

RESPONSABILIDAD MEDICA

A. KRECKE: La responsabilidad del médico en algunas enfermedades importantes que ponen la vida en peligro. (M. M. W., 4 de julio de 1930.)—La tarea del médico, sobre todo en las «enfermedades agudas del abdomen» y en «todas las heridas» es de suma importancia y mucho más difícil que la del cirujano. Operar una úlcera gástrica, un intestino, una trompa o un apéndice perforados no requiere gran habilidad. En cambio, son mucho más difíciles e importantes el primer diagnóstico y las primeras medidas del médico. Y a éste le incumbe gran responsabilidad, no sólo moral, sino también material o económica, pues con facilidad se le reclaman indemnizaciones en casos desgraciados imputables a su negligencia o ignorancia. Para evitar esto, el autor expone los principales casos en los cuales podemos incurrir en responsabilidad.

Heridas craneales. —Cuando no

están complicadas con herida exterior, es raro que pongan al médico en situación comprometida y puedan hacerlo responsable de no haber aconsejado la intervención inmediata del cirujano. Esta no la requiere ni una profunda pérdida de conocimiento inmediatamente después de la herida. «Sólo cuando dura más de seis a doce horas o se repite después de un intervalo de lucidez, hay que pensar en la operación». Lo que principalmente ha de resolver el médico en estos casos es «si hay o no lesión de la arteria meníngea media. El diagnóstico precoz» de semejante lesión se fundará en el "aumento rápido de los fenómenos de comprensión cerebral" después de un intervalo de calma. Cuando, en un enfermo con una lesión craneal, «el pulso se hace cada vez más lento y al mismo tiempo sobreviene una pérdida del conocimiento que aumenta rápidamente,» hay que pensar en una lesión de la menín-

gea y en la trepanación correspondiente para evacuar el hematoma y ligar la arteria.

Contusiones abdominales.—En todo caso de gran contusión abdominal producida por arrollamiento, coces, enclavamiento entre los vagones, caída de una gran altura, grandes golpes, etc., todo médico ha de pensar en una lesión visceral y en proporcionar al herido el auxilio quirúrgico necesario. El diagnóstico precoz de la lesión visceral se fundará en la «tensión dolorosa de las paredes del vientre» y en la «respiración costal». En cambio, la aceleración del pulso, el aumento de la temperatura y los vómitos pueden faltar en las primeras horas. La suerte de un enfermo con semejantes contusiones depende del médico primeramente llamado.

En estos casos, jamás ha de olvidarse que una intervención quirúrgica innecesaria es preferible siempre a la efectuada tardíamente. De 126 operados por contusión abdominal murieron: 45,1 por 100 cuando la operación se hizo a las doce horas; 66,67 por 100 cuando se hizo a las veinticuatro; 76,44 por 100 cuando se hizo a las cuarenta y ocho, y 80 por 100 cuando se retardó más de cuarenta y ocho horas.

Heridas de la vejiga de la orina.—En ellas hay siempre «tensión refleja de las paredes del abdomen, tenesmo urinario doloroso e imposibilidad de orinar. Si con semejante retención dolorosa de la orina no se aprecia por la palpación la vejiga por encima del pliegue abdominal, el diagnóstico

de contusión vesical, tanto intra como extraperitoneal, es absolutamente seguro». En tales casos el único tratamiento debido es la incisión alta *de* la vejiga que, además es el mejor medio diagnóstico cuando hay alguna duda. «La introducción de sondas o hasta del cistoscopio, debe desaconsejarse de modo absoluto en los casos inseguros».

Heridas de los miembros. En ellas, cuando hay, al mismo tiempo, herida cutánea, la suerte del enfermo depende de la primera cura que se le haga. La «infección primitiva» es decir, la producida por la entrada de gérmenes en el momento mismo de la herida, es relativamente rara; en cambio, la «secundaria, producida por las manos o instrumentos impuros es mucho más frecuente. Cuando no se pueda tratar una herida reciente de modo aséptico, vale más abstenerse de toda tentativa de sondeo y tratamiento, limitarse a cubrirla con un paño estéril y remitir el enfermo al cirujano más próximo. Los gérmenes de la herida necesitan de seis a ocho horas para proliferar. «Para eliminarlos es necesario resecar un centímetro los bordes

de la herida,» que, así, cura del mejor modo, aunque sea grave.

Fracturas complicadas. ~ Aunque tenga el médico la mayor habilidad y todos los conocimientos técnicos, debe abstenerse de tratarlas, como no lo pueda efectuar en condiciones de asepsia. «Debe limitarse también a cubrir la herida con paños hervidos y enviar el enfermo, por el camino más corto, a donde pueda ser asistido debidamente». Toda exploración inútil con medios impropios es mucho más nociva que una simple cura aséptica y enviar el herido a una buena sala de operaciones. Y si la herida se ha manchado con tierra o suciedad de la calle, «no debe vacilar en efectuar la inyección de suero antitético, del que todo práctico debe tener siempre dos frasquitos.

Hemorragias internas. — Requieren conocimiento preciso e intervención rápida, «sobre todo las debidas a rotura de una trompa, en caso de embarazo extrauterino». Las debidas a «úlceras gástricas no suelen producir la muerte más que en 3 por 100 de los casos». Por esto cirujanos muy experimentados no las operan y recurren a otros medios.

El mejor es la transfusión de sangre. Cuando estaño se pueda efectuar con arreglo al arte, basta turnar unos 50 gramos de un donante apropiado e inyectarlos intravenosamente al enfermo. Las hemorragias copiosas debidas a rotura de la trompa suelen ofrecer síntomas muy ciaros. Únicamente puede ser difícil su diagnóstico cuando la rotura de las trompas produce una hemorragia interna insignificante, que cesa después de algunos días, para reaparecer luego, «No dejar de pensar en ia rotura tubárica, en todo proceso abdominal poco claro y algo grave de la mujer». En estos caeos, nunca debe dejarse de preguntar por el momento y cantidad de las últimas reglas. Tener en cuenta, sin embargo, que la falta de un trastorno menstrual no habla contra el em-

barazo **tubárico***. Pero, si **hay** trastorno menstrual y anemia, tensión doloroso, de las paredes del vientre y tumor junto a la matriz,* el diagnóstico no es **difícil**. Las a hemorragias **perirrenales**, raras, pueden ser debidas a tuberculosis, **neoplasias**, abscesos o aneurismas del riñon. Se diagnostican cuando sobreviene bruscamente dolor abdominal intenso con signos de hemorragia interna y tumor retroperitoneaK En tales casos, el médico debe pedir cuanto antes el **auxilio** de un buen cirujano, aunque muy pocas veces podrá salvar la **vida** del enfermo con su intervención operatoria.

Inflamaciones abdominales agudas.- Es necesario tener presente siempre que "la temperatura y el pulso de las primeras horas" que son las de ía oportuni-

dad operatoria-«no son síntomas constantes de las peritonitis mortales producidas por apenaicitis,» etcétera. La temperatura y el pulso no tienen apenas importancia en el diagnóstico de las peritonitis generales o difusas incipientes. En todo caso de dolor abdominal súbito, el médico ha de pensar en posibles apendicitis, colecistitis o perforaciones gástrica. De «apendicitis», que son las más frecuentes de estas enfermedades, murieron, de unos 2.000 operados, 1,42 por 100 de los operados en el primer día, - 2,96 por 100 de los operados en el segundo, 14,8 por 100 de los intervenidos en el tercer día y 25,5 por 100 de los que lo fueron en el cuarto. Sobre todo hay que dar valor diagnóstico a los vómitos, a la tensión dolorosa del abdomen y al resultado del examen rectal. En todos los casos dudosos, contar los leucocitos y volver a examinar al enfermo a las dos horas*. La operación de la «colecistitis» no es tan urgente; sólo cuando, al tercer día de la enfermedad, persisten la «fiebre alta, el pulso frecuente y el tumor doloroso en la región de la vesícula biliar,» se debe intervenir inmediatamente. Por lo tanto, el médico, en los casos muy recientes, tiene siempre algún tiempo para pensar con tranquilidad en las indicaciones de la operación y consultar con un colega. - La «pancreatitis» aguda es la más rara, pero también la más peligrosa de todas las inflamaciones agudas. (La operación da todavía una mortalidad de 51.2 por 100.) Demorar su diagnóstico es condenar al enfermo a una muerte casi segura. Se debe «pensar en la pancreatitis aguda en todo caso de dolores extraordinariamente intensos, a menudo en el lado izquierdo, pulso que aumenta rápidamente de frecuencia, vómitos repetidos, tensión dolorosa de la parte alta del abdomen y cianosis pronta de la cara y extremidades. Y, en estos casos, la intervención quirúrgica debe ser inmediata. Todo caso poco claro de peritonitis debe hacer pensar al médico en

la pancreatitis aguda.

Perforación de la úlcera gástrica.-También deciden la suerte del enfermo en estos casos las operaciones en las primeras seis horas. Mientras de las que tienen esta suerte, curan 100 por 100 en algunas estadísticas, aumenta la mortalidad cuando se opera después. De 397 operados de diversas estadísticas, murieron 5,5 por 100 de los que fueron intervenidos en las primeras seis horas, 29,8 por 100 de los operados entre las seis y las doce; 42,3 por 100 de los operados entre las doce y las veinticuatro, y 86,2 en los que lo fueron entre las veinticuatro y las treinta y seis. Diagnosticar la perforación gástrica, es fácil. «El dolor, en la mayoría de los casos, es extraordinariamente violento, la pared abdominal se pone pronto dura como una tabla de madera y falta por completo la respiración abdominal». El pulso y la temperatura pueden ser normales; esto conviene tenerlo muy en cuenta siempre.

Oclusión intestinal. — Lo que debe averiguar el médico en ella

es «si hay o no lesión de la pared intestinal». En el primer caso («íleo por estrangulación»), la operación es urgentísima; no tanto en el segundo íleo por obturación). «En el íleo por estrangulación hay dolores intensísimos, vómitos y aceleración del corazón». Al cabo de una o dos horas hay siempre meteorismo local. «Toda oclusión intestinal en la que, de hora en hora, se haga el dolor más intenso, el número de pulsaciones aumente sólo en 10" cada hora y el meteorismo local se haga cada vez más manifiesto, se debe operar inmediatamente). Cada hora que se retrase, aumenta el peligro de la gangrena intestinal y con ella el de una peritonitis mortal. Nunca se debe esperar a que aparezcan meteorismo general o vómitos fecaloideos. El meteorismo difuso y los vómitos fecales únicamente se presentan en los últimos períodos de la oclusión intestinal. «Y no se olvide que, al principio, también pueden permanecer normales la respiración y la temperatura».—P. F.