

De la creación de la Cirugía de la Armada a la Cirugía sin sangre.

Dra. Cristina Guijarro Castro. Neuróloga. Profesora de Historia de la Medicina y Medicina Legal. UEM. HM Madrid.

En la segunda mitad del siglo XVIII se crean los Reales Colegios de Cirugía y se sientan las bases que permiten el desarrollo de la cirugía española, siendo, como en la mayoría de los hitos de la cirugía, gracias a la Medicina Militar. Pedro Virgili (1699-1776) es el creador de este cambio. Funda el Real Colegio de Cirugía de Cádiz en el año 1748 y posteriormente el de Barcelona.

Blas de Lezo (1689-1741) fue coetáneo de Pedro Virgili, y se benefició de las grandes mejoras que introdujeron en los cirujanos de guerra, que pasaron de ser barberos malpagados, a grandes cirujanos, con conocimientos técnicos y anatómicos, y con una consideración adecuada a su responsabilidad.

Me gustaría dar a conocer y dignificar a los cirujanos militares de la armada española de la primera mitad del siglo XVIII y recordar la figura de Blas de Lezo y Olavarrieta, que fue un almirante español, héroe de la defensa de Cartagena de Indias durante el asedio británico de 1741, y que perdió un ojo, un brazo y una pierna, como militar, y contó con excelentes cirujanos, que permitieron que siguiera vivo.

Comenzamos con la Batalla de Vélez-Málaga en 1704 con la pérdida de la pierna izquierda, por una bala de cañón, siendo Blas de Lezo intervenido sin anestesia, con torniquete, ingestión de alcohol y laudano, siendo un guardiamarina de 15 años. Los cirujanos se basaban en las técnicas de Ambroise Paré (1510-1590), cirujano francés y padre de la cirugía moderna, que empleó la ligadura de los vasos, para evitar las hemorragias, que junto con las infecciones, eran la principal causa de muerte tras amputación.

En la Defensa de la fortaleza de Santa Catalina de Tolon en 1707, pierde la visión del ojo izquierdo, por una esquirla de piedra, que se extraía sin material estéril y se administraba el tratamiento tópico de sangre de pichón. De lo anteriormente expuesto se deduce que a las lesiones provocadas, el que sobrevivía al traumatismo y al tratamiento aplicado a posteriori, debía tener una naturaleza fuerte.

En el 2º asedio de Barcelona de 1714, pierde la función del brazo derecho, cuando tenía 23 años. Probablemente sufrió una herida por arma de fuego en el hombro o axila del miembro superior derecho que afectó a las raíces nerviosas C5-C6 o al nervio radial, permitiéndole usar la mano. También casi se muere de la infección sufrida.

Blas de Lezo ha pasado a la historia por humillar a la Armada Inglesa en Cartagena de Indias y permitir que continuase el dominio español en la región. La anécdota fue que los ingleses, que daban por segura la victoria, habían acuñado ya las monedas que decían: «Los héroes británicos tomaron Cartagena el 1 de abril de 1741» y «El orgullo español humillado por Vernon».

Aunque parezca que damos un salto de 3 siglos, en tiempos de Blas de Lezo, la cirugía se hacía sin transfusiones sanguíneas. ¿Qué es la cirugía sin sangre? Son técnicas médicas invasivas y no invasivas para minimizar las pérdidas de sangre y protocolos, que no sólo hacen referencia a no usar transfusiones sanguíneas de otras personas, sino que se refieren a usar productos realizados de sangre propia del paciente y, además, hacen uso de sangre que el paciente previamente ha donado, para que se la transfundan a el mismo. Se sabe de su beneficio

en adultos y en niños: estancias más cortas en la UCI, y en el hospital, pasan menos tiempo con ventiladores después de la cirugía, probablemente debido al riesgo reducido de desarrollar una infección bronquial, se recuperan más rápidamente de la cirugía, posiblemente debido tanto a las ventajas sistémicas de la cirugía sin sangre como al uso de técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas para reducir la pérdida de sangre.

Fue Adolf Lorenz (1854–1946), austriaco, el primer cirujano sin sangre de la historia. Era traumatólogo y desarrolló una alergia severa al ácido carbónico que se usaba rutinariamente en los quirófanos para la asepsia. En consecuencia, no pudo continuar operando y se convirtió en un "cirujano seco" en lugar de un "cirujano húmedo", al tratar a los pacientes sin cortar la piel.

Las estrategias de manejo de la sangre del paciente se pueden aplicar en cada etapa de la atención a los pacientes quirúrgicos y no quirúrgicos, y generalmente se incluyen en una de estas tres categorías (los llamados pilares del manejo de la sangre): optimizar la creación de sangre del propio paciente y el manejo adecuado de la anemia, minimizar el sangrado y pérdida de sangre y aprovechamiento y optimización de la tolerancia fisiológica de la anemia mediante el empleo de todas las modalidades disponibles, mientras se inicia el tratamiento. Hay varias herramientas y modalidades disponibles para cada uno de estos pilares. Los ejemplos incluyen agentes hematopoyéticos (creadores de sangre), agentes hemostáticos (que impiden la pérdida de sangre) sistémicos y tópicos, autotransfusión y técnicas quirúrgicas y de perfusión que ahorran sangre. La evidencia emergente respalda el uso apropiado de estas estrategias como una forma segura y efectiva de reducir las transfusiones de otras personas y mejorar los resultados de los pacientes.

No sólo la demandan los Testigos de Jehová, sino que cada vez hay más pacientes que requieren de este tipo de cirugías. Durante la gran nevada que hemos sufrido, hemos visto como las reservas de sangre casi se han agotado (por cierto, mi más rendida admiración y gratitud a la UME). Es una necesidad, ser conscientes de que se demanda cada vez más cirugía y medicina sin sangre. Los riesgos, aunque escasos, que todavía persisten en la transfusión de sangre, la escasez de sangre y la demanda de la población, ha hecho que se desarrolle cada vez más, centros de cirugía y medicina sin sangre.