

TRATAMIENTO DEL "SHOCK"

TRAUMATICO (*)

Dr. Ernst

No es posible exponer aquí cada uno de los estados que pueden ser confundidos con el "shock". En primer lugar, habría que distinguirlo de los casos de anemia aguda por gran hemorragia, que generalmente presentan el cuadro de un colapso grave; después, de la conmoción, contusión y compresión cerebral; además, entran en consideración la embolia adiposa cerebral y el colapso debido a intoxicaciones propias por la desintegración de tejidos.

Fácil de reconocer son, en general, los estados producidos por lesiones orgánicas del sistema nervioso central, ante todo cuando son debidos a heridas abiertas por metralla en el cráneo o en la columna vertebral. Estas clases de heridas producen un gran colapso por trastorno de los centros vegetativos del sistema nervioso central y periférico. El diagnóstico ofrece dificultades en las heridas cerradas del cráneo. Si el herido se encuentra sin conocimiento desde el momento del accidente, puede el médico contar casi siempre con una lesión orgánica del sistema nervioso central.

La conmoción cerebral propiamente dicha se caracteriza por la pérdida inmediata del conocimiento. Cuando el pulso sea lento y la tensión sanguínea no aumente hay que suponer, ante todo, una lesión craneal. En los casos de "shock" auténtico presentan el pulso y la respiración los mismos síntomas, si bien falta la pérdida de conocimiento. En los casos de conmoción grave, el

(*) "Medizinische Klinik", núm. 1, pág. 7, 1943 [617].
por el

pulso se hace en seguida irregular y rápido y, por último, fibrilar. La respiración muestra las mismas oscilaciones y es característica de la conmoción cerebral sólo en casos muy graves; en estos casos, y debido a la excitación del vago, existe primeramente una respiración profunda y con frecuencia estertorosa, que, por último, se transforma en el estadio de parálisis en la respiración de Chevne-Stokes. Si el herido mejora, puede reconocerse la auténtica conmoción cerebral por los síntomas de amnesia.

Más fáciles de distinguir son los estados en los que el daño producido a la sustancia cerebral está más o menos circunscrito, como ocurre en la contusiones o compresiones cerebrales. Mientras que en las lesiones por aplastamiento del cerebro se presentan manifestaciones de irritación y parálisis, cuya medida corresponde al centro destruido y que dominan desde el primer instante, en las compresiones cerebrales se presentan los síntomas generales después de algún tiempo: pérdida de conocimiento, que aumenta lentamente; disminución de las pulsaciones, aumento de la tensión sanguínea y, simultáneamente, respiración lenta y profunda.

La embolia adiposa desempeña un papel importante para distinguir del "shock" los estados diversos de postración, pues han sido encontradas con frecuencia embolias adiposas masivas en los pulmones, riñones, cerebro y otros órganos después de casos de muerte por "shock". La gran importancia de la embolia adiposa en el origen de los estadios de postración agudos debido a la acción de poderosas fuerzas mecánicas se ha puesto de manifiesto por los anatomopatólogos en la guerra pasada, al comprobar embolias adiposas en casos de muerte no explicables.

El médico que conoce el cuadro clínico de la embolia adiposa puede establecer el diagnóstico en vida del enfermo y distinguirlo del "shock".

En otras formas de embolia existen, en primer lugar, manifestaciones cerebrales. Algunas horas y aun hasta algunos días después de la lesión—siempre después de un intervalo—se presentan ataques epileptiformes con contracciones tónicas y clónicas, o también, sin tales ataques, se presenta una lenta pérdida de la razón, sopor y coma, en el que muere el enfermo. Tanto en la embolia adiposa pulmonar como cerebral es semejante el intervalo libre de síntomas. Se presenta, además, la mayoría de las veces, sólo después de destrucciones muy amplias de tejidos. Hay que tener en cuenta que en estos casos la magnitud de la destrucción tisular en profundidad es muy difícil de juzgar en los heridos recientes.

No raramente se confunde el colapso grave producido por intoxicación del organismo por la desintegración de tejidos fisiológicos con el “shock” traumático. Los heridos, después de retirarles la goma de Esmarch, empeoran notablemente y mueren, generalmente, en poco tiempo. Esto ocurre como consecuencia de la conmoción orgánica debida a los productos de desintegración producidos en la herida. La intoxicación con estas sustancias de desintegración no representa, sin embargo, ningún “shock”, sino que se trata más de un verdadero colapso tóxico. En este cuadro clínico domina primero la parálisis de la circulación periférica. Además, este colapso no se presenta de repente, sino paulatinamente.

El “shock” traumático se confunde más frecuentemente con el estado producido por las grandes hemorragias. Esto es tanto más comprensible cuanto que el médico no reconoce al herido inmediatamente, sino mucho después, siendo mucho más fácil esta confusión cuanto que con frecuencia se comportan psíquicamente como en el “shock” traumático y porque los dos estados se presentan muy frecuentemente con simultaneidad. Si existen en los heridos algunos signos de hemorragias internas o exter-

nas, entonces debe el médico establecer el diagnóstico de "shock" y emplear una terapéutica como si se tratase de una anemia aguda.

El concepto de "shock" debe ser utilizado sólo para una determinada forma de la conmoción repentina, que no cae entre los grupos anteriormente mencionados. Este concepto debe reservarse para los casos relativamente raros en los que repentinamente se produzca una conmoción corporal y espiritual por la actuación de una fuerza mecánica brutal. Sólo debe hablarse de "shock" cuando el cuadro clínico corresponda al propio sentido de la palabra. El diagnóstico se hará, pues, sólo cuando el cuadro clínico se presente inmediatamente después de la actuación de esta fuerza brutal. Todo intervalo entre la herida y conmoción habla contra el concepto de "shock" traumático.

Tres síntomas pertenecen al cuadro clínico del "shock" traumático propiamente dicho: el comienzo repentino del cuadro, la paralización de toda la función cerebral, manteniéndose el conocimiento, y, por último, el grave trastorno circulatorio.

La respiración es la base de todas las funciones vegetativas, primeramente superficial, pero regular. El herido tiene en el lugar de la herida sólo una muy pequeña necesidad de oxígeno, y también se encuentra trastornado el recambio gaseoso en la periferia. Nunca existe disnea al principio. Si existiera, entonces revela la presencia de otra afección.

La teoría sobre el origen del "shock" nos muestra también el camino para establecer el tratamiento. La teoría de la intoxicación, la llamada teoría química, la de la acapnia y la de la hematosi, no corresponden al cuadro clínico del "shock" traumático. Por el contrario, pueden explicarse todos los síntomas y formas del "shock" fácilmente por la llamada de los reflejos. Ya Fischer, en 1870, clasificó el "shock" como una parálisis refleja producida por un traumatismo. Billroth mantuvo frente

a esto su opinión de que el descenso de la tensión sanguínea era de origen central. El admitía como causa un daño producido en cierta parte del cerebro por una conmoción molecular. Leyden y Groninger situaron las consecuencias de esta conmoción en la medula espinal, y Tillman en los centros vasomotores.

Es de gran importancia práctica la cuestión de si está indicada una transfusión sanguínea para el tratamiento del "shock" traumático. Se recurría mucho a este procedimiento por la simplicidad de la técnica actual, pero en los últimos tiempos abundan cada vez más las opiniones de que debe economizarse este tratamiento, que debe ser utilizado sólo cuando esté rigurosamente indicado.

Wieting ha prevenido contra el empleo intravenoso de las soluciones de cloruro de sodio y ha descrito su ineficacia. Afirma, además, que algunos heridos con "shock" han muerto con estas infusiones por añadir una carga a una circulación ya de por sí recargada. A pesar de todo lo dicho, en casi todos los libros publicados se menciona la transfusión como el mejor remedio para tratar el "shock" traumático. Esto se entiende porque no se limita el concepto del "shock" a los estrechos términos expresados anteriormente, sino que abarca todos los estados de postración producidos por una fuerza mecánica brutal y, ante todo, el colapso debido a una hemorragia intensa. Es natural que en estos casos, junto a la inhibición quirúrgica de la hemorragia, se llene el exhausto aparato circulatorio con sangre o con un sustitutivo, como primera medida terapéutica. Pero si, por el contrario, la causa del estado de postración del organismo es debida a un impedimento circulatorio por espasmos de los vasos periféricos, entonces no hay que esperar un resultado favorable con una transfusión. En esos casos el tratamiento se encaminará a disminuir el espasmo por la aplicación de morfina, cuidar la herida y procurar que el paciente disfrute tranquilidad, de aire fresco y calor.

Por esta razón es tan peligroso el transporte de estos heridos, siendo conveniente, cuando se trata de heridos de guerra, dejarlos en el lugar más próximo hasta que pase el estado espasmódico vascular. La administración de oxígeno será siempre agradable al herido, aun cuando sea suficiente el del aire que le rodea. También hay no sólo que evitar toda pérdida de calor, sino que hay que procurarlo como sea, si bien cuidando que no sea exagerado el calentamiento, pues el sudor debe impedirse por todos los medios, ya que va acompañado por la pérdida de líquido. Kirschner ha propuesto la diatermia con onda corta para proporcionar el calor interior, sin que el sudor moje la piel.

Al comienzo bastan las medidas descritas, sin necesidad de recurrir al tratamiento medicamentoso. Hasta que no se llega del estado espasmódico al del colapso, no hace falta aplicar remedios que favorezcan la circulación y a dosis elevadas.

Desde hace varias decenas de años es la estricnina el remedio preferido en estos casos. Debe ser administrada a dosis aisladas de hasta cinco miligramos, que, cuando sea necesario, pueden repetirse después de cuatro a cinco horas, hasta llegar a una dosis diaria de unos 20 miligramos.

También se emplean la cafeína, pues actúa inmediatamente sobre el aumento de la función cardíaca. Además, debe procurarse activar la circulación periférica con remedios apropiados. La efetonina, efedrina y el Simpatol, eventualmente en combinación con la lobelina, hay que tenerlos en cuenta. Los últimos años se recomienda muy especialmente el Veritol, por su acción semejante a la adrenalina, pero sin sus complicaciones. El autor opina que es necesaria la aplicación intramuscular simultáneamente con la intravenosa. Hay que advertir que algunos de los remedios mencionados deben ser aplicados con mucha prevención cuando la tensión esté muy elevada.

Por último, las glándulas suprarrenales desempeñan un papel muy importante para combatir el colapso, porque precisamente en cada crisis vascular sufre algún perjuicio en su función la corteza suprarrenal, debido a una irrigación deficiente. Hasta ahora parece ser que únicamente en la clínica de Eppinger tienen grandes experiencias sobre el tratamiento del colapso con las hormonas córticosuprarrenales. Basándonos en estas experiencias, recomendamos administrar en el primer estadio al herido algún preparado de hormona cortical, para proteger la función de las glándulas suprarrenales.

Por último, es además de una importancia práctica la cuestión de si en el "shock" traumático debe intervenir quirúrgicamente o no. Casi todos los cirujanos están hoy de acuerdo de que en el primer estadio de la lesión, en que ocupan el primer lugar los síntomas irritativos, hay que desechar toda intervención. En el segundo estadio, en el que domina la parálisis vasomotora, tienen que practicarse operaciones de una importancia vital, administrando al mismo tiempo los remedios favorecedores del aparato circulatorio. Todas las operaciones que no exigen una intervención inmediata, incluyendo hasta las heridas intestinales producidas por bala, deben retrasarse, por lo menos, hasta que haya sido vencido el colapso grave. Si estos heridos no responden al tratamiento medicamentoso, no será útil tampoco el proceder a una intervención quirúrgica con miras a impedir una infección.—R. G.

(Per. "Bibl. Méd. Int.", núm. 2.887, 1947.)