clínico y la paciente

regresó a su domicilio sólo para ser hospitalizada dos días más tarde.

Ingresó al hospital el 8 de marzo, quejándose de debilidad extrema, náusea y vómitos, lipotimias y dolores abdominales, todo lo cual, al decir del esposo, había existido desde hacía dos semanas. A su ingreso tenía 100 pulsaciones y 47 respiraciones por minuto y temperatura de 38.5°, palidez acentuada y desnutrición evidente. Su abdomen estaba distendido y tenso y el hígado rebasaba un tráves de dedo el reborde costal derecho. Parece no haber sido practicado ningún examen pélvico desde su primera visita al médico y el reporte no menciona que en ningún momento hubiera escurrimiento sanguíneo vaginal. Nunca se practicó un análisis de orina. La cuenta globular practicada a su ingreso reveló 26% de hemoglobina, 1.45 mill. de glóbulos rojos y 27.800 glóbulos blancos con 95% de polimorfonucleares.

Como tratamiento inicial se administraron sedantes y una inyección intramuscular de extracto hepático. No es explicable cómo pudo hacerse esto frente a una anemia tan severa. Se aplicaron diariamente estas inyecciones, se agregó hierro por vía oral y se prescribió una dieta rica en proteínas. Los días 2°, 4° y 8° de su estancia en el hospital, se le aplicaron transfusiones de 500 cc. de sangre total citratada. La segunda cuenta globular (5° día de su internación) reveló 50% de hemoglobina y 2,75 mill. de glóbulos rojos, datos que persistieron en biometrías practicadas al 6° y 9° días.

El dolor abdominal fue intenso durante todo el tiempo de permanencia en el hospital. El médico pa-

* Reproducido de: Ginecología y Obstetricia de México 1950;V:77-80.

reció percibir la anemia progresiva, pero de una manera inexplicable –¿cómo explicar el curso de esa anemia en ausencia de hemorragia externa?– no pensó en un embarazo extrauterino y afirmó el diagnóstico de muerte fetal in utero. La temperatura osciló en los días siguientes entre la normal y 38.3°C, el pulso entre 110 y 120 y las respiraciones alrededor de 30 por minuto. La distensión abdominal fue progresando gradualmente, pero fue interpretada por el médico como de origen intestinal, y sólo hasta el día anterior a la muerte se le aplicó el sistema aspirador de Wangensteen. Ni una sola toma de T. A. existe registrada durante todo el tiempo de hospitalización.

En la mañana del 9º día de su internamiento, al cabo de tantos días de una demora citada inexcusable, aparece en la hoja de reportes de la enfermera que la paciente presentó dolor abdominal intenso, shock, palidez acentuada, relajación muscular, sudor frío y viscoso, ansiedad y después estupor. Como el médico no pudo ser localizado de inmediato, la enfermera llamó a dos médicos que residían cerca, pero ya la enferma se encontraba para entonces en agonía franca y los recursos heroicos que fueron entonces aplicados, fueron ineficaces para reparar las consecuencias de la ligereza profesional habida en los últimos 9 o más días.

Lo que aparece como examen post mortem fue practicado en una agencia funeraria en fecha no consignada y se refiere sólo a la cavidad abdominal. El reporte total no ocupa ni siquiera una cuartilla de escritura y su único valor es contener algunas afirmaciones como las siguientes: “la cavidad peritoneal está inundada de sangre”; “el útero está ligeramente crecido y reblandecido”; “la trompa izquierda está dilatada y perforada” y “está ocupada por un gran coágulo organizado”.

Causa de la muerte: Hemorragia intra-abdominal consecutiva a la ruptura de un embarazo tubario de 15 semanas.

Evitabilidad de la muerte: Evitable.

Responsabilidad de la muerte: Médico.

Crítica

A nadie escapa la evitabilidad de la muerte y la responsabilidad que en ella tiene el médico de la familia, único que vio la evolución del caso, con excepción de

los últimos momentos. ¿Qué otros síntomas o signos pudo haber necesitado para considerar la posibilidad de un embarazo extrauterino? Cualquier médico consultante con un mínimo de imaginación hubiese sospechado de inmediato la verdadera naturaleza del proceso. Podría haber prolongado la vida por tiempo indefinido una terapia de sostén (transfusiones) adecuada, y un examen pélvico cuidadoso habría revelado que no se trataba de una gestación intrauterina. Totalmente “traído de los cabellos” es el raciocinio mediante el cual el médico trata de explicar el cuadro por la muerte del feto. Este notorio error estuvo precedido por otros no menores; era evidente que la paciente había presentado signos y/o síntomas por lo menos dos días, si no es que dos semanas, antes de su ingreso al hospital.

CASO N° 79

Paciente privada, de 35 años de edad, raza negra, VI gesta IV para, sin determinación de factor Rh ni datos pelvimétricos, con serología negativa y cuya última regla principió el 10 de agosto; su parto era esperado, por tanto, para el 17 de mayo.

Sus antecedentes patológicos no contenían datos de importancia. Su primer embarazo terminó por aborto en los primeros meses y los otros cuatro alcanzaron el término y concluyeron en partos normales que fueron atendidos por una partera. En el último puerperio existió un marcado aumento de la sangre de sus loquios y esto indujo a la paciente a hacerse vigilar por un médico durante su actual embarazo.

Consultó el 28 de diciembre (20ª semana del embarazo), habiendo registrado 134/100 de T.A., pelvis normal (aún cuando no se asientan datos pelvimétricos) y Wassermann negativo como única investigación de laboratorio. Se le recomendó una dieta sin sal y fue citada para un mes después, a pesar de que las cifras tensionales indicaban la posibilidad de una toxemia. Regresó a las 5 semanas con orina negativa, habiendo subido dos libras de peso y con T.A. de 140/90; nuevamente fue citada para un mes después. No fue vista, sin embargo, sino hasta su hospitalización que ocurrió 7 semanas más tarde.

El 21 de marzo (embarazo de 32 semanas), principió el trabajo de parto y poco después apareció escurrimiento sanguíneo. En realidad el escurrimiento sanguíneo se inició desde dos días antes, sólo que en cantidad tan pequeña que no le pareció a la paciente digna de ser mencionada. Camino del hospital arrojó algunos coágulos y a su arribo presentaba pulso de 120 por minuto, T.A., de 110/70, sudoración profusa y viscosa, útero tenso y escurrimiento sanguíneo con algunos coágulos. El examen vaginal reveló un cuello pequeño pero firme con 2.5 cm. de dilatación, membranas íntegras y presentación libre. Se administró morfina, calcio intravenoso, 250 cc, de plasma y 1000 cc. de solución de glucosa al 10%.

Dos y media horas más tarde se informó al médico en turno que no había ninguna mejoría. Confirmó el diagnóstico de desprendimiento prematuro de placenta normalmente implantada y recomendó medidas paliativas en atención ya que consideró muy pobres las condiciones de la paciente para someterla al riesgo quirúrgico de la cesárea operación que tanto el médico como un consultante habían pensado ejecutar para solucionar el caso. Se pensó, además, que las condiciones eran demasiado críticas para intentar siquiera la inducción del parto mediante la ruptura de las membranas. El consultante prescribió sangre y plasma. Hasta entonces no habían sido tomadas providencias para una transfusión sanguínea, la cual pudo por fin aplicarse a las 6 hs de su admisión (500 cc); sin embargo, en el intervalo recibió 2000 cc de una solución de Ringer glucosada al 10%. Sólo una transfusión le fue practicada y murió 4 hs después de la misma. Es evidente que la cantidad de sangre administrada fue sólo una pequeña parte de la que se hubiera requerido para combatir el shock hemorrágico correctamente. Por otra parte, cuando principió la transfusión, la paciente mostraba ya signos evidentes de gran

agotamiento, para combatir el cual se habían aplicado coramina y adrenalina, seguidas una hora después por inhalación de oxígeno. La muerte ocurrió sin haber dado a luz la paciente, diez horas después de su ingreso al hospital. No hay información que precise si el factor Rh fue investigado antes de la transfusión.

Causa de la muerte: Shock y hemorragia consecutivos al desprendimiento prematuro de placenta normalmente insertada, en una paciente con embarazo de 32 semanas y con toxemia hipertensiva.

Evitabilidad de la muerte: Evitable

Responsabilidad de la muerte: Primer médico.

Crítica

La atención deficiente a la enferma principió con la primera consulta prenatal, en la cual prácticamente no fue estudiada. Era evidente para entonces su toxemia arterioloesclerótica, a pesar de lo cual no se tomó contra ella ninguna medida terapéutica activa, error en el que se incurrió nuevamente en la segunda y última consulta. No se hizo nada para controlar la asistencia de la enferma a sus consultas en el tiempo para el cual había sido citada. Una vez hospitalizada, es notoriamente condonable la demora con la que se aplicó la transfusión sanguínea. Ciertamente la cesárea no debía practicarse hasta no haber dominado el shock y la hemorragia; para contribuir a esto último, sin embargo, hubiera debido practicarse la ruptura artificial de las membranas. Era también una medida básica la transfusión de sangre en forma continuada hasta que la sangre total pudiera administrarse en cantidades adecuadas. Se tuvo demasiada confianza en las soluciones glucosadas, que son muy pobres sustitutos de la sangre en el tratamiento de la hemorragia y el shock. El tratamiento de éstos fue el error más grande en el manejo de este caso: muy pequeño y demasiado tardío.