La podredumbre de hospital

Enrique Laval R.

Pontificia Universidad
Católica de Chile, Santiago.
Facultad de Medicina
Programa de Estudios Médicos
Humanísticos.

Recibido: 14 de mayo de 2011

Correspondencia a:
Enrique Laval Román
revinf@sochinf.cl

Hospital gangrene (*Gangraena nosocomialis*)

Hospital gangrene refers to a historical presentation of septic wounds, which was associated to situation with a multitude of wounded patients. Later, it was proven that hospital overcrowding together with inadequate wound treatment options aggravated the spread of the infection by nurses and surgeons as well as contaminated wound dressings resulting in high morbidity and mortality in the affected hospitals and lazarettos. This article, which reviews the historical situation of this disease in Chile, mainly bases on reports of the physicians Rafael Wormald and Jacinto Ugarte, who reported on this topic in 1852 and 1873, respectively, and on outbreak occurring between 1860 and 1870 at Hospital San Juan de Dios in Santiago.

Key words: Nosocomial infection, transmission, hospital outbreak.

Palabras clave: Infección, contagio, podredumbre de hospital.

Definición y Generalidades

Según el Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas de Cardenal (1947), la “*podredumbre de hospital*” es una complicación gangrenosa grave, de varias formas, ulcerosa, pulposa o hemorrágica de las heridas o úlceras, que en otro tiempo se observaba en los hospitales, lazarettos, ambulancias, etc., debido a la suciedad, miseria y hacinamiento. Sinonimia: gangrena nosocomial, mal de hospital, úlcera pútrida o gangrenosa, difteria de las heridas, tifo traumático^{1,2}.

Como lo anota Adolfo Reccius, este proceso se caracterizaba por una exudación pseudo-membranosa de la superficie de una herida o cicatriz, con el reblandecimiento y la ulceración de los tejidos subyacentes al exudado. No eran siempre las grandes heridas las más expuestas, con aparición en lesiones insignificantes, como las picaduras de sanguijuelas, las ventosas escarificadas, etc., pero nunca si las superficies de la piel permanecían intactas³.

Forgue señalaba en 1928, que “*esta complicación pertenecía a la antigua historia de las heridas sépticas, siendo una especie extinguida*”⁴.

A pesar de que la podredumbre de hospital concierne a la historia, existe un gran número de trabajos sobre ella, desde los tiempos de Ambrosio Paré, inspirados en la observación de epidemias de gangrena nosocomial, ya fuese en los hospitales civiles o en las ambulancias de los ejércitos, siendo la monografía más citada e importante sobre esta terrible y temida afección, la de Delpech (1815). Los autores de siglos pasados, antes del advenimiento de las teorías de Lister y Pasteur, sostenían que la enfermedad debía su origen a “*malas condiciones miasmáticas, propagándose por contacto y en forma epidémica*”³.

Su carácter más esencial sería *“una especie de degeneración pútrida que se presentaba en la superficie de las heridas, cuando se acumulaban muchos heridos en un sitio bajo, húmedo, sombrío y mal ventilado”*, como ha sido publicado en la memoria de Delpech. Muchos autores de la época, culpaban también la vecindad de salas de enfermos atacados de ciertos males epidémicos, como la fiebre puerperal, la escarlatina, el cólera, etc. Una aireación insuficiente de las antiguas salas de hospital exponía *“a estos desgraciados”*, a una atmosfera que contenía *“los mismos miasmas que exhalaban las heridas supuradas, las orinas y materias fecales”*. A estas causas generales, había que agregar las individuales: personas debilitadas por la fatiga, privaciones de todo género y una alimentación mala e insuficiente. Con el correr del tiempo y aun sin conocer su verdadera naturaleza, se supo muy bien que era de carácter epidémico y contagioso, pues bastaba a veces un solo enfermo para propagarla a toda una sala.

Pero, ¿cómo podían explicarse los casos aislados de podredumbre de hospital, que hacían su aparición fuera de los hospitales? Aquí intervenían las influencias *“miasmático-epidémicas”*. Reccius relata que *“Billroth observó en 1850 una epidemia en la Clínica Quirúrgica de Berlín y al mismo tiempo hubo enfermos de este mismo mal, no sólo en otros hospitales de la ciudad, sino también en la población, no pudiéndose asegurar que los últimos hubieran estado en comunicación con un hospital”*. La enfermedad comenzó repentinamente y desapareció al cabo de algunos meses, sin que se modificara el tratamiento de las heridas y sin verificarse alguna alteración en el hospital, lo cual demostraba aparentemente, que las causas no residían en las condiciones del establecimiento. Además, expone Reccius que en *“un hospital francés, según decía Jorbet, la podredumbre se desarrollaba, de preferencia, en cierta cama situada en un rincón de la sala, donde los “efluvios miasmáticos” parecían concentrarse”*³.

La podredumbre de hospital se presentaba al principio bajo dos formas diferentes: ya fuera una o muchas ulceraciones que se extendían, se aproximaban y confundían invadiendo toda la superficie de la herida, o bajo la de una falsa membrana, cubriendo como un velo toda la lesión de continuidad. De aquí las dos variedades conocidas con los nombres de ulcerosa y pulposa³⁻⁶.

Cualquiera que fuese el modo bajo el cual la podredumbre de hospital se manifestaba, los fenómenos avanzados eran de ordinario idénticos. Con frecuencia los dos procesos se asociaban, destruyendo los tejidos a medida que iban adelantando, descubriendo masas musculares, desnudando vasos, abriendo articulaciones y produciendo la necrosis de los huesos; aunque la experiencia había demostrado que los grandes troncos arteriales resistían de una manera asombrosa, la corrosión de los pequeños

vasos arteriales y venosos, ocasionaba hemorragias que con frecuencia eran la causa de la muerte. A todo esto se agregaba los síntomas generales alarmantes, el síndrome febril, la taquicardia, la sed intensa, un abatimiento extremo y con un gran número de enfermos que no tardaban en sucumbir³⁻⁶.

Como ya se ha dicho, la podredumbre de hospital pertenece a las infecciones desaparecidas. Pero ha sucedido con ella un hecho curioso, tal vez único en la historia de la medicina. Su extinción, por los menos en sus tipos clásicos, coincidió con la introducción en la cirugía de los principios de la antisepsia de José Lister, antes que la microbiología tuviera tiempo de determinar su naturaleza.

Los trabajos antiguos no pueden darnos sobre este punto ninguna luz. Pitha en su Memoria de 1851, calificó la enfermedad como *“un proceso de exudación diftérica”* y Heine que la identificó con dicho cuadro, sólo proporcionaron datos inútiles. No era esta, en realidad la *“difteria de las heridas”* y dicho término que podía inducir a confusión, debía desaparecer^{3,4,7}.

Para Forgue la causa primera de la podredumbre de hospital reside en un contagio infeccioso, que transportan y propagan los enfermeros, el cirujano, los objetos de curación y los instrumentos. Pouteau, citado por él, hablando de un *“virus gangrenoso”*, fue el primero en indicar que aquel *“es inoculado por los instrumentos y los dedos de los cirujanos, como también por el material de curación”*. Delpech ya lo había presentado, siendo asombroso y sorprendente verle trazar, en 1815, las reglas de la antisepsia preventiva y recomendar, entre otras medidas, *“hacer depositar en el hospital la blusa que los alumnos acostumbraban a ponerse para practicar las curaciones, desinfectar después de la visita esa ropa por la fumigación muriática y lavar frecuentemente las manos y los instrumentos con ácido muriático diluido en agua”*⁴.

La podredumbre de hospital en Chile

Es muy probable que el primero que estudió en el país la podredumbre de hospital fue el doctor Rafael Wormald, quien se tituló de médico el 7 de agosto de 1850, ejerciendo durante 31 años en el Hospital San Juan de Dios^{3,8}.

Este proceso no sólo dieztaba sino que prácticamente terminaba con todos los enfermos hospitalizado en los servicios de cirugía. Wormald escogió este tema como memoria para obtener el título de Licenciado en Medicina, publicado en 1852 en los Anales de la Universidad de Chile.

Después de sutiles diferencias entre el contagio y la infección, coloca la podredumbre de hospital en la última *“porque resulta de la acumulación de todos los miasmas o efluvios exhalados de los individuos que se*

encuentran reunidos en un mismo lugar, que alteran de este modo el aire y éste obra localmente sobre la superficie herida como una causa sedante, apagando por su acción séptica, si así puede llamarse, la utilidad de aquella parte y dando lugar a una secreción distinta de la que hasta entonces elaboraba”. No cree que sea contagiosa porque los practicantes no la adquieren, pero si lo fuere “*más de cuatro veces habría sido víctima de ella. A más he hecho varias pruebas de los que citan la opinión que no es contagiosa como de curar enfermos con podredumbre antes que los que no la tenían y con los mismos objetos y nunca manifestarse*”. Agrega que “*aparecía de cuando en cuando, pero constantemente en el enfermo que ocupaba cierta cama colocada en uno de los extremos de la sala del Hospital de Caridad (San Juan de Dios), próxima a una fuente, la cual quitada, no ha vuelto a manifestarse el accidente*”. Llama la atención lo parecido de esto último, con lo señalado más arriba por Reccius sobre lo ocurrido en un hospital francés, según lo comunicado por Jorbet^{3,9,10}.

Finalmente, piensa Wormald, que “*un excelente tratamiento es la aplicación de tres o cuatro hojas de cala, machacadas en el sitio de la infección*”, procedimiento que le fue sugerido con óptimos resultados por el doctor Raventós, pero que el método de elección es el cauterio.

En el mes de julio de 1860, los doctores Elguero, Tocornal, Wormald, Fontecilla, Del Río, y Villarroel, suscribieron una presentación al administrador del Hospital San Juan de Dios, don José Ignacio Eguiguren, solicitando diversas mejoras para el servicio médico y sobre todo, que informara respecto del “*clamor general que desde tiempo atrás, se manifestaba con motivo de la enfermedad conocida con el nombre de “gangrena hospitalaria” y por lo que se decía la mayor parte de los enfermos aquejados de ella, sucumbían en el establecimiento*”.

El administrador expresó que las causas de tan vasta mortalidad “*eran las salas bajas y mal ventiladas y la proximidad de las camas*”. Como las explicaciones no satisficieran al Consejero de la Junta de Beneficencia, don Manuel Jesús Cerda, este acordó pedir directamente un informe a los médicos del hospital, con el fin de que aconsejaran las medidas correctivas necesarias. Dicho informe fue redactado por el doctor Wenceslao Díaz, el 28 de julio de 1860. En el advierte que “*para mayor claridad e inteligencia, no se trata de la “gangrena propiamente tal” mortificación de los tejidos del organismo vivo dependiente de causas determinadas y definidas, que no es contagiosa, sino del “tifo traumático, podredumbre de hospital”, dicha con menos propiedad “gangrena hospitalaria”, que es una alteración particular y eminentemente contagiosa de las heridas y úlceras, observada especialmente en los hospitales sobrecargados de enfermos, en los que*

es endémica o esporádica o se presenta epidémica y alarmante por los fatales efectos que trae consigo”. Las investigaciones concluyeron “*que este mal no era epidémico, sino endémico y constante en el Hospital San Juan de Dios*”.

El doctor Wenceslao Díaz aconsejó, entre otras medidas: suprimir salas que carecieran de las condiciones necesarias para la asistencia de los enfermos, en especial las de cirugía, disminución de enfermos en cada sala, cambio de pavimento, dotación necesaria de practicantes, de útiles y aparatos para las curaciones, establecimiento de un lugar separado, sala o departamento para trasladar a los enfermos que hubieran contraído el mal, habilitación de salas de baño, con agua fría y caliente.

Al finalizar su informe, el doctor Díaz decía: “*terminamos, señor administrador, encareciendo a Ud. las modificaciones y medidas que hemos apuntado, como complemento del buen sistemado arreglo que en este Hospital de San Juan de Dios han introducido y llevan en aumento bajo la ilustrada administración, las honorables Hermanas de la Caridad y no dudamos que, puestas en práctica, contribuyan bajo tan solícitas como inteligentes directoras a hacer de esta institución un objeto digno de la capital de la nación y de la más perfecta caridad cristiana*”.

Sin embargo, no se actuó con rapidez y diligencia para realizar las modificaciones sugeridas en el informe del doctor Wenceslao Díaz. “*Nunca un cirujano se lavó las manos antes de intervenir; siempre fue un acto post-operatorio*”. En todo caso “*a fines de 1860 se construyó un departamento especial para baños de los enfermos, compuesto de piezas individuales, con tinas y cañerías para agua fría y caliente*”¹⁰.

En enero de 1873 se publicó en los Anales de la Universidad de Chile, la Memoria para optar al grado de Licenciado en Medicina del doctor Jacinto Ugarte Venegas, sobre “*podredumbre de hospital*”. Se tituló de médico el 27 de marzo de 1873 y en 1875 tenía a su cargo la sala San Antonio del Hospital San Vicente de Paul^{8,11}.

En realidad, la publicación del doctor Jacinto Ugarte no aportó nuevos conceptos acerca de esta enfermedad. Se mostró muy partidario de la utilización de “*torrejas de limón*” en el tratamiento de las formas graves de la afección y del uso del cauterio, “*que es el medio salvador que se ha empleado por todos los cirujanos en los casos más graves*”. Anota que “*para que se produzca el efecto deseado es necesario perseguir el mal con energía, cauterizando extensamente y penetrando en las sinuosidades de la herida, sin cuidarse de los vasos arteriales que se pueden encontrar; se tendrá si, pronto, una ligadura para el caso de hemorragia. Se debe aplicar hasta que forme una costra dura y sonora a la percusión, repitiéndose dos o tres veces, si es preciso*”¹¹.

La podredumbre de hospital se presentó con los caracteres más malignos durante el año 1875.

El problema de esta gravísima enfermedad sólo vino a ser solucionado, cuando se introdujeron en Chile los métodos de la cirugía antiséptica, circunstancia que ocurrió durante la guerra con Perú y Bolivia, en 1880¹⁰.

Resumen

La podredumbre de hospital pertenece a la antigua historia de las heridas sépticas, lo que pareció depender de la gran aglomeración de los heridos. Tiempo después se comprobó que el hacinamiento agravaba las dificultades materiales de las curaciones y por lo tanto, las ocasiones de contagio, que era transportado por enfermeros, cirujanos, más los elementos de curación, lo que ocasionaba gran morbilidad y letalidad en los hospitales y lazaretos. Se revisa el problema en Chile, el que fue expuesto principalmente por los doctores Rafael Wormald y Jacinto Ugarte en 1852 y 1873, respectivamente, relatándose algunos aspectos de lo acontecido en la década 1860-1870, en el Hospital San Juan de Dios de Santiago.

Referencias

- 1.- Cardenal, L. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. 3ª edición. Ed. Salvat. Barcelona. España. 1947.
- 2.- Ruiz, M. Podredumbre de hospital. Extraído de: <http://www.portalesmedicos.com.diccionario/.medico/index.php.podredumbredehospital>. 11/01/2011.
- 3.- Reccius, A. Historia de la Cirugía Abdominal. Ed. Zig-Zag. Santiago de Chile. 1948.
- 4.- Forgue, E. Manual de Patología Externa. Ed. Espasa-Calpe. Madrid. España. 1928.
- 5.- Nelaton, A. Tratado de Patología Quirúrgica. Tomo I. Ed. Bailly-Bailliere. Madrid. España. 1856.
- 6.- Barón Boyer. Tratado de las Enfermedades Quirúrgicas y de las operaciones que les convienen. Tomo I. Impta. D.S. Compagni. Madrid. España. 1851.
- 7.- Marín, A. Antibióticos en Cirugía. Extraído de: <http://www.galeon.com/drmarin/antibioticossgxhtm>. 11/01/2011.
- 8.- Laval, M.E. Biografía de médicos en Chile. Siglo XIX. (Inédito).
- 9.- Wormald, R. La gangrena de hospital. AUCH 1852. Pág. 405-415.
- 10.- Laval, M.E. Historia del Hospital San Juan de Dios. Impta. Stanley. Santiago de Chile. 1949.
- 11.- Ugarte, J. Podredumbre de hospital. AUCH 1873. Pág. 223-39.