

SCHOCK OBSTETRICO

Por el Dr. RAFAEL F. RAMIREZ MERCHAN, Jefe de Clínica Obstétrica
del Hospital de San Juan de Dios.

Entre las complicaciones serias que pueden sobrevenir a consecuencia del parto, hay una que no por rara deja de tener importancia sino que, muy por el contrario, la tiene en grado sumo puesto que puede ser mortal: me refiero al schock obstétrico. Este síndrome es de difícil definición, pero disculpa definirlo el hecho de que todo médico tiene noción exacta de él. No obstante, en lo que atañe al schock obstétrico, conviene recalcar que reviste mayor gravedad que el schock quirúrgico y que el mismo schock traumático. Es complicación que puede sobrevenir después de un parto absolutamente normal y espontáneo así como también después de un parto laborioso u operatorio. Puede ocurrir inmediatamente después del alumbramiento, rara vez antes, o al cabo de media o una hora después del mismo. Finalmente, puede haber pacientes en quienes ocurra el schock de repetición en los distintos partos; tal ha sucedido en una de las pacientes a cuya historia nos referimos en este comentario.

Sintomatología.—Es rica e impresionante; puede resumirse diciendo que la paciente entra en agonía con la apariencia de padecer de anemia aguda. Esta agonía puede ser tranquila o excitada y ruidosa; el pulso se acelera y se torna imperceptible; el corazón auscultado apenas se oye o, en cambio, se contrae en eretismo sin que su latido se perciba como trasmisión a la periferia; las venas están en colapso y es sumamente difícil practicar la venoclisís; la tensión arterial descende en forma alarmante hasta 5 ó 4 la Mx y la Mn sigue registrándose aun cuando la aguja del oscilómetro esté en 0. La paciente se sobrecoge con la angustia de la vida que se le escapa y exige desesperadamente aire u oxígeno; la respiración es difícil, lenta y angustiosa; la nariz se afila, las mejillas se hundén y la piel de la cara, como el resto del cuerpo, se cubre de sudor frío y pega-

joso; la pupila conserva la actividad refleja y no he visto, en los casos observados, que se modifique su apariencia. Los labios y la lengua se resecan y la sed se hace intensa; al suministrar líquidos por la vía oral muy pronto se desencadena el vómito que, como es el caso para las historias que comentamos, agudiza y exagera la sintomatología del shock, explicable esto por la excitación del vago. La admonición con que la paciente ha manifestado su malestar del principio, se repite con impresionante frecuencia: ¡me muero, me muero!

Etiología.—Descontando el shock producido por hemorragia, del que no he observado ninguno en mi clientela particular, lo más frecuente en la etiología del shock obstétrico es la inestabilidad nerviosa de la paciente que repercute en forma alarmante sobre el sistema circulatorio, el cual se descontrola y se anarquiza, ocasionando el cuadro consiguiente de disnea, acidosis, anoxemia, colapso periférico e intoxicación general. Esta etiología explica por qué el shock obstétrico es menos raro en la clientela particular que en la clientela hospitalaria, y por qué lo monopolizan, pudiéramos decir, las pacientes mimadas por la suerte, por la sociedad o por la familia.

Como en el génesis de toda neurodisonía órgano-vegetativa, cabe recordar tres factores que se conjugan o se interfieren en la producción del shock:

- a) **Un factor funcional.**—Labilidad de los principales órganos vegetativos.
- b) **Un factor psíquico.**—Intervención de la psiquis en el funcionamiento vegetativo.
- c) **Un factor o componente somatoorgánico.**—Lesión o menor valía permanente de un órgano o de una función.

Y es precisamente en los fenómenos que acompañan al embarazo, al parto y al puerperio en donde los factores anotados se encuentran en su mayor caracterización. En tal grado ocurren estas alteraciones durante los citados períodos de la actividad genital, que autores hay que se permiten negar al embarazo y al parto sus atributos de actos fisiológicos. Puesto que, dicen tales autores, ninguna otra función al ejercerse normalmente ocasiona trastornos como los del embarazo y, en el caso particular del parto, lesiones tan frecuentes como los desgarros perineales, es permitido colocar dichas funciones por lo menos en los lindes de lo patológico.

En la siguiente forma se entrelazan los factores mencionados:

Los principales órganos vegetativos, los correspondientes a los aparatos digestivo, respiratorio y circulatorio sufren alteraciones de su fisiología tan aparentes como para que la paciente intervenga demasiado con su psiquismo en la contemplación y pábulo de su sintomatología. Y si a esto se agrega una evidente lesión de uno cualquiera de los aparatos, tal lesión sirve de espina irritativa para el desencadenamiento de la tremenda sintomatología del shock en el momento más conmocionado del organismo materno, esto es, después del parto.

La paciente que "hace" shock obstétrico sin causa aparente, es por muchos aspectos una neurótica y campo fecundo de la patología neuropsiquiátrica. El factor edad significa relativamente poco como causa auxiliar en la producción del shock; si se tiene en cuenta que en una vieja, si es primípara, el parto es más laborioso, lógico sería pensar que fuera muy frecuente el shock en las primíparas viejas, y no lo es si la primeriza vieja tiene bien equilibrado su psiquismo. Por otra parte, en las jóvenes también se observa el shock.

En los tres casos de shock que hoy presento lo más notable en la génesis del mismo fue la mentalidad de las pacientes, a todas luces alterada por la auto-contemplación misericordiosa de un estado considerado por ellas como único en la historia de la humanidad. Lo más interesante de las historias que expondré es que una de las pacientes sufrió de shock en su primer parto con tan profusa y grave sintomatología, que hizo temer seriamente en su defunción; y que en un segundo parto realizado 28 meses después, lo repitió en forma igualmente grave a pesar de que, por el conocido antecedente, se tomaron todas las precauciones aconsejables para evitarlo.

Otro de los casos observados es el de una primípara vieja que resistió normalmente el parto en la forma como en su historia se verá, pero que tres cuartos de hora después, con motivo de una expresión uterina para expulsar coágulos retenidos, desencadenó un shock obstétrico de suma gravedad, del cual no salió en forma completa sino 3 horas después.

Profilaxis y tratamiento.—En cuanto al tratamiento y profilaxis del shock obstétrico conviene recordar: es indispensable rodear a la paciente de todas las comodidades posibles; debe evitarse la exci-

tación de su estado mental y para esto es convenientísimo aislarla de la familia; en la conducción del parto deben evitarse las exploraciones bruscas o las maniobras que pueden provocar dolor intolerable, como es tratar de dilatar el cuello durante una exploración vaginal; debe descartarse el uso de los ocitócicos y muy particularmente el de la pituitrina si una inercia muy aparente no hace necesaria su aplicación. Es conveniente mantener la parturienta en estado de somnolencia mediante la administración de barbitúricos o cloral. Debe hidratársela durante el parto con sulicones glucosadas, especialmente si ha habido ruptura prematura de las membranas o si se prolonga el trabajo, y una vez terminado el alumbramiento, debe colocársela en las condiciones que se exigen para los casos quirúrgicos y como en éstos, debe evitarse la prolongación del sufrimiento con la indicación de un sedante eficaz como lo es la morfina.

Una vez desencadenado el shock, la gravedad del caso exige obrar inmediatamente, y no queda tiempo para las disquisiciones sobre si existe o no determinado cuadro o variedad de shock. Quienes han entrado a explicar el mecanismo de la sintomatología aseguran que, puesto que no hay desfallecimiento cardíaco sino escape de la masa circulante hacia los emuntorios y colapso periférico, el corazón se contrae en el vacío y por lo consiguiente no es conveniente usar los grandes tonicardíacos sino los tónicos de la circulación periférica y especialmente la adrenalina. Lo mismo se afirma del calentamiento directo que sería perjudicial y se aconseja el calentamiento indirecto por acondicionamiento de la temperatura de la habitación. Pero un punto sí es fundamental y universalmente aceptado, y es el que se refiere a la venoclisis de soluciones hipertónicas y, por sobre todo, **el empleo de plasma sanguínea desde el primer momento.** Hay quienes aconsejan la trasfusión de sangre total; pero parece lógico temerla si se considera que puede aumentar el estado de shock. Ultimamente se ha patrocinado la **cocainización del ganglio carotídeo** para subsanar el desequilibrio vago-simpático. No tenemos experiencia sobre este procedimiento y en las historias que relato a continuación, casos en los cuales se obtuvo éxito completo, se usó la medicación que en cada historia se expresa; pero de todo lo empleado encarecemos el uso precoz del plasma humano, las inhalaciones de oxígeno y las inyecciones de los productos supra-renales.

El resumen de los tres casos de shock obstétrico que han servido de base a este comentario es el siguiente:

Nos. I y II

La señora X X, fue atendida para su segundo parto en la Clínica de La Magdalena (historia N^o 2.214 de 1946). Para su primer parto, efectuado el 22 de agosto de 1944, no solicitó los servicios de la Clínica y fue atendida a domicilio. Los antecedentes hereditarios, ginecológicos y patológicos generales, carecen de importancia. En cuanto a dato que puede tener algún valor, la señora relata que su carácter es muy inestable y que desde la iniciación del embarazo, se torna taciturna, melancólica y en extremo preocupada por su estado. Es una paciente joven, bien constituida, y en la cual, por el examen general, no se delata anomalía de aparato alguno. El curso de su primera gestación, vigilado periódicamente, ha sido normal.

Llegado a término se inicia el trabajo el 21 de agosto a las 23 horas. El carácter de las contracciones y la evolución general del trabajo es normal en todos sus detalles. Sin que la paciente haya experimentado dolores intolerables, el examen ginecológico practicado 11 horas después de iniciado el trabajo, revela: dilatación casi completa del cuello, bolsa íntegra y presentación de vértice en el estrecho medio. No se le indica ningún ocitótico; al contrario, después de este examen se prescribe una inyección de trasentina y se espera hasta que, dos horas después o sea a las 13 horas después de iniciado el trabajo, la paciente entra en pleno período de expulsión y en 15 minutos se produce el parto, de una niña bien conformada que respiró espontáneamente y pesó 7 libras.

20 minutos después del parto, se produce el alumbramiento espontáneamente; luego hay pequeña hemorragia que se combate con una inyección de ergotrato por vía intramuscular, y algunos masajes sobre la matriz. Cuando todo parecía haberse resuelto de la mejor manera, la paciente palidece, empieza a sudar frío, se siente desvanecida y manifiesta su sensación de muerte inminente. El pulso no se percibe en la radial; el corazón late apresuradamente, la respiración es muy superficial y entrecortada y la paciente entra en estado de sopor y de semiinconsciencia que se interrumpe de vez en cuando con la exclamación de que le falta aire y que se siente morir. Se inicia el tratamiento, en esta oportunidad con repetidas inyecciones de coramina, cardiazol y analepsina que eran los productos llevados en el maletín de urgencia. Se solicita solución dextrosada al

10% y con gran dificultad se logra iniciar la venoclisis 45 minutos después de haber empezado el shock. La situación es angustiosa y, mientras se pasa el suero y se siguen aplicando pequeños tonicardíacos, se pide la colaboración de un destacado especialista quien, una vez examinada la paciente y conocida su historia, sienta un pronóstico reservado, lo advierte así a los parientes de la enferma, y prescribe la aplicación inmediata de 500 cc. de plasma humano y adrenalina en aceite por la vía subcutánea. Mientras el plasma se consigue, se sucede una hora más, y ya van 2 horas en que la paciente ha estado entre la vida y la muerte. Apenas llegado el plasma se cambia la solución dextrosada por aquél y, para alivio de todos, apenas pasados unos 100 cc. de plasma, se nota el renacimiento de las funciones circulatoria y respiratoria y la consiguiente mejoría de la paciente que solicita algo para tomar y se le suministra una taza de té.

En esta forma el shock obstétrico duró cerca de 3 horas y solamente hubo esperanzas de supervivencia, después de la aplicación del plasma sanguíneo y de la adrenalina en aceite. Tal fue el primer shock obstétrico por mí observado en la clientela particular y en el cual fue definitiva para su buen tratamiento, la intervención del Profesor Víctor Rodríguez Aponte.

El puerperio de la paciente evolucionó relativamente normal; se levantó a los 20 días y . . . 28 meses después en la Clínica de La Magdalena, no ya la primigestante sino la secundigestante, está en trabajo después de un embarazo llegado a término dentro de toda normalidad. Todo marcha bien menos el estado psíquico de la paciente que abriga serios temores de que se presente nuevamente el temible estado en que estuvo después de su primer parto. Ha exigido en forma rotunda que no se le suministre anestesia alguna porque "teme morir asfixiada". Tal exigencia se le acepta y más aún, para prevenir el shock, se prescinde de las exploraciones vaginales repetidas y sólo se practica una, ya en pleno trabajo, la cual demuestra una dilatación de 8 cms., bolsa íntegra y una presentación de vértice en O.I.A. encajada. Se le suministra antiespasmódicos y, con intervalos de una hora, 2 cápsulas de nembutal para efecto de mantenerla en estado de somnolencia. El trabajo se había iniciado a las 18 horas del día 1º de diciembre, y a la 1 a. m. del día 2, se pasa a la Sala, se rompen las membranas y se aplican 2 unidades de pitocin por

vía intramuscular por cuanto las contracciones se habían atenuado con la medicación sedante. A las 2 a. m. se produce el parto espontáneo; nace una niña que pesa $8\frac{1}{2}$ libras americanas. Alumbramiento espontáneo casi inmediatamente después.

Se forma buen globo de seguridad y se pasa a su habitación en donde, media hora después, ocurre el siniestro estado de shock que tanto temía la paciente; todo como se describió en el primero con el agravante de que se acompañaba de vómito y que, a cada crisis emética, se empeora el estado general. La medicación aquí fue la siguiente: una ampolleta de cafeína por la vía intravenosa, suero dextrosado al 10% en solución salina 500 cc. Ante lo efímero de la acción de la cafeína, inyección subcutánea de Percorten, con la cual la paciente reacciona un poco pero muy pronto retorna a su estado de inconsciencia y de agonía. Se ordenan nuevamente inyecciones de cafeína, percorten y solucanfor; la enferma reacciona y permanece en condiciones más o menos buenas por espacio de una hora, para entrar nuevamente en franco estado de shock. Se ordena sucesivamente efedrina, solucanfor y adrenalina y sólo a esta hora se dispone del plasma, con cuya trasfusión se inicia la franca mejoría de la paciente. La declaramos fuera de peligro a las 7 de la mañana, esto es, 5 horas después del parto y después de $4\frac{1}{2}$ de zozobra.

III

Historia N° 2.021 de 1946.—Clínica de La Magdalena.—Primi-gestante vieja.—Embarazo normal a término con feto vivo. Presentación de vértice. Antecedentes de poca importancia. Últimas reglas en diciembre 16 de 1945. El 9 de septiembre hubo un falso trabajo y el 13 de septiembre se le aplicaron 20 miligramos de ovociclina para efecto de estimular la aparición de las contracciones. El 14 inicia trabajo franco a las 18 horas con ruptura de la bolsa; a las 20 + 30, las contracciones son subintraentes y muy dolorosas, por lo cual se prescribe una ampolleta de atrinal y una cápsula de amitil, con esta medicación las contracciones siguen energicas pero a espacios de 5 minutos. A las 24, se le aplica otra ampolleta de atrinal y un supositorio de trasentina; las contracciones continúan eficaces y muy dolorosas cada 4 minutos, pero el reposo y el relajamiento de la matriz en los intervalos son satisfactorios. Dos horas después, un tacto vaginal reveló: dilatación de 8 cms., O.I.A. en el estrecho

superior y bolsa rota. Los ruidos cardíacos fetales normales y el trabajo continúa intenso y, según los alaridos de la paciente, muy doloroso. Se le ordena una ampolleta de Mis (morfina-yocina, escopolamina). Tres horas más tarde eran tales los alaridos y el desasosiego, que fue necesario inducirle a la anestesia con 50 ctgrs. de pentonal por vía endovenosa y se pasó a la Sala de partos, en donde, complementada la analgesia con ciclopropano-éter-oxígeno, se terminó el parto mediante la aplicación del forceps de Simpson en O.I.A. en el estrecho medio y se practicó episiotomía mediana. La toma fue ideal, la rotación, el descenso y la extracción, fáciles. El feto respiró espontáneamente y pesó 8½ libras americanas. Sexo masculino. Porque se inició hemorragia con desprendimiento incompleto de la placenta, se practicó la extracción manual de la misma, se indicó una ampolleta de ergotrato por la vía intramuscular y se procedió a la sutura de la episiotomía en tres planos, haciendo sutura intradérmica de la piel. La paciente sale de la Sala de trabajo en muy buenas condiciones y, 45 minutos más tarde, a consecuencia de practicarle expresión uterina para la expulsión de coágulos, se desencadena el shock obstétrico con pérdida del conocimiento, pulso filiforme, incontable, enfriamiento, sudor profuso, disnea y vómito. La tensión Mx bajó a 6 y la Mn seguía registrándose aún con la aguja del oscilómetro descendida a 0. El tratamiento se hizo a base de trasfusión de plasma Liovac, inhalaciones de oxígeno y sucesivas inyecciones de analepsina, coramina y per corten. En esta paciente la mejoría se producía rápidamente como respuesta al tratamiento, pero en la misma forma rápida volvía a decaer especialmente a consecuencia de las crisis de vómito, crisis que se provocaban cada vez que la paciente tomaba líquidos, los cuales se le suministraban "ad libitum" por cuanto se quejaba de sed intensa con labios y lengua reseco, a más de que las bebidas calientes están indicadas como tratamiento auxiliar del shock.

Solamente 2 horas después de iniciada la sintomatología entra en franca reposición. Por la tarde se le indicaron 1.000 cc. de suero vitaminado. Se estableció tratamiento profiláctico de la infección y, después de un puerperio subfebril, la paciente recobra su normalidad.